



OBLITOS EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

Un “cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica” se denomina también “oblito”, término aceptado por la Real Academia de España.

Es un riesgo inherente a todo procedimiento invasivo, como otros eventuales eventos adversos o contingencias operatorias.

Es un tema sobre el que se han publicado cientos de trabajos en todo el mundo, con el objetivo de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de oblitos. En nuestro medio, la primera serie importante fue publicada por Santos y col. en 1965

Los principales factores de riesgo para un oblito en la cirugía del abdomen son

- 1) Procedimientos de emergencia (en esta cirugía la posibilidad de un oblito es nueve veces mayor que en cirugía electiva)
- 2) Modificaciones de la táctica quirúrgica en el intra operatorio, por hallazgos o complicaciones inesperadas. En estos casos el cirujano debe detallar en el protocolo quirúrgico, todas las dificultades y si eventualmente se debió acelerar la operación por solicitud del anestesiólogo frente a una inestabilidad hemodinámica.
- 3) Elevado índice de masa corporal (en los obesos hay mayor dificultad para visualizar toda las áreas del abdomen)
- 4) No hacer un adecuado conteo y control del material utilizado (gasas, compresas, agujas e instrumentos)
- 5) Rotación de personal durante una intervención quirúrgica. Suele ocurrir en los cambios de horarios de enfermeras o de instrumentadoras circulantes y en operaciones muy prolongadas).

Para prevenir un oblito hay múltiples recomendaciones, normas difundidas en trabajos científicos e instituciones y en los últimos años también por entidades como la Asociación Argentina de Instrumentadoras Quirúrgicas (AADI) y en EEUU por la Asociación of Perioperative Registered Nurses (AORON)

1) Es deber del cirujano, la exploración del abdomen antes de cerrar los planos musculares y/o aponeuróticos y la exploración de la pared abdominal antes de hacer el cierre de la piel.

Si bien es responsable de todo lo que sucede durante una operación es evidente que no puede controlar al mismo tiempo a todos los que actúan en el quirófano en sus respectivas funciones (anestesiólogos, instrumentadoras, enfermeras e instrumentadoras circulantes, radiólogos, trasfusionistas, etc.).

En lo que se refiere al conteo de gasas e instrumentos debe verificar que se cumplan las normas de conteo y registrarlo en el protocolo operatorio.

2) Es deber de la instrumentadora, el conteo del material al comienzo de la operación, antes del cierre de la cavidad abdominal y al finalizar el procedimiento. Para el conteo necesita la colaboración de la enfermera de quirófano o de la instrumentadora circulante, quienes a) deben recoger de los lebrillos, las gasas utilizadas durante la operación para sumarlas a las que tiene la instrumentadora en su mesa y b) controlar que no quede instrumental en mesas auxiliares, porque puede alterar el conteo.

Las instrumentadoras actúan bajo la dirección del cirujano. Pueden ocurrir que habitualmente trabajen con ese cirujano como parte de su equipo o a sueldo como personal estable de un Hospital o Sanatorio.



3) Cuando hay dudas en el conteo, se aconseja hacer radiografías o radioscopias en el quirófano, que permite detectar gasas, siempre que tengan marcadores radioopacos, y con más facilidad visualizar instrumentos metálicos.

Si persisten las dudas, es deber dejarlo documentado en el protocolo operatorio e informar a todos los que participaron en la operación. Algunas hojas de protocolo operatorio tienen un recuadro preimpreso como "listado de verificación o lista de chequeo".

Se había sugerido hacer radiografías de control al finalizar toda operación en cavidades, pero no se implementó como una obligación por los siguientes motivos a) En muy pocas instituciones todas las mesas de operaciones son radio lúcidas b) Por la baja frecuencia de oblitos, hacer radiografías a todos los operados, sería someter a los enfermos y al personal de quirófanos a un exceso de radiaciones c) Los estudios radiológicos con el abdomen abierto podrían aumentar el índice de infecciones operatorias.

Otras recomendaciones para prevenir un oblito son insistir en las políticas de prevención con adecuados protocolos de seguridad y procurar que los integrantes del equipo quirúrgico actúen en forma armónicamente integrados, para lograr los objetivos terapéuticos.

Pero aun cumpliendo con todas las normas de seguridad siempre existe la posibilidad de un oblito. Según Greenberg y col., Kaiser y col. Fereres y col muchos oblitos ocurrieron en operaciones en las que los conteos de gasas fueron normales. Estos casos de "falsos negativos" muestran la falibilidad de uno de los principales sistemas para la prevención de oblitos.

En resumen, cuando en la cirugía del abdomen ocurre un "evento adverso prevenible", como es dejar una pinza, participan tres componentes 1) El cirujano 2) La instrumentadora 3) Las enfermeras de quirófano y/o las instrumentadoras circulantes. Cada uno de ellos tiene funciones de alta responsabilidad y en ciertas oportunidades deben actuar en un clima de tensión, cuando son operaciones complejas o enfermos de riesgo muy elevado.

REFERENCIAS

Asociación Argentina de Instrumentadoras Quirúrgicas (WWW AADI)

Association of Perioperative Registered Nurses - Recommended Practices Committee AORN J 1999; 70:1080

Ferreres, A. Error en cirugía Relato oficial. Rev Argent Cirug 2008; N° Extraordinario: 170

Gawande A y col Risk factors for retained instruments and sponges after surgery N Engl. J Med 2003; 348:229

Greenberg CC, y col Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients J Am Coll Surg. 2007, 204: 533

Kaiser CW y col The retained surgical sponge Ann Surg 1996, 224: 79

Siano Quirós R y col Historia natural de los oblitos quirúrgicos .Rev Argent Cirug 2003; 85: 31

Santas A A y col Cuerpos extraños olvidados durante las intervenciones quirúrgicas Bol. y Trab. Soc. Cirugía de Buenos Aires 1965; 49:94