



UAI

**Universidad Abierta
Interamericana**

Trabajo final

**Conocimiento y responsabilidad del instrumentador
quirúrgico ante el oblito**

- **Carrera: Lic. Instrumentación quirúrgica**
- **Autora: Amarilla Andrea Belén**
- **fecha: 23/12/2022**

INDICE

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	4
Planteo del problema	5
Pregunta problema	5
hipótesis	5
objetivo general	5
objetivos específicos	5
Justificación	5
Marco teórico	7
Oblito quirúrgico	7
El rol de instrumentador en quirófano	7
Ley del instrumentador	8
Ley de seguridad de paciente	9
Aspectos médicos legales	12
Metodología	15
Enfoque	15
Universo de estudio	15
Muestra	15
Herramienta de recolección de datos	19
Análisis de resultados	21
Conclusión	27
Anexo	29
Bibliografía	32

Resumen

Mediante la realización de este trabajo de investigación se buscó comprender acerca de los conocimientos y responsabilidades del instrumentador quirúrgico frente al olvido, ya que es un tema que en la actualidad representa un problema médico-legal. Es inevitable que dentro de la práctica del instrumentador quirúrgico, ocurran hechos que pueden desencadenar diferentes consecuencias encaminadas a evaluar la responsabilidad del instrumentador quirúrgico, como miembro de un grupo quirúrgico y la posibilidad que este profesional tiene en evitar el olvido de un cuerpo extraño en el interior de un paciente durante una intervención; este olvido es denominado "Oblito quirúrgico" por la Real Academia de la Literatura. "Oblito" como "Cuerpo extraño olvidado en el interior del paciente durante una intervención quirúrgica". Mediante una encuesta se recolectaron datos provistos por Técnicos y licenciados instrumentadores quirúrgicos donde se determinó que el nivel de responsabilidad ante la presencia del olvido quirúrgico, debe ser acorde a sus funciones; en sus manos está las medidas necesarias y más importantes para prevenirlo y garantizar la seguridad del paciente.

Palabras claves: olvido, instrumentador quirúrgico, responsabilidad

Introducción

El oblito, según la Real academia española, se define como cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica (Diccionario de la lengua española, 23.^a ed.)

... “Es un problema real, vigente, prevenible, que afecta la seguridad del enfermo quirúrgico. Su incidencia se desconoce a ciencia cierta, ya que existe un subregistro de su ocurrencia debido al riesgo potencial de demandas.” (Cirugía y Cirujanos. 2016)

“Su incidencia oscila entre 1/8.000 - 18.000 intervenciones quirúrgicas 1, 1/1500 laparotomías aproximadamente, y aunque puede considerarse relativamente baja en comparación con otros eventos adversos, su importancia radica en que se trata de una situación potencialmente evitable. Probablemente su verdadera incidencia sea mayor, dado que a veces el oblito es asintomático y nunca llega a diagnosticarse, y otros casos no sean reportados por los cirujanos o las instituciones asistenciales, dadas las implicancias médico-legales que puede tener. Diversos factores de riesgo han sido propuestos y analizados, destacándose entre otros la obesidad, el sangrado intraoperatorio mayor a 500 cc y fundamentalmente la existencia de cambios en la constitución del personal (instrumentistas, circulantes, nurse) durante la cirugía”. (Chinelli, et al 2017)

“Durante una intervención quirúrgica, cada uno de los profesionales de la salud que participan del procedimiento poseen un grado de responsabilidad propio de sus funciones y como tal se debe medir, dándole a cada uno el porcentaje de responsabilidad que le corresponde y no que recaiga únicamente sobre el médico jefe de cirugía, puesto que éste tiene sus propias funciones, deberes y responsabilidades como para apropiarse de la que le corresponde a cada uno de los que participan en la cirugía. En el país se reconocen muchos de los errores que cometen los médicos cirujanos y el equipo quirúrgico, en el ejercicio de su labor; sin embargo, existe uno que es real y vigente que ha afectado la seguridad de los pacientes y la credibilidad del médico como jefe de la sala, este es el oblito quirúrgico, textiloma o cuerpo extraño no deseado, extraviados u olvidados que permanece dentro de la cavidad corporal en forma no intencional tras una cirugía, causando graves consecuencias en la salud del paciente, afectado así su calidad de vida.” (Beltrán Domínguez, L y Guerrero Chamorro, L. 2021)

“El oblito en sí mismo es un evento que puede generar posibilidad de daño, sin embargo, es visto de diferentes maneras según el punto de vista de la sociedad “Según la naturaleza del observador, el oblito puede y es considerado de manera diferente. Para el paciente que lo sufre, como una complicación o una nueva enfermedad. Para el cirujano. Como una complicación desagradable, producto del riesgo que se asume al operar buscando Beneficio. Para otros, tal vez como un accidente, al que siempre se está expuesto al operar.

Para los más absolutistas y muchos legistas como un error que nunca debería suceder” (Tolera Acosta, H. D. 2015)

Planteo del problema

Esta situación es una consecuencia de los actos de los profesionales de la salud en quirófano ¿es un evento que en la actualidad no debería ocurrir? ¿Creemos que el oblito es una problemática para el instrumentador quirúrgico?

Pregunta problema

Frente a lo expuesto anteriormente, ¿El instrumentador quirúrgico teniendo en cuenta sus conocimientos de control de insumos de cirugía tiene mayor responsabilidad frente al oblito quirúrgico?

hipótesis

Los conocimientos de control de insumos de cirugía, constituye responsabilidad al instrumentador quirúrgico ante el oblito.

objetivo general

Analizar el rol del instrumentador quirúrgico frente al oblito quirúrgico

objetivos específicos

- Verificar causas del oblito quirúrgico
- Conocer responsabilidad del instrumentador quirúrgico

Justificación

Esta investigación es importante porque brindará conocimientos a los instrumentadores quirúrgicos sobre este evento que surge a través de las prácticas quirúrgicas, si bien, el oblito afecta y compromete a todo el equipo, en esta investigación se evaluará e investigará la labor y la responsabilidad del instrumentador. Obtendremos información en las delimitaciones de tareas en el quirófano y las medidas de prevención que podamos aplicar, cuya finalidad permita tener las herramientas necesarias para prevenir este evento, siempre y cuando hablemos del labor del instrumentador.

Se inicia este trabajo de investigación con una introducción, que conlleva al planteamiento del problema y a su vez a los objetivos donde se enfocará la investigación. Posee una estructura de cinco apartados, comenzando con el marco teórico donde se desarrolla el tema a investigar y los diferentes enfoques que se relacionan entre sí, luego se continuará con la

metodología de trabajo donde se podrán observar variables y recolección de datos estadísticos, el siguiente análisis y resultados. Y para finalizar una conclusión y distintos tipos de mejoras como aporte de acuerdo al trabajo de investigación que realizamos

Marco teórico

Oblito quirúrgico

Definimos como oblito a un objeto o cuerpo extraño que se encuentra en la cavidad corporal, de manera no intencionada, después de un procedimiento quirúrgico. Esto no incluye a las prótesis o clips metálicos que se utilizan en las cirugías, que son colocados intencionalmente. (Chinelli, et al 2017)

Aproximadamente el 80% de los cuerpos extraños olvidados corresponden a compresas y gasas ya que es un elemento utilizado con mayor frecuencia en la cirugía y manipulado constantemente por los cirujanos e instrumentadores quirúrgicos durante el acto quirúrgico. Además, tienen una textura que cuando estas se tiñen de sangre, cambian su aspecto y pasan desapercibidas asimilándose con el tejido celular humano. Son menos frecuentes los sistemas de drenaje y los objetos metálicos como tijeras, agujas o pinzas. (Balcázar, et al 2016)

“Los oblitos suelen derivar dificultades severas en la salud de los pacientes, una de estas pueden ser el cambio metabólico que surge a causa del de cuerpo extraño olvidado dentro de la cavidad torácica abdominal, o puede actuar como pseudotumores por su material no absorbible, haciendo que el organismo lo encapsule tomándolo como un cuerpo extraño y de esta forma se altera la estructura anatómica del paciente, lo que generaría eventos adversos que desencadenaría una serie de daños en la salud e integridad del mismo, lo que sería una responsabilidad del profesional de la salud dentro del quirófano”. (Beltrán Domínguez, L y Guerrero Chamorro, L. 2021)

El rol de instrumentador en quirófano

La instrumentación quirúrgica nace en los países latinos ante la necesidad de incorporar un personal competente, tanto en el acto quirúrgico, como en la preparación de equipos e insumos para las diferentes especialidades que se ejecutan en quirófano, la esterilización de ropa, instrumental y manejo de distintos dispositivos quirúrgicos. En cuanto a esta disciplina, en sus inicios se estructuró en nivel técnico, evolucionó posteriormente al nivel tecnológico y finalmente se creó la necesidad de abrir la Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica que se rige actualmente (Meléndez Mogollón, et al 2018)

En el trabajo de Garzón García M. A y Marques Redondo N, El rol de instrumentador quirúrgico en la atención integral en salud, podemos hablar del desempeño del instrumentador quirúrgico en las salas de cirugías, activamente en las diversas especialidades médico- quirúrgicas. Además, su deber es cumplir y hacer que cumplan las normas universales de asepsia y antisepsia por parte de todo el personal que ingresa a quirófano y forma parte del equipo quirúrgico.

“El ejercicio profesional del instrumentador quirúrgico comprende las funciones de asistir, controlar, supervisar, evaluar y coordinar en lo que atañe su tarea específica”.

En la revista repertorio de medicina y cirugía de Tole, H. D y Cadavid, N. Instrumentador quirúrgico: latrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. Hace hincapié sobre el recuento de instrumental, gasas y agujas al inicio, durante el acto quirúrgico y al finalizar la misma, como una de las labores más importantes del instrumentador quirúrgico. Todos los equipos quirúrgicos actuantes están obligados a hacer la pausa quirúrgica y realizar el conteo junto al instrumentador, de gasas e instrumental quirúrgico usado durante la cirugía. Para realizar el cierre de herida, la cuenta debe estar completa, es necesario que se lleve un correcto registro y se gestione en tiempo real el documento del recuento, pues esta práctica asegura la calidad y permite confirmar la integridad respecto al evento adverso

“En los actos que desarrolla el instrumentador quirúrgico es indispensable analizar que las obligaciones legales se deben cumplir, pues si bien es cierto que errar es humano también lo es el hecho de adoptar las medidas y precauciones para que no se presenten equivocaciones y la responsabilidad que detenta este profesional es amplia, de acuerdo con las funciones que la ley dispone para él”

Ley del instrumentador

En la página del gobierno de la provincia de Buenos Aires podemos observar la ley 14865 Donde establece disposiciones en el ejercicio de la profesión del instrumentador/a quirúrgico en la provincia de Buenos Aires. Crea la lista de verificación. Se deberá incorporar dentro de la 10430 y 10471 a los licenciados en instrumentación quirúrgica

Según los alcances detallados en el **artículo 4°** categoría 1: Instrumentador/a Quirúrgico/a. Circulante o Instrumentador/a quirúrgico/a aséptico/a podemos destacar estos cinco items donde refleja la labor del instrumentador relacionado con la responsabilidad del control de insumos de cirugía y la responsabilidad de dejar asentado en la lista de verificación

- Comprueba el funcionamiento satisfactorio de los equipos, aparatos e instrumentos a emplear en la intervención: lámparas scialíticas, equipamiento de aspiración, electro bisturí y todo lo necesario para la actividad quirúrgica a realizar, seleccionando las cajas de instrumentos de acuerdo a la operación, el material de sutura, drenaje y todo elemento estéril y no estéril requerido.
- Observa la dinámica de la intervención para detectar faltas técnicas, control de materiales biomédicos, insumos y equipos de utilización.
- Efectúa la lista de verificación (checklist), seguridad pre, intra y post quirúrgica (recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Efectúa el recuento de compresas, gasas, instrumental y agujas antes que el cirujano proceda al cierre de la incisión, volcándolos en la lista de verificación (checklist) en conjunto con la circulante.
- Transcribe cualquier inconveniente pre-intra o postoperatorio en la lista de verificación (checklist), el cual debe ser firmado por el Instrumentador circulante y el Instrumentador aséptico.

Ley de seguridad de paciente

Los sistemas de prestación de servicios sanitarios son complejos por su diseño y propensos a cometer errores. Los factores humanos constituyen las características físicas, psicológicas y sociales que afectan la interacción humana con los equipos, sistemas, procesos, otras personas y equipos de trabajo, son un elemento central en la mayoría de los casos de daños, que operan en sistemas en los que los procedimientos y las prácticas están mal diseñados. Las culturas punitivas de culpabilización de los individuos impiden la notificación de incidentes relacionados con la seguridad e impiden el aprendizaje (OMS 2019).

La evidencia científica ha demostrado que la inmensa mayoría de los daños asociados a la asistencia sanitaria es producto de fenómenos emergentes atribuibles a la falibilidad humana, la complejidad del sistema de atención y la vulnerabilidad de las barreras defensivas. La diligencia, y pericia individual son condiciones necesarias, pero no suficientes para garantizar la seguridad de los pacientes. Resulta prioritario impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con centro en el paciente, basadas en la ciencia y mediante alianzas estratégicas. La asistencia de la salud requiere de profesionales sanitarios que, a partir del momento de su graduación, inicien un camino de educación permanente y continua. En nuestro país, dicha formación no es obligatoria, no se encuentra adecuadamente estructurada y menos controlada, y dar cumplimiento a este imprescindible requisito depende exclusivamente a la iniciativa de cada profesional. El ejercicio de la medicina y otras profesiones asociadas a la salud constituyen praxis calificadas en base a conocimiento científico, y la certificación y calificación de su ejercicio no puede dejarse librada a la autorregulación. Hoy, la recertificación habilitante y de especialidades es voluntaria. Se impulsa su condición obligatoria para asegurar al máximo posible la calidad y la seguridad de la atención de las personas. Esa formación requiere la adquisición continua de conocimientos científicos, habilidades, aptitudes, actitudes y valores, dada la velocidad con la que se renueva el conocimiento científico, la complejidad creciente de la tecnología aplicada a la práctica, las habilidades de comunicación e información, el reconocimiento del otro como fundamento ético de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas. Estas

capacidades deben ser demostradas y probadas a través de las modalidades de evaluación que determinen las sociedades, y colegios médicos y el control permanente de las autoridades sanitarias. Además de trabajar para impulsar la regulación de programas de gestión de riesgo con carácter obligatorio para todas las organizaciones de salud, de todos los subsectores del sistema sanitario, que estandaricen la atención y brinden seguridad tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios, corregir fallas sistémicas, resulta necesario aumentar la fiscalización sobre la habilitación de los profesionales individuales, sus condiciones de trabajo y brindar mayores garantías sobre la calidad de la atención. Las acciones para la seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tiene por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias (Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Ministerio de Salud. Febrero 2021) La seguridad del paciente exige indiscutiblemente ser consciente de la necesaria “cultura de la seguridad” y para llegar a ese objetivo el único camino es la educación de todos los agentes responsables del cuidado de los pacientes, reglas cada vez más claras, inversión en contextos laborales calificados, y facilitar una cultura que posibilite los reportes adecuados para el aprendizaje en base a la evidencia, para lo cual resulta imprescindible que los programas se encuentren protegidos por un marco de confidencialidad y respeto. Una de las definiciones de cultura de la seguridad más aceptadas por el sector de salud es la siguiente: “El producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización” (Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria. Ministerio de Salud. Febrero 2021) La Cobertura Universal de Salud (CUS) y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), no resultarán posibles si no se garantiza que los servicios de salud sean seguros. La tendencia global en políticas públicas contemporáneas es orientar el esfuerzo sanitario a la búsqueda de seguridad, trato humano, calificación profesional, garantías en el perfeccionamiento de las mejores prácticas, condiciones adecuadas de ejercicio, sanciones a las acciones indebidas, y perfeccionamiento de la relación de los profesionales con los pacientes y sus familias. Al hablar de Cultura de Seguridad, hablamos de un marco de cultura justa, abierta, dispuesta a revelar y discutir las fallas y los errores, no punitiva ante el error, pero sí ante un acto inequívocamente temerario. Debe quedar muy clara la diferencia. Ahora bien, aunque es evidente que los eventos adversos con consecuencias graves tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (primera víctima), no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el evento adverso y que sufren emocionalmente a

consecuencia de ello. Se define segunda víctima a todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso con consecuencias en su vida personal y profesional.

ARTÍCULO 1º: Finalidad. La presente ley tiene por fin establecer el marco jurídico e institucional para el ejercicio del derecho a una asistencia sanitaria segura, y que respete la dignidad de los seres humanos, mediante la mejora de sus condiciones de práctica, la protocolización y jerarquización de los procesos de atención, la incorporación de herramientas tecnológicas adecuadas, la disminución de daños evitables, y el cuidado del marco de trabajo de los profesionales de la salud, condición esencial para garantizar la seguridad de la atención.

ARTÍCULO 2º: Objetivos. Son objetivos de la presente ley:

- a) Garantizar en forma integral y eficaz el derecho a una atención sanitaria segura.
- b) Promover instrumentos tendientes a inculcar una cultura de seguridad del paciente en el personal de la salud, los gestores de establecimientos proveedores de servicios de salud y los dirigentes de las organizaciones sanitarias,
- c) Mejorar la transparencia de la información referida a los procesos de atención sanitaria.
- d) Impulsar el desarrollo e implementación de protocolos de actuación y sistemas de auditoría y vigilancia, que disminuyan la posibilidad de ocurrencia de daños evitables en las prácticas de salud;
- e) Fomentar procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con procesos sanitarios que resulten en daños prevenibles, a los fines de disminuir su incidencia futura en situaciones similares, incentivando su reporte para el aprendizaje.
- f) Promover la jerarquización de las tareas sanitarias con visión sistémica; generando programas de reporte de incidentes cuya confidencialidad se encuentre debidamente protegida.
- g) Generar las condiciones que estimulen la confianza entre trabajadores de la salud, pacientes, familiares y acompañantes;
- h) Perfeccionar los mecanismos que sancionen las malas prácticas sanitarias, en concordancia con la legislación vigente, detectando las razones que han llevado a dicha actuación, así como también cual es la falla o debilidad del sistema sanitario. Distinguir con claridad los casos atribuibles a responsabilidad profesional o a situaciones sistémicas.
- i) Incentivar a las instituciones de salud a fin de que planifiquen e implementen procesos de inversión apropiados para garantizar las mejores condiciones en el ejercicio profesional;

Fomentar la participación de representantes de pacientes y familias que hayan sufrido daños producidos por el servicio de salud, en los procesos de diseño de estrategias y definición de acciones destinadas a reducir la probabilidad de recurrencia.

k) Posibilitar e incentivar la participación de los pacientes y sus familiares en el diseño y aplicación de iniciativas acerca de sus procesos de diagnóstico y tratamiento, tendientes a disminuir la aparición de eventos adversos relacionados con el cuidado de su salud; vigentes. Dar a conocer y estimular el cumplimiento adecuado de los deberes del paciente.

l) Promover un trato humano, recíproco y centrado en las personas, entre trabajadores de la salud, pacientes, familiares y acompañantes.

m) Promover el efectivo cumplimiento de los derechos del paciente de acuerdo a las leyes n) Impulsar la incorporación de contenidos asociados a la seguridad del paciente, de modo transversal, en los programas de estudio de grado y posgrado vinculados con la atención sanitaria, y promover la capacitación continua de los agentes de salud en esa materia.

o) Brindar cuidado y protección a los profesionales de la salud afectados por eventos adversos de los cuales hayan sido partícipes o testigos, a los fines de evitar consecuencias indeseadas, en personas con sentido de responsabilidad, o la generación de segundas víctimas en estos procesos traumáticos.

p) Impulsar un modo de actuación sanitario basado en el criterio de “cultura justa”, que promueva el reporte de fallas y errores y su análisis transparente orientado a la mejora continua de los procesos.

Aspectos médicos legales

Según la reseña oblitos quirúrgicos aspectos médicos legales y éticos de José Luis Lupi,,José Luis Divito y Carlos Fernando Leoncio Poggi podemos considerar distintas eventualidades en el obrar culposos.

Imprudencia: Es una actitud en positivo, por hacer más de lo debido o fuera de lo corriente, implicando una conducta peligrosa. Es todo exceso en la prestación, que implique riesgo para el paciente.

Negligencia: Es la falta de adopción de precauciones. En este caso la actitud se basa en un obrar en menos, carente, o en dejar de hacer

Impericia: Es también una actitud en menos o carencial, donde la falencia del profesional se fundamenta en la falta de conocimientos, aptitud, destreza o técnica.

Inobservancia de los reglamentos o deberes: Se configura por una actitud de indiferencia o menosprecio por las "disposiciones de carácter general dictadas por la autoridad competente en la materia de que se traten" (Art. 77 del C. Penal)

La impericia en oblitos, consideramos debe ser descartada. Hasta el residente más novel sabe que no debe dejarlos y desde el primer día se lo instruye sobre cómo prevenirlos. Una actitud imprudente, si bien factible en forma aislada; resulta poco razonable en este tipo de acontecimiento de la cirugía. La inobservancia de deberes, puede llegar a caberle a un Jefe de equipo quirúrgico, por falta de contralor sobre sus dependientes.

El caso puntual de los oblitos, es considerado en todos los fallos judiciales que hemos recabado, como constitutivo de negligencia, dentro del esquema conductual culposo por parte del cirujano. Ello resulta sumamente acertado si tenemos en cuenta la definición misma de lo que es la "negligencia" y asimismo si hacemos un sinceramiento reflexivo de por qué dejamos un oblito. Vamos en ese caso a tener siempre que admitir, que nos faltó hacer algo más, para evitar que sucediera.

Aspectos periciales en oblitos.

Producido el oblito y entablada la denuncia penal y/o la demanda civil, es de regla la intervención de peritos médicos oficiales o de oficio, para producir la prueba pericial en el expediente. En numerosas piezas judiciales hemos visto caracterizar a los oblitos como "olvidos", "omisión de cuidados", "accidentes", "negligencia", "sucesos", "errores".

Es habitual en el lenguaje jurídico y médico, que abogados, magistrados, funcionarios o peritos; se refieran a los oblitos y otros acontecimientos negativos de la cirugía, como accidentes. Nada más alejado de la realidad, ya que "accidente", es técnicamente todo hecho dañoso y fortuito, que ocurre espontáneamente, sin la intervención de terceras personas. El oblito, siempre alguien lo dejó, o la lesión de la vía biliar, siempre alguien la produjo.

Aspectos éticos

Ocurrido este incidente, se plantean importantes cuestiones éticas por analizar, ya sea de parte del cirujano que lo produjo para con su paciente, o por parte de otro cirujano que lo resolvió, para con el enfermo y su colega.

La actitud del médico que deja un oblito y se lo confiesa a su propio enfermo, antes o después de resolvérselo; es verdaderamente encomiable. Si bien podría también calificarse como

imitable, adelantamos nuestro pensamiento en el sentido que, ante un olvido resuelto, quienes sostienen que no se debe revelar la verdad al paciente ni a su familia; no merecerían cuestionamiento ético alguno.

¿Puede un código de ética marcarnos que debemos decirle la verdad al paciente, cuando resolvemos un olvido que dejó otro colega, y generarle a éste un seguro cuestionamiento judicial? Se puede por otro lado, censurar la actitud del cirujano que luego de resolver un olvido que dejó otro, ¿lo consigna en el protocolo operatorio y le dice la verdad al enfermo y a su familia? ¿Existe una fórmula de equilibrio ético en estos casos?

¿Puede existir para el cirujano una única conducta ética, cuando existen intereses o valores contrapuestos entre paciente y colega o entre paciente y uno mismo? ¿Cuál debe ser la prioridad? ¿Puede establecerla un código de ética?

Todos estos interrogantes, entendemos pueden tener diversas respuestas, o vertientes de opinión. Tan es así, que cuanto abordamos este punto, hasta entre los propios autores de este trabajo; surgieron algunas opiniones encontradas. Pero coincidimos en que ninguna de ellas puede reputarse como "inválida", "incorrecta" o "antiética".

Pensamos en común también, que la ética en cirugía o en la práctica médica, no puede ser divorciada de la ética de vida. Creemos que es la misma cosa y que un cirujano se maneja en el quirófano y con sus enfermos, como lo hace en su vida cotidiana de relación; con principios ético morales que adquirió en el seno de su hogar, que afianzó en base de pautas educativas, culturales y/o religiosas, y que el decurso de la vida y sus propias convicciones; hará que los practique o no.

Metodología

Enfoque

En este capítulo se detallará la metodología, característica de la muestra y la herramienta de recolección de datos que se utilizó para la realización de esta investigación, que tiene un enfoque cuantitativo, porque se planteó un problema de estudio delimitado y concreto.

Además de tener una característica muy objetiva, se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones. A su vez generalizar los resultados encontrados en un grupo a una colectividad mayor, para el análisis estadístico se usa la recolección de datos para probar hipótesis, siempre con una visión neutral, dejando a un lado los propios valores y creencias con una postura imparcial.

“...usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”
(Sampieri, H 2006)

“Según el análisis y alcance de los resultados, podemos decir que esta investigación es analítico o explicativo ya que buscan contestar porque sucede determinado fenómeno, cual es la causa o factor de riesgo asociado, o cual es el efecto de esa causa o factor de riesgo”.
(Canale 1994)

En el marco teórico se desarrolla el tema principal y los distintos temas relacionados entre sí, siguiendo una estructura más objetiva y menos subjetiva.

Esta investigación cuantitativa presenta un informe retrospectivo ya que se registra información sobre hechos ocurridos con anterioridad al diseño del estudio, y el registro continúa según los van ocurriendo y transversal porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

“... el tiempo no es importante en la relación con la forma en que se dan los fenómenos”
(Canale 1994)

Universo de estudio

Se tomó como población de referencia a los técnicos y licenciados
Instrumentadores Quirúrgicos

Muestra

Una fuente de datos importante es la que se puede obtener a través de una muestra representativa, en esta situación por experiencias y vivencias reales que afrontan los

instrumentadores quirúrgicos diariamente. Para confirmar lo que se ha dicho, se realizó estudio de campo a todos los técnicos y licenciados instrumentadores quirúrgicos de CABA de cualquier ámbito público o privado, donde se aplicó una encuesta de google forms anónima y virtual con 14 preguntas.

Criterios de inclusión

- Todos los técnicos y licenciados instrumentadores quirúrgico del ámbito público y privado de la ciudad de CABA

Criterios de exclusión

- Se excluye a todo aquel personal instrumentador quirúrgico que no trabaje en la localización de CABA
- Personal administrativo
- Personal medico

Variables Simples

<u>Variable</u>	<u>Tipo de variable</u>	<u>Valores Limite</u>
Edad	independiente, cuantitativa, continua, de razón	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 20 y 35 • Entre 36 y 55
Años que labora en el área	independiente ,cuantitativa, continua, de razón	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1 a 5 años • Entre 5 a 10 años • Más de 10 años
Puesto que ocupa	independiente, cualitativa, ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • I.Q Actuante • I.Q Circulante • ambas
Formación	independiente cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Tec instrumentador quirúrgico • Lic instrumentador

		quirúrgico
--	--	------------

Variables complejas

Variable	Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores
Rol del instrumentador	Dependiente cualitativa	Responsabilidad	<p>¿Cuándo se debe realizar el recuento de instrumental y gasas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugías de tejidos profundos cavidades abdominales y torácicas -Todas las cirugías <p>¿De quién es la responsabilidad del conteo?</p> <ul style="list-style-type: none"> -IQ actuante -IQ actuante y circulante -IQ actuante, circulante y Cirujano <p>¿En qué momento se realiza el conteo de gasas, instrumental e insumos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al momento del armado de mesa y al finalizar la cirugía - previa a la incisión cutánea, durante y pre cierre de planos - previa a la incisión cutánea y antes del cierre de planos

		Comunicación ordinal	Teniendo en cuenta que el conteo se realiza en voz alta, la comunicación entre compañeros es - buena - regular - mala
		Trabajo dicotómica	La demanda de cirugías y las horas de trabajo ¿influye en el control de la cirugía? -Si -No ¿Sabe si en la institución donde trabaja cuenta con un protocolo de conteo de instrumental y gasas? <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No sabe
Seguridad del paciente	Dependiente cualitativa	Prácticas de la salud dicotómica	¿Se fomenta procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con oblito quirúrgico que resulten en daños prevenibles? <ul style="list-style-type: none"> • Si • No ¿Sabe si en la institución donde trabaja cuenta con un protocolo de conteo e instrumental de gasas? <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No sabe

			<p>Sabemos que el pase de guardia y las cirugías de emergencias son situaciones claves donde existe el margen de error. Menciona que maneras o métodos utiliza para cuidar la seguridad del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta abierta
Marco legal	dependiente cualitativa	implicancia del instrumentador	<p>considera que el oblitio implica...</p> <ul style="list-style-type: none"> • impericia • negligencia • inobservancia <p>En el caso de juicio por oblitio ¿cuál sería la posible sanción?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamado de atención • Apercibimiento • Suspensión de la matrícula • Cancelación de la matrícula • Todas son posibles sancione

Herramienta de recolección de datos

Para la realización de este trabajo de investigación se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura utilizando palabras claves como: oblitio quirúrgico, rol del instrumentador quirúrgico, textiloma, cuerpo extraño, implicancia legal del oblitio quirúrgico, ley del instrumentador quirúrgico. Se desarrollaron límites específicos para la realización de la búsqueda, concretamente artículos publicados desde el año 2016 en adelante, del área latinoamericana y de idioma español. En cuanto a la literatura y los artículos se utilizaron buscadores como google académico y scielo. Todas las referencias encontradas fueron evaluadas en su origen de publicación y se tuvo en cuenta la temática abordada en el título de la realización.

Posteriormente se realizó una encuesta de análisis donde se resumió la información de las fuentes seleccionadas para ser incluidas en la revisión y de forma sistemática el análisis de los mismos.

En este caso la encuesta es cerrada con 14 preguntas de opción múltiple. Tiene 4 preguntas demográficas y los 10 restantes son preguntas de variables complejas. Posee una sola pregunta de opción abierta con un tema específico de interés para que los instrumentadores quirúrgicos desarrollen métodos para la seguridad del paciente donde se resumió la información de las fuentes seleccionadas para ser incluidas en la revisión y de forma sistemática el análisis de los mismos.

Análisis de resultados

En el siguiente apartado se realiza el análisis de resultados con los datos obtenidos luego de la recolección a través de una encuesta realizada a 32 instrumentadores quirúrgicos.

Se realizaron preguntas demográficas para tener una referencia de las variables independientes de los profesionales encuestados.

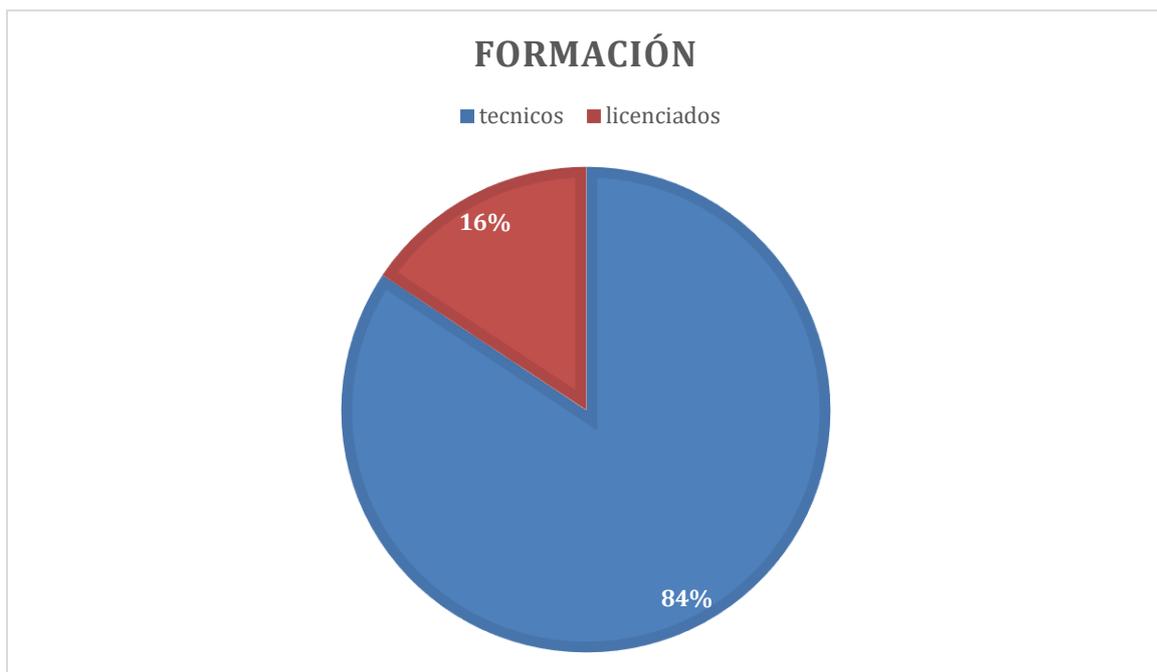
El 59,4% respondió que tiene un rango de edad entre 36 y 55 años, mientras que el 40,6% refirieron su edad entre 20 y 35 años.

Además, podemos observar que el 43,8% tiene una experiencia laboral en el área entre 1 a 5 años, el 15,6% entre 6 a 10 años y más de 10 años de labor en el área un 40,6% del personal encuestado.

Se preguntó sobre el puesto que ocupa en el área de quirófano, si es instrumentador actuante, instrumentador circulante o ambas. Solo 1 persona respondió que su puesto es de instrumentador circulante, mientras que los demás se dividen entre un 15,6% como instrumentador actuante y el 84,4% en su mayor totalidad, que tienen ambos puestos.

Como formación en la siguiente pregunta el 84,4% respondieron que son técnicos instrumentadores quirúrgicos y solo el 15,6% son Licenciados instrumentadores quirúrgicos.

Gráfico: formación académica



Fuente: Elaboración propia año 2022

Tabla de frecuencia : Recuento de instrumental y gasas

Cuando se realiza recuento de instrumental y gasas	Frecuencia	Frecuencia relativa	Porcentaje
Cuando hay cirugías de tejidos profundos, cavidad torácica y abdominal	10	0,31	31%
En todas las cirugías	22	0,68	68%
TOTAL	32	0,99	99%

Fuente: Elaboración propia, año 2022

En cuanto a cuando se realiza el recuento de instrumental y gasas se observa con mayor frecuencia que los instrumentadores quirúrgicos realizan el conteo de gasas en todas las cirugías representada con un 68%.

Tabla cruce de variables: Responsabilidad del conteo y comienzo de conteo de instrumental
gasas e insumos

responsabilidad	Al momento del armado de mesa y al finalizar la cirugía	Previa a la incisión cutánea, durante y antes del cierre de planos	Previa a la incisión cutánea, antes del cierre de planos	Total
actuante	1	0	0	1
circulante y actuante	3	11	0	14
circulante, actuante y cirujano	9	8	0	17
total	13	19	0	32

Fuente: Elaboración propia 2022

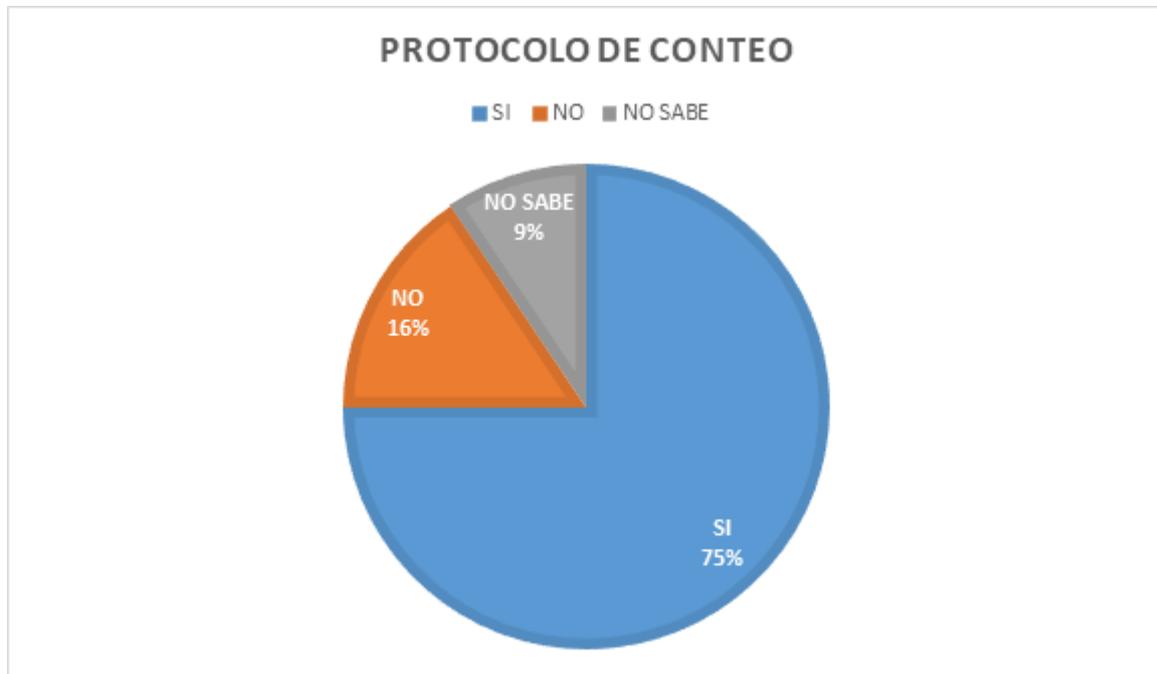
que la responsabilidad del conteo es del circulante y actuante a su vez afirmaron que el comienzo del conteo empieza al momento del armado de mesa y al finalizar la cirugía. Mientras que el 57,9% restante que también respondió que la responsabilidad es del circulante y actuante, constatan que realizan el conteo previo a la incisión cutánea, durante y antes del cierre de planos.

A su vez los que respondieron que la responsabilidad es del circulante, actuante y cirujano se dividen en un 50% que dice que el conteo comienza al momento del armado de mesa y al finalizar la cirugía y el otro 50% que el conteo se realiza previa a la incisión cutánea, durante y antes del cierre de planos

De acuerdo a la comunicación el 90,6% respondió que la comunicación en quirófano en el momento del conteo es buena, el 9,4% respondió es regular y la opción mala no fue considerada como respuesta.

Se realizó una pregunta donde se cuestiona si la demanda de cirugías y las horas de trabajo incluyen en el control de la cirugía un 68,8% respondió que sí y un 34,4% respondió que no.

Gráfico: Protocolo de conteo



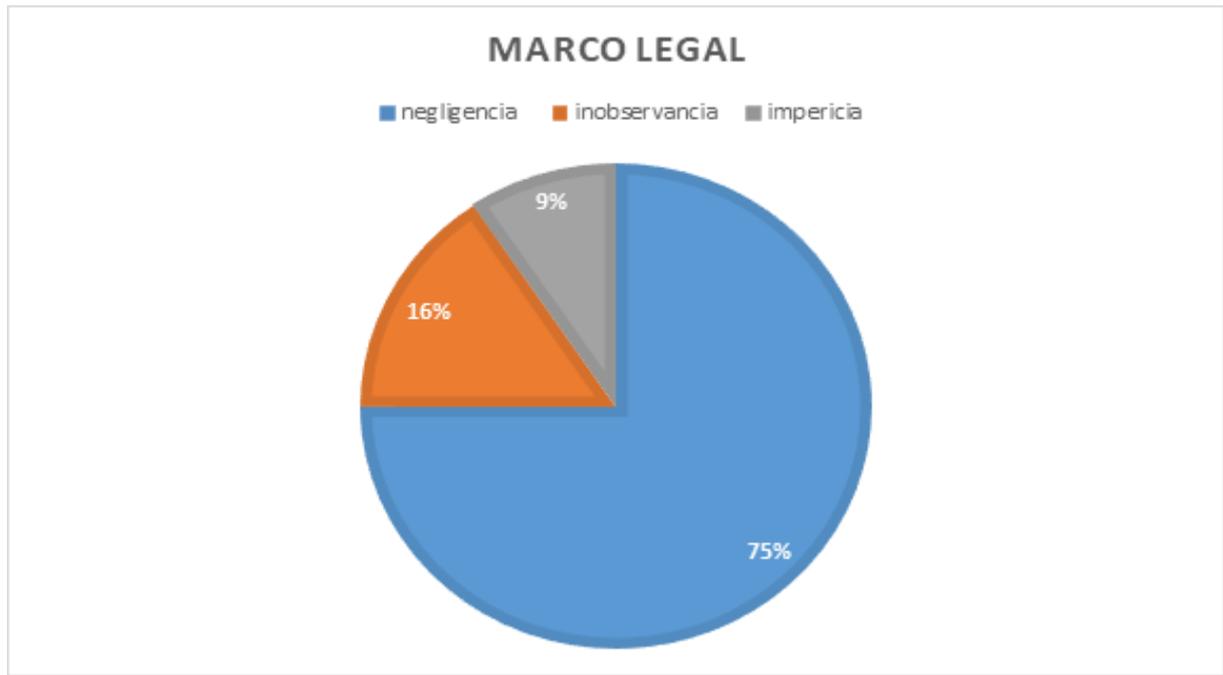
Fuente: Elaboración propia 2022

Se formuló una pregunta acerca de que si tenían conocimiento sobre un protocolo de conteo en el establecimiento donde trabajan, en su mayor porcentaje de 75% dijeron que si, un 16 % que no, mientras que un 9% dijo que no sabía

Para que los instrumentadores quirúrgicos contaran cuáles son sus métodos o maneras que utilizan para cuidar la seguridad del paciente en situaciones de pase de guardia o cirugías de emergencias, se realizó una pregunta con respuesta abierta. Allí nos cuentan que un método más efectivo es el pase de guardia de forma escrita y oral. Llegando 15 minutos antes del horario de entrada para un buen pase de guardia, detallando conteo y datos importantes. Realizando el conteo junto a la persona que toma la guardia. Poner mucha atención durante la largada indicando a los médicos, y técnicos donde descartar las compresas. Contar instrumental y gasas como protocolo fijo y no olvidar nuestras responsabilidades.

Ante la pregunta de que si se fomenta procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con oblitio quirúrgico que resulten en daños prevenibles, un 78,1% respondieron que sí y un 21,9% que no.

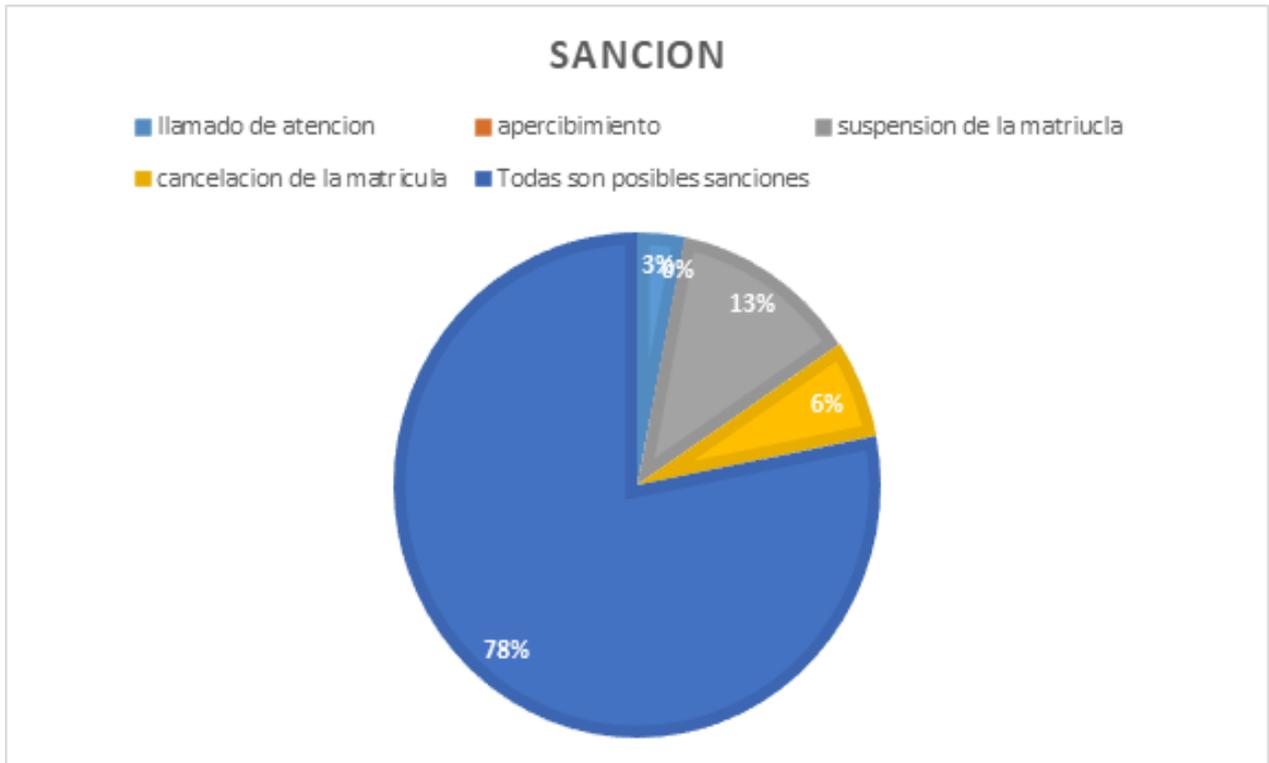
Gráfico: Marco legal



Fuente; Elaboración propia 2022

Según la ley 14.865 el oblito es considerado un acto de negligencia, el 75% de los encuestados respondieron que el oblito quirúrgico implica negligencia, un 15,62% respondió inobservancia y con un menor porcentaje, impericia de un 9,37%

Gráfico: Sanción



Fuente: Elaboración propia 2022

Siguiendo con el tema marco legal, se cuestionó acerca de que si conocían las posibles sanciones en el caso de que se realice un juicio por oblito quirúrgico. Un 13% de los encuestados consideró que la sanción sería la suspensión de matrícula, el apercibimiento como única opción no fue considerada, un 6% tuvo en cuenta la cancelación de la matrícula, el 3% respondió llamado de atención y con un mayor porcentaje, de 78% consideraron que todas las opciones son posibles sanciones ante el caso de que se realice un juicio.

Conclusión

Los cuerpos extraños constituyen una complicación de un procedimiento quirúrgico que causan dificultades diagnósticas, sobrecostos y posibles problemas médicos.

En la práctica quirúrgica, la seguridad del paciente está en manos del instrumentador quirúrgico desde el momento que ingresa a quirófano hasta su egreso de la misma.

Dentro de sus funciones disciplinarias en quirófano, es el responsable del manejo del instrumental, suturas, elementos y materiales de uso quirúrgico y como tal el conteo y recuento de los mismos, su responsabilidad es velar porque lo que entre a la cavidad del paciente. Además, elaborar, publicar y consignar en la historia clínica junto con la instrumentadora circulante, el recuento del material médico-quirúrgico.

En la sala de cirugía nadie está exento de cometer errores, sin embargo, el oblito quirúrgico se puede dar en cualquier momento, y puede traer consecuencias graves para el paciente.

El recuento es la medida más adecuada para la prevención del oblito quirúrgico, los miembros que componen la sala de cirugía, deben realizar las pausas y tiempo necesario para que el proceso de conteo y recuento sea eficaz, confiable y seguro, si el conteo no es correcto la instrumentadora circulante realiza un nuevo conteo en busca de la gasa, compresa o pinza que no aparece, por si hubiera hecho mal el recuento. El

instrumentador actuante detiene e insta al equipo quirúrgico a revisar la cavidad, los campos y el entorno estéril previo al cierre de planos, en algunos casos se solicita la escopia, todo con la aprobación del médico cirujano a cargo, estas situaciones a menudo provocan tensión en el equipo, no hay que olvidar que la jerarquía quirúrgica no es vertical, es un diagrama de colaboración en la que todos los miembros del equipo tienen sus funciones y sus obligaciones, éticas y legales. El instrumentador quirúrgico debe agotar todos los métodos para la verificación y búsqueda del oblito, el recuento de gasas debe ser notificado en un documento guardado en el servicio. Es responsabilidad del médico cuando la cuenta de gasas es incompleta y éste se niegue a revisar la cavidad abdominal y no agote los medios diagnósticos disponibles.

Teniendo en cuenta el conocimiento y control de la cirugía, labor propia del instrumentador quirúrgico, podemos decir que afirmamos la hipótesis planteada al comienzo del trabajo, ya que se enfrenta ante una situación donde el nivel de responsabilidad ante la presencia del oblito quirúrgico, debe ser acorde a sus funciones; en sus manos está las medidas necesarias y más importantes para prevenirlo y garantizar la seguridad del paciente.

Algunas propuestas de mejora

podrían ser la implementación de conteo como protocolo fijo en cada institución. El cuidado por parte de la supervisión o gerencia hacia el recurso humano de quirófano, como evitar el

exceso de carga horaria quirúrgica, rotación del personal ante a cirugías convencionales o complejas, respetar el horario de refrigerio, para así evitar el estrés laboral y disminuir el margen de error por el déficit de atención. Otra propuesta de acuerdo a los avances tecnológicos de vanguardia es implementar tecnologías en los procesos de trazabilidad tecnológica basándonos en la actualidad del mundo occidental, para mejorar los procesos de recuento y generar aún más seguridad en la labor

Anexo

Conocimiento y responsabilidad del instrumentador quirúrgico ante el oblitio

Estimados colegas

Los invito a realizar esta breve encuesta con fines académicos dirigido a técnicos y licenciados instrumentadores quirúrgicos de CABA

Es una encuesta anónima, agradezco su participación

Saludos

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfAxqIpg7qPXb6SZCp6S7u-zCN831-bd6kgC5wRHDyNPoQrYq/viewform?usp=sf_link

1) Edad

- Entre 20 y 35
- Entre 36 y 55

2) Años que labora en el área

- Entre 1 a 5 años
- Entre 5 a 10 años
- Más de 10 años

3) Puesto que ocupa.

- I.Q Actuante
- I.Q Circulante
- Ambas

4) Formación...

- Tec instrumentador quirurgico
- Lic instrumentador quirurgico

5.) ¿Cuándo se debe realizar el recuento de instrumental y gasas?

- Cirugías de tejidos profundos cavidad abdominal y torácica
- Todas las cirugías

5) ¿De quién es la responsabilidad del conteo?

- IQ actuante
- IQ actuante y circulante
- IQ actuante, circulante y Cirujano

6) ¿En qué momento se realiza el conteo de gasas, instrumental e insumos?

- Al momento del armado de mesa y al finalizar la cirugía
- Previa a la incisión cutánea, durante y pre cierre de planos
- Previa a la incisión cutánea y antes del cierre de planos

7) Teniendo en cuenta que el conteo se realiza en voz alta, la comunicación entre compañeros es

- Buena
- regular
- mala

8) La demanda de cirugías y las horas de trabajo ¿influye en el control de la cirugía?

- Si
- No

9) Sabemos que el revelo y las cirugías de emergencias son situaciones claves donde existen el margen de error. Mencione que maneras o métodos utiliza para cuidar la seguridad del paciente

10) ¿Se fomenta procedimientos para la identificación y el análisis de riesgos relacionados con oblitio quirúrgico que resulten en daños prevenibles?

- Si
- No

11) ¿Sabe si en la institución donde trabaja cuenta con un protocolo de conteo de instrumental y gasas?

- Si
- No
- No sabe

12) Considera que el oblitio quirúrgico implica...

- Negligencia
- Impericia
- Inobservancia

13) En el caso de juicio por olvido ¿cuál sería la posible sanción?

- Llamado de atención
- Apercibimiento
- Suspensión de la matrícula
- Cancelación de la matrícula
- Todas son posibles sanciones

Bibliografía

- Beltrán Domínguez, L y Guerrero Chamorro, L. (2021). Oblito quirúrgico error involuntario en el ejercicio de la instrumentación. Corporación Universidad de la Costa.
- Balcázar-Rincón, L. E., Gómez, E. A. G., & Ramírez-Alcántara, Y. L. (2016). Oclusión intestinal secundaria a oblito quirúrgico. *Cirugía y Cirujanos*, 84(6), 503-508.
- Chinelli, Javier, Olivera, Eduardo, & Rodríguez, Gustavo. (2017). Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(2), 21-38. <https://doi.org/10.25184/anfamed2017v4n2a3>
- Garzón, M. A. (2022). EL rol del instrumentador quirúrgico en la atención integral en salud. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/7807>.
- Meléndez Mogollón, I. C., Camero Solórzano, Y. B., Álvarez González, A. R., & Osorio Zambrano, E. E. (2018). La instrumentación quirúrgica: su relación con la enfermería actual. *Revista Científica "Conecta Libertad" ISSN 2661-6904*, 2(1), 11–21. Recuperado a partir de <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/66>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Fecha de la consulta].
- Tole Acosta, H. D. (2015). Panorama latinoamericano del cuerpo extraño olvidado en el interior del paciente, desde la vista del instrumentador quirúrgico. *Ciencia Y Salud Virtual*, 7(2), 42–52. <https://doi.org/10.22519/21455333.517>
- Tole, H. D., & Cadavid, N. (2018). Instrumentador quirúrgico: Iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 27(2).
- <https://normas.gba.gob.ar/documentos/Bgzk4hpx.html>
- <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/3805-D-2022.pdf>
- Sampieri, H et al (2006) Metodología de investigación. Mc Graw-Hill Interamericana 4ta edición. México
- Canales et al (1994) Metodología de investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud 2da edición

