

**RECUENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA.
REVISIÓN NARRATIVA**

ANGIE ALEXANDRA PALENCIA RODRÍGUEZ

**UNIVERSIDAD DE BOYACÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
TUNJA
2022**

**RECUENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA.
REVISIÓN NARRATIVA**

ANGIE ALEXANDRA PALENCIA RODRÍGUEZ

**Monografía de Grado para optar al Título de
Profesional en Instrumentación Quirúrgica**

Directora

LUZ ÁNGELA BUITRAGO ORJUELA

Profesional en Instrumentación Quirúrgica

Esp. Salud Ocupacional

Mg. Universitario en Tecnología Educativa y Competencias Educativas

Co-directora

ADRIANA NUMPAQUE PACABAQUE

Profesional en Instrumentación Quirúrgica

Esp. en Gerencia en Instituciones de Salud

Mg. Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad

**UNIVERSIDAD DE BOYACÁ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
TUNJA
2022**

Nota de aceptación:

Firma presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Tunja, 06 de junio de 2022

“Únicamente el graduando es responsable de las ideas expuestas en el presente trabajo” (Universidad de Boyacá, Acuerdo 958 del 30 de marzo de 2017, Artículo décimo primero).

Dedicado primeramente a Dios, a mi padre Marco Antonio Palencia Z, mi madre Gloria Esperanza Rodríguez, mi hermana Gloria Estefanía Palencia Rodríguez, mis abuelos Anselmo Rodríguez, Angélica Barón, María Zafra, Marco Palencia, María del Carmen Barón Ruiz, por apoyarme en mi camino de vida.

Mis amigos que de otra manera se convirtieron en familia y fueron un gran apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Mis profesores por brindarme cada uno de sus conocimientos durante este tiempo de formación en Instrumentación Quirúrgica, a mi directora Mg. IQ. Luz Ángela Buitrago Orjuela y Coodirectora Mg. I.Q. Adriana Numpaqué Pacabaque guías durante la realización de esta Monografía.

La Universidad de Boyacá, por abrirme las puertas y convertirse en mí segundo hogar de formación en el ámbito profesional como Instrumentadora Quirúrgica.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
2. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON MAYOR REPORTE DE OBLITO QUIRÚRGICO	23
3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL OBLITO QUIRÚRGICO	31
4. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA DISMINUIR EL RIESGO DE OBLITO QUIRÚRGICO	36
5. CONCLUSIONES	39
6. RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	48

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Matriz de selección de estudios	18
Cuadro 2. Procedimientos quirúrgicos cesárea	25
Cuadro 3. Procedimientos quirúrgicos abdominal	26
Cuadro 4. Procedimientos quirúrgicos colecistectomía	26
Cuadro 5. Procedimientos quirúrgicos intravesicales	27
Cuadro 6. Procedimientos quirúrgicos intranasal	27
Cuadro 7. Principales factores de riesgo asociados al oblito quirúrgico	33

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Flujograma de artículos seleccionados	19
Figura 2. Investigaciones publicadas en repositorio de Universidades tanto nacionales como internacionales y revistas indexadas	20
Figura 3. Periodo de búsqueda comprendido entre 2016- 2021	21
Figura 4. Procedimientos quirúrgicos con mayor reporte de oblitio quirúrgico	23
Figura 5. Factores de riesgos al oblitio quirúrgico con mayor frecuencia	34

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Anteproyecto	49

GLOSARIO

COMPRESAS QUIRÚRGICAS: insumo médico quirúrgico utilizado en cirugía de manera indispensable, elaboradas con tejidos de algodón (1). Contiene una cinta radio-opaca entretejida con el fin de ser detectable con los rayos x, su función es absorber los líquidos corporales y mantener una buena visualización del área quirúrgica, además de usarse para el secado de las manos luego del lavado quirúrgico (2).

CONTEO QUIRÚRGICO: Es la numeración del instrumental quirúrgico e insumos médicos como gasas, torundas, compresas, agujas, suturas y material especializado cuando es requerido, el cual se realiza al inicio del procedimiento quirúrgico, con el fin de saber con exactitud la cantidad de instrumental y elementos que serán utilizados en cirugía (3)

CUERPO EXTRAÑO: son todos aquellos pseudotumores generados por material quirúrgico no reabsorbible y por tanto sin efecto terapéutico, dejados en el acto quirúrgico y que, en muchos casos, pueden causar graves problemas de morbimortalidad, traduciéndose así en un problema médico-legal (4).

EQUIPO QUIRÚRGICO: Son los miembros del personal médico los cuales están conformados por el anestesiólogo, cirujano, medico ayudante, instrumentador quirúrgico y auxiliar de enfermería que asisten en el procedimiento quirúrgico. El número total de miembros del equipo dependerá del tipo de cirugía realizada (5).

ERROR: acción no planificada, la cual se considera como inesperada o contraria al plan correcto. Los errores pueden ser errores de comisión, por hacer algo mal, o errores de omisión, por no hacer lo correcto, tanto en la fase de diseño como en la de ejecución (6).

EVENTO ADVERSO: Cualquier incidente imprevisto e inesperado en la atención hospitalaria que suponga, en su mayor parte, muerte, invalidez, prolongación u hospitalización o reingreso posterior (5).

FACTORES DE RIESGO EN CIRUGÍA: Estos pueden ser tan relativos al paciente como a la enfermedad o al procedimiento quirúrgico entre los cuales los más comunes en el paciente son: edad, estado nutricional, consumo de fármacos, hábitos tóxicos, salud mental; En cuanto a enfermedad o al procedimiento quirúrgico en sí, pueden señalarse: patología, localización, duración del procedimiento quirúrgico, tiempo de anestesia y la cirugía de emergencia entre otros (7).

INSTRUMENTO QUIRÚRGICO: Herramienta diseñada y utilizada para realizar acciones específicas durante una cirugía, con el fin de lograr adecuadas maniobras quirúrgicas, el diseño se realiza de acuerdo a su función y están elaborados en

materiales como acero inoxidable, titanio y vitalio, deben tener propiedades que los haga resistentes a la corrosión ya que están expuestos a líquidos corporales (8).

LISTA DE VERIFICACIÓN: Se trata de una sistematización de los criterios, que permite revisar los aspectos que se han identificado como críticos para la seguridad del paciente, con el firme objetivo de evitar los errores médicos que se producen en los procedimientos quirúrgicos (9).

OBLITO QUIRÚRGICO: Cuerpo u objeto extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica (10) permanece dentro de una cavidad corporal o sitio quirúrgico en forma no intencional una vez que el paciente abandona la sala de operaciones (11) los que se pueden ser: gasas, compresas, pinzas, apósitos, torundas, mechas vaginales, agujas, entre otros (12).

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: son actividades desarrolladas por especialistas en quirófano por medio de maniobras quirúrgicas para dar tratamiento a lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas (13).

SALUD: es un estado de equilibrio entre bienestar físico, mental y social (14).

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de metodologías basadas en evidencias científicas probadas que proponen disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud (15).

RESUMEN

Palencia Rodríguez, Angie Alexandra

Recuento de dispositivos médicos quirúrgicos en cirugía. Revisión narrativa / Angie Alexandra Palencia Rodríguez. - - Tunja: Universidad de Boyacá, Facultad de Ciencias de la Salud, 2022.

92 p.: il. + 1 CD ROM. - - (Monografías de Grado UB, Instrumentación Quirúrgica; no.)

Monografías de Grado (Profesional en Instrumentación Quirúrgica). - - Universidad de Boyacá, 2022.

La correspondiente monografía, se desarrolla a partir de fuentes documentales relacionadas a procedimientos quirúrgicos con mayor reporte de oblitio quirúrgico, con el fin de determinar los factores de riesgo asociados al mismo, permitiendo establecer unas estrategias de prevención para disminuir el riesgo de eventos adversos tomando en cuenta que los cuerpos extraños olvidados en la cavidad del paciente.

Se plantea analizar el proceso de recuento de dispositivos médico quirúrgicos en cirugía.

En este documento monográfico se ha utilizado diversas fuentes compiladas y procesadas por varios autores, según las características de rigurosidad que presenta este tipo de investigación. Por tanto, se consideró un proceso que metodológicamente permitió realizar y localizar la búsqueda de los documentos. Este proceso, estuvo basado en: selección, análisis, identificación, descripción e interpretación de bases teóricas sobre el recuento de dispositivos médicos quirúrgicos en cirugía.

Se recomiendan fijar estrategias, crear planes innovadores basados en nuevas tecnologías que cumplan con los procesos de seguridad quirúrgica, contribuirían en la obtención de buenos y mejores resultados, por tanto, impulsar el desarrollo de buenas prácticas de seguridad quirúrgica, asegura la precisión, la toma de decisiones oportunas y el alcance efectivo de un buen equipo quirúrgico y así garantizar al paciente una cirugía segura.

Palabras Claves: Evento adverso, lista de verificación, factores de riesgo, oblitio quirúrgico.

ABSTRACT

Palencia Rodríguez, Angie Alexandra

Counting of surgical medical devices in surgery. Narrative review / Angie Alexandra Palencia Rodríguez. - - Tunja : University of Boyaca, Faculty of Health Sciences, 2022.

92 p. : il. + 1 CD-ROM. - - (Bachelor Monographs UB, Surgical Instrumentation; no.)

Bachelor Monographs (Professional in Surgical Instrumentation). - - University of Boyaca, 2022.

The corresponding monograph is developed from documentary sources related to surgical procedures with the highest reported surgical oblitus, in order to determine the risk factors associated with it, allowing the establishment of prevention strategies to reduce the risk of adverse events taking into account note that forgotten foreign bodies in the patient's cavity.

It is proposed to analyze the process of counting surgical medical devices in surgery.

In this monographic document, various sources compiled and processed by various authors have been used, according to the rigorous characteristics of this type of research. Therefore, a process was considered that methodologically allowed the search for documents to be carried out and located. This process was based on: selection, analysis, identification, description and interpretation of theoretical bases on the count of surgical medical devices in surgery.

It is recommended to set strategies, create innovative plans based on new technologies that comply with surgical safety processes, would contribute to obtaining good and better results, therefore, promote the development of good surgical safety practices, ensure precision, decision-making of timely decisions and the effective scope of a good surgical team and thus guarantee the patient a safe surgery.

Keywords: Adverse event, checklist, risk factors, surgical oblitio.

INTRODUCCIÓN

El tema objeto de estudio analiza el proceso de recuento de dispositivos médico quirúrgicos en cirugía, se realiza una visión de aquellos procedimientos quirúrgicos con mayor reporte de oblitio quirúrgico, la literatura nos permite indicar que a nivel internacional encontramos la mayor parte de publicaciones con reporte de casos ya que a nivel mundial se han implementado diferentes estrategias con el fin de mejorar la seguridad del paciente, seguido que a nivel nacional se presenta un caso por oblitio quirúrgico reportado mientras que a nivel local no se encuentra ningún tipo de publicación en el periodo de tiempo estudiado lo que permite justificar la importancia de hacer un análisis de cuáles son los factores o causas por las cuales no se presenta ningún tipo de publicación.

El primer capítulo concierne al análisis de los aspectos metodológicos de esta investigación, versa en el tipo de investigación caracterizado por una revisión narrativa que refiere a una revisión de la literatura, sobre producciones científicas publicadas que facilitan un análisis de la literatura reciente o actual. Del total de publicaciones encontradas, se seleccionaron 50 de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. El instrumento de recolección de información fue matriz de registro de estudio por base de datos, de acuerdo a los criterios de búsqueda.

El segundo capítulo refiere los procedimientos quirúrgicos con mayor reporte de oblitos quirúrgicos, donde la literatura establece que son las cesáreas y las cirugías abdominales las que reportan mayor nivel de eventos adversos, no obstante, el campo quirúrgico es amplio y profundo aumentando la posibilidad de que algún insumo médico quirúrgico sea extraviado en cavidad, se asume que estas son las que tienen un amplio flujo de sangre como líquidos corporales lo que dificulta la visualización de los elementos quirúrgicos. Los oblitos quirúrgicos o cuerpos extraños no son exclusivos de una cirugía en específico, sin embargo, hay mayor predominancia en las cirugías pélvicas como abdominales, pero en cualquier intervención puede ocurrir el evento adverso. Frente a ello, los miembros del equipo quirúrgico, y con predominancia el instrumentador quirúrgico tienen un alto nivel de responsabilidad, ya que son los encargados de evitar que esto ocurra (16).

El tercer capítulo de la investigación tiene como propósito identificar los factores de riesgos asociados al oblitio quirúrgico este hecho suele suceder de manera más frecuentes en cirugías de emergencia debido a cambios repentinos o desviaciones del plan de cirugía, así como en el conteo o recuento inadecuado de elementos o instrumental quirúrgico, el tiempo prolongado del procedimiento quirúrgico y la falta de diligenciamiento de la lista de verificación (17). El cuarto capítulo presenta el

análisis de las estrategias de prevención para disminuir el riesgo de oblitio quirúrgico por lo que el análisis determina que las prácticas esenciales de seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos, deben incluir la implementación de procesos estándar de atención y seguridad, el uso de protocolos y listas de verificación. Es así, que el alcance del Instrumentador Quirúrgico debe ser crear nuevos conocimientos y aportes significativos a los ya existentes, enfocados a las buenas prácticas de seguridad en pacientes de sala de cirugía, para lograr la calidad en la atención con sentido humanizado (11).

De esta manera, es importante enfatizar que todo conteo en cirugía debe ser claro y preciso, así como mantener la documentación adecuada para ello y es obligatorio realizar el recuento final del procedimiento quirúrgico, estos elementos son fundamentales para asegurar que cada intervención quirúrgica se realice de manera eficiente, a nivel nacional e internacional según la literatura revisada se presenta que en los últimos 5 años se han incrementado el número de publicaciones reportando los eventos adversos por reporte de caso presentados por oblitio quirúrgico lo que ha permitido implementar y mejorar estrategias de prevención frente a esta problemática presentada en salas de cirugía, pero se evidencia que es un tema del que poco se habla y se reporta ya que las consecuencias no solo involucran al paciente sino al personal asistencial por medio del análisis médico legal por consiguiente muchas instituciones se abstienen de reportar algún tipo de evento y realizan un manejo interno con el objetivo de eliminar el oblitio quirúrgico presentado.

Por último, se presentan las conclusiones correspondientes a los principales hallazgos encontrados. Se emiten estrategias que buscan brindar planteamientos al uso correcto de protocolos que minimicen la presencia de oblitos quirúrgicos. Se presentan los anexos, que, en este caso, es el anteproyecto y la matriz de investigación.

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Teniendo en cuenta que el objetivo general de esta investigación el cual fue analizar el proceso de recuento de dispositivos médico quirúrgicos en cirugía, se tomó en consideración toda aquella información que correspondiera a las categorías de la investigación (procedimientos quirúrgicos – oblitio quirúrgico-estrategias de prevención), por lo que se realizó una búsqueda en los principales metabuscadores, utilizando los términos de recuento de instrumental quirúrgico e insumos en procedimientos quirúrgicos (content of instruments and supplies in surgical procedures), verificados en DECS y MESH , aplicando las siguientes bases de datos: Pubmed, Gov (National Library Of Medicine), Trip (Liberating The Literature), Honcode Search, Scielo, Elsevier, Ovid, Google Académico, Redalyc, RefSeek. Igualmente se consideró la revisión en los buscadores National Institutes of Health, National Library of Medicine, OmniMedicalSearch.com, WebMD, MedExplorer, Medic8.

Se establece por metabuscador la cantidad de investigaciones encontradas, siendo la mayoría de: Google Académico con veinticinco (25), Pubmed veinte (20), Redalyc quince (15), SciELO quince (15), National Institutes of Health trece (13), Elsevier nueve (09) y RefSeek ocho (08) investigaciones. Los metabuscadores con menor ocurrencia en investigaciones con estas categorías fueron; Ovid cuatro (04), Gov (National Library Of Medicine) cuatro (04), Trip (Liberating The Literature) tres (03), Honcode Search tres (03), WebMD tres (03), MedExplorer dos (02), y Medic8 dos (02) investigaciones, tal como se muestra en el cuadro 1.

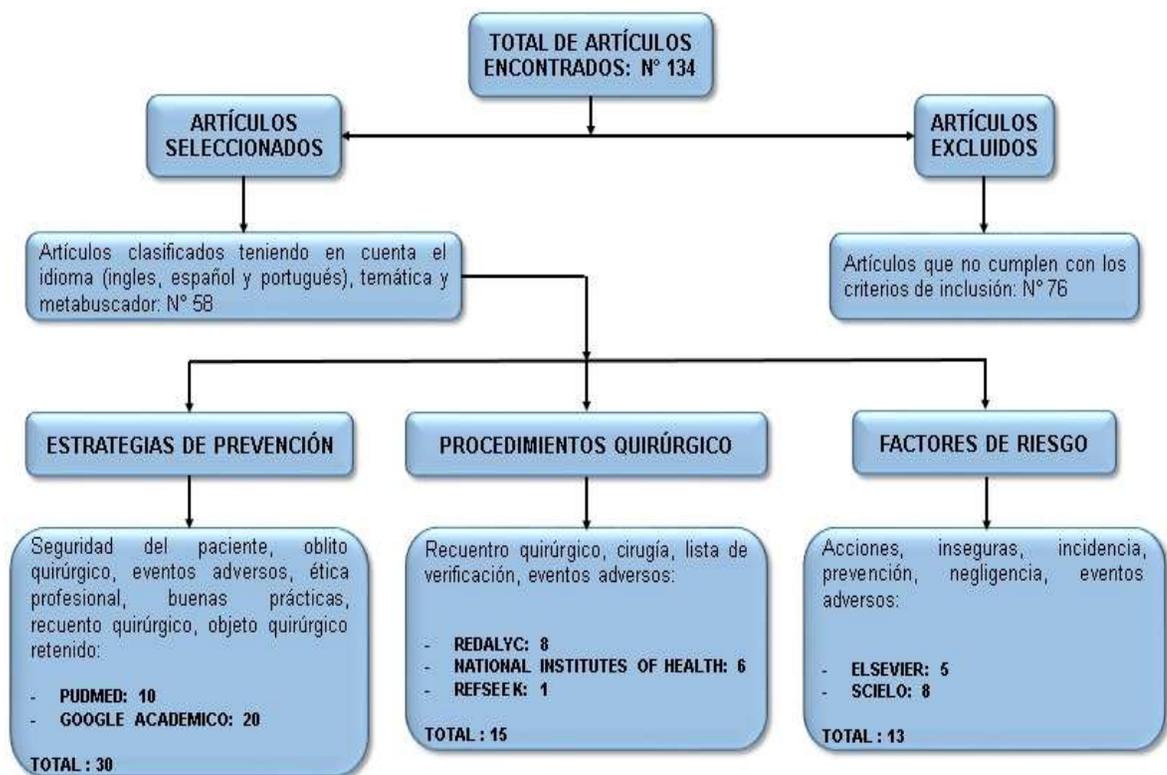
Cuadro 1. Matriz de selección de estudios

Base de Datos	Fecha de búsqueda	Cantidad de investigaciones encontradas	Cantidad de investigaciones descartadas por títulos	Cantidad de investigaciones seleccionadas con referencia bibliográfica
Google Académico	Agosto 2021	25	13	12
PUBMED	Agosto 2021	20	10	10
REDALYC	Agosto 2021	15	7	8
SciELO	Agosto 2021	15	7	8
National Institutes of Health	Agosto 2021	13	7	6
Elsevier	Agosto 2021	9	4	5
ReefSeek	Septiembre 2021	8	7	1
Ovid	Septiembre 2021	4	4	-
Gov (National Library of Medicine)	Septiembre 2021	4	4	-
Trip (Liberating the Literature)	Septiembre 2021	3	3	-
Honcode Search	Septiembre 2021	3	3	-
WebMD	Septiembre 2021	3	3	-
MedExplorer	Septiembre 2021	2	2	-
Medic8	Septiembre 2021	2	2	-
google académico	Mayo 2022	8	8	-
TOTAL		134	86	50

Fuente: recopilación autora

Igualmente se evidencia una lectura de 134 investigaciones, entre tesis y artículos nacionales e internacionales, de los cuales se seleccionaron 58 artículos clasificados según los criterios de inclusión. En el proceso de selección se tuvo en cuenta las referencias bibliográficas, el idioma: español, inglés y portugués, el periodo de tiempo y el año de publicación, el título y los estudios de casos clínicos relacionados con el tema de recuento de instrumental quirúrgico e insumos en procedimientos quirúrgicos (content of instruments and supplies in surgical procedures).

Figura 1. Flujograma de artículos seleccionados

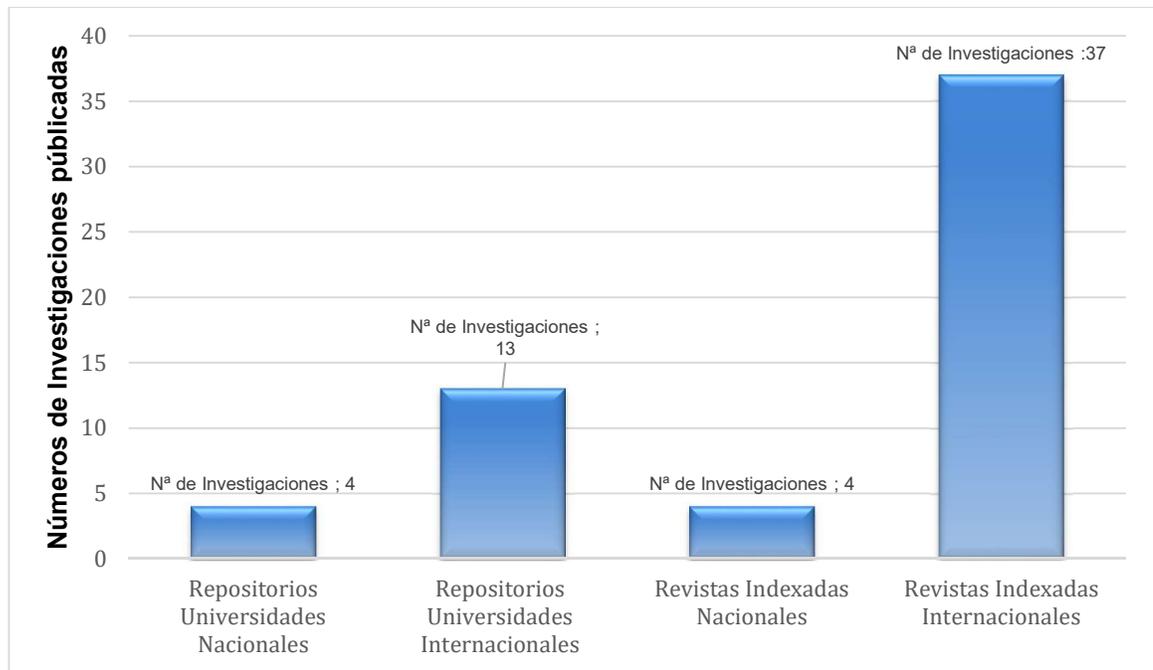


Fuente: autora

En la figura 1, se identifica la cantidad de artículos seleccionados en cada fase de la búsqueda, según las categorías de estudio y de los descriptores que de ellas subyacen, tales como: seguridad del paciente, oblitio quirúrgico, eventos adversos, ética profesional, buenas prácticas, recuento quirúrgico, objeto quirúrgico retenido, cirugía, lista de verificación, acciones inseguras, prevención, negligencia.

Por otra parte, se identifican los estudios y se clasifican según su temática teniendo en cuenta los criterios de inclusión desglosados cada uno, las investigaciones publicadas en repositorios de universidades tanto nacionales como internacionales, así como en revistas indexadas, lo anterior como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Investigaciones publicadas en repositorio de Universidades tanto nacionales como internacionales y revistas indexadas



Fuente: análisis autora

Adicionalmente, a nivel nacional se seleccionaron cuatro (04) y a nivel internacional fueron nueve (13), investigaciones de repositorios en universidades las cuales se encuentran relacionadas a las categorías principales, dando un total de trece (17) tesis para optar un nivel académico, divididos en: 5 tesis de pregrado, 11 de tesis para el grado de especialista y 1 master. En cuanto a las revistas indexadas en Colombia fueron cuatro (4) artículos seleccionados; es importante destacar, que el grueso de investigaciones seleccionadas fue publicado en revistas indexadas a nivel internacional, obteniendo con ello, un total de treinta y cuatro (37) investigaciones.

Es pertinente hacer mención, que esta monografía en la mayoría de las publicaciones seleccionadas se encuentra en revistas indexadas a nivel internacional, esto refiere que el tema ha sido estudiado y revisado de manera

científica en los últimos años, ya que es un tema de importancia a nivel mundial, debido a la calidad de publicaciones evaluadas por expertos, que garantiza trabajos originales, novedosos y de solidez científica, esto no quiere decir, que a nivel nacional no exista relevancia científica sobre el tema, sino que el estudio científico tiene ciertas limitantes en el campo de trabajo, como los problemas médicos-legales que puedan surgir al presentarse un procedimiento quirúrgicos con reporte de oblitos quirúrgico, de allí que el campo de estudio se hace reducido por la falta de datos estadísticos por las instituciones prestadoras de salud (11, 18, 19)

Ahora bien, el siguiente ítem correspondiente a los criterios de selección, el periodo de búsqueda comprendido entre 2016- 2021, como lo muestra la figura 3:

Figura 3. Periodo de búsqueda comprendido entre 2016- 2021



Fuente: análisis autora

Además en la figura 3 se observa que las investigaciones analizadas durante el período de estudio entre el 2016–2021 es una información vigente y actualizada, se demuestra que a nivel internacional en las revistas inexadas durante el periodo del 2016 y 2017 tienen un número semejante de investigaciones en comparación al 2018 que presta un aumento significativo de investigaciones publicadas y recientemente en el 2021 se evidencia un gran aporte de investigaciones y los repositorios internacionales durante el 2018 y 2019 reportan su mayoría de investigaciones; lo que denota que existe una disminución de literatura relacionada cuando los protocolos y una de las posibles causas es que la lista de verificación no

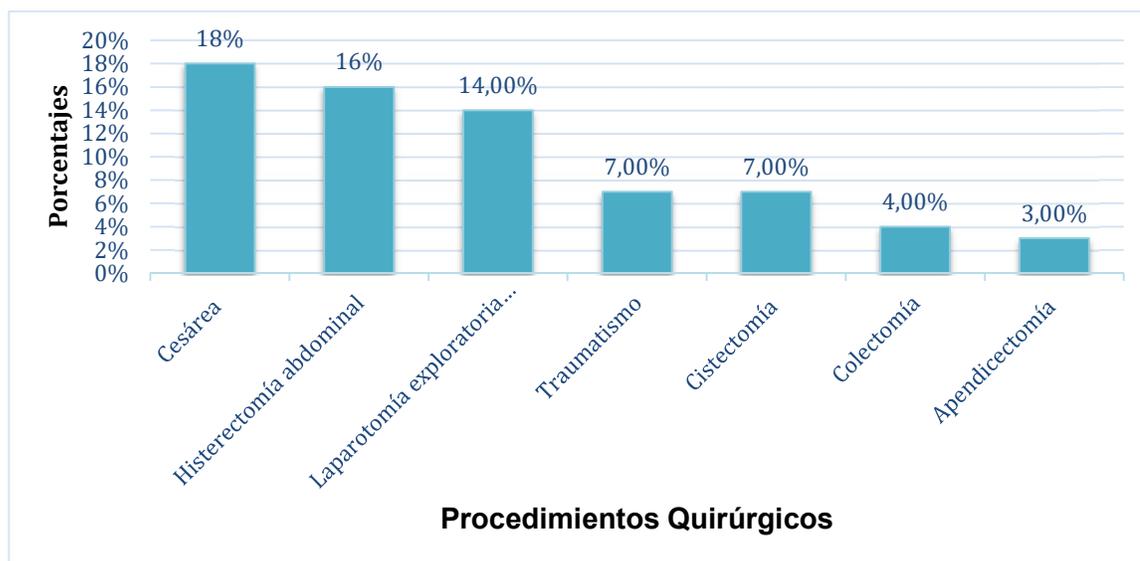
se realice correctamente, lo que se traduce en una alta frecuencia de oblitos quirúrgicos. Es importante destacar, que existe una responsabilidad médica al presentarse un evento adverso, que no solo involucra al cirujano, sino a todo el equipo quirúrgico, estableciendo quién es el responsable, por tanto, se busca desde diversas investigaciones métodos que exijan al equipo quirúrgico efectuar un protocolo riguroso para evitar eventos adversos y garantizar la seguridad del paciente: A nivel nacional en las revistas indexadas se evidencia un número de publicaciones estándar y en repositorios de universidades hasta el 2018 se realizan las primeras publicaciones (20).

2. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON MAYOR REPORTE DE OBLITO QUIRÚRGICO

Para este capítulo se describen los procedimientos quirúrgicos en los que se presenta el oblitio quirúrgico con mayor frecuencia, por lo cual es importante definir que el oblitio quirúrgico como: todo cuerpo extraño, llamado textiloma, gossypiboma, compresoma, gasoma que de manera no intencional queda retenido en el paciente posterior de un procedimiento quirúrgico y que estos son cualquier instrumento o material quirúrgico como gasas, torundas, compresas, agujas, tijeras, entre otros (21).

La incidencia de oblitio quirúrgico en procedimientos quirúrgicos según el autor Gavrić Lovrec V et .al., evidencia un bajo nivel en comparación a otras problemáticas que se presentan en salas de cirugía, lo que muestra la figura 4 es un mayor porcentaje de oblitio quirúrgico en el procedimiento de cesárea, la incidencia informada varía según sea el caso o procedimiento. Los artículos científicos son en su mayoría son retrospectivos, esto debido a que en las instituciones de salud que tienen salas de cirugía no se realice o se realice de manera incorrecta la lista de verificación lo que conlleva a un evento adverso (22).

Figura 4. Procedimientos quirúrgicos con mayor reporte de oblitio quirúrgico



Fuente: adaptado por la autora de: Gavrić Lovrec V, Cokan A, Lukman L, Arko D, Takač I. Retained surgical needle and gauze after cesarean section and adnexectomy: a case report and literature review. J Int Med Res. 2018;46(11): 4775-4780.

Como se observa en la figura 4, los procedimientos quirúrgicos según la especialidad con mayor reporte de oblitio quirúrgico, son las cesáreas en la especialidad de ginecología y las cirugías abdominales incluidas en la especialidad de cirugía general, por razones a que son cirugías donde el campo quirúrgico es amplio y profundo, lo que aumenta la posibilidad de que algún insumo médico quirúrgico sea extraviado en cavidad, se asume que estas intervenciones presentan un amplio flujo de sangre como líquidos corporales lo que dificulta la visualización de los elementos quirúrgicos; otro aspecto a destacar es que algunos de estos procedimientos son de emergencia y en algunas oportunidades no se realiza el recuento de elementos e insumos médicos quirúrgicos por medio de la lista de verificación en salas de cirugía de manera completa y rigurosa como procedimiento de seguridad, por razones de priorizar la vida del paciente, no obstante, otros artículos determinan que se pueden presentar en otras especialidades como en cirugías ortopédicas, otorrinolaringológicas, cardiológicas, urológicas, entre otras, es decir, que en todas las especialidades quirúrgicas pueden presentarse este tipo de evento adverso (18, 23, 24).

A nivel mundial se realizan intervenciones quirúrgicas, las cuales deben seguir las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), emanadas en el Segundo Reto Global (2007-2008), cuya campaña se titula Cirugía Segura Salva Vidas, para una atención quirúrgica segura, en esta se encuentra la Lista de verificación, donde es importante mencionar que en esta están contempladas 3 paradas de seguridad las cuales se van a tener presentes 2 para realizar el conteo de los elementos que son: después de la inducción de anestesia y antes de la incisión quirúrgica con todo el equipo quirúrgico, el instrumentador quirúrgico confirman la esterilización del instrumental y se realiza el conteo de todos los elementos medico quirúrgicos que se van a utilizar en cirugía y la siguiente parada es antes del cierre de la piel donde se verifica el recuento del instrumental e insumos los cuales deben coincidir, en caso de que el conteo y recuento no coincidan el equipo debería ser alertado, esta herramienta sencilla y práctica puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la seguridad del paciente. Es importante resaltar, que, para la OMS, esta no se da como un método único, por el contrario, busca garantizar la incorporación de elementos clave para la seguridad en el trabajo que realiza el equipo quirúrgico de manera habitualmente en los quirófanos (25).

Estas directrices tienen como uno de sus énfasis la prevención de la retención involuntaria de compresas, gasas, instrumental y cualquier otro insumo médico quirúrgico, donde el equipo quirúrgico debe ser considerado responsable de adoptar prácticas quirúrgicas seguras y realizar el recuento de elementos e insumos como del instrumental quirúrgico (26). Esto muestra que, la seguridad del paciente quirúrgico conlleva a una combinación de protocolos, responsabilidades, reglas e infraestructuras con el propósito de garantizar el cumplimiento de los procesos de

atención quirúrgica y minimizar los riesgos tanto del paciente como del equipo quirúrgico.

De otro lado, en los 17 casos clínicos analizados, existe un patrón común de oblitos quirúrgicos. Lo que permite enfatizar un análisis más detallado a continuación se evidencian cuadros por procedimiento quirúrgico detallado:

Cuadro 2. Procedimientos quirúrgicos cesárea

Procedimiento Quirúrgico	País	Nombre	Iqr	Cant	Sexo	Edad
Cesárea	Eslovenia (27)	Aguja quirúrgica retenida y gasa - gossypiboma o textiloma	Agujas quirúrgicas/Compresa de gasa	1	F	43
Cesárea	México (19)	Oblitomas u objetos extraños retenido	Oliva cánula de Yakauer	1	F	27
Cesárea	México (16)	Oblito quirúrgico	Compresa quirúrgica	1	F	31
Cesárea	Venezuela (28)	Compresa quirúrgica retenida o Textiloma	Compresa quirúrgica	1	F	26
Total casos revisados en procedimientos quirúrgicos de Cesárea				4		

Fuente: análisis autora

Cuadro 3. Procedimientos quirúrgicos abdominal

Procedimiento Quirúrgico	País	Nombre	Iqr	Cant	Sexo	Edad
Abdominal	Londres, reino Unido (29)	Textiloma	Compresa quirúrgica	1	M	28
Abdominal	Emiratos Árabes Unidos (22)	Textiloma	Compresa quirúrgica	1	M	63
Abdominal	Cuba (23)	Textiloma	Compresa quirúrgica	1	F	47
Abdominal	México (30)	Textiloma	Compresa quirúrgica	1	M	41
Abdominal	Colombia (31)	Gossypiboma	Gasa quirúrgica	1	M	60
Abdominal	España (32)	Gossypoboma	Gasa quirúrgica	1	M	89
Abdominal	Turquía (33)	Textiloma	Compresa quirúrgica	1	M	48
Total casos revisados en procedimientos quirúrgicos Abdominal				7		

Fuente: análisis autora

Cuadro 4. Procedimientos quirúrgicos colecistectomía

Procedimiento Quirúrgico	País	Nombre	Iqr	Cant	Sexo	Edad
Colecistectomía	Uruguay (34)	Textiloma	Compresas quirúrgicas	1	M	42
Colecistectomía	Ecuador (35)	Textiloma	Compresas quirúrgicas	1	M	24
Total casos revisados en procedimientos quirúrgicos Colecistectomía				2		

Fuente: análisis autora

Cuadro 5. Procedimientos quirúrgicos intravesicales

Procedimiento Quirúrgico	País	Nombre	Iqr	Cant	Sexo	Edad
Intravesicales	Venezuela(31)	Gossypiboma	Gasas quirúrgicas	1	M	63
Intravesicales	Venezuela(36)	Gossypiboma	Gasas quirúrgicas	1	F	65
Total Casos revisados en procedimientos quirúrgicos Intravesicales				2		

Fuente: autora

Cuadro 6. Procedimientos quirúrgicos intranasal

Procedimiento Quirúrgico	País	Nombre	Iqr	Cant	Sexo	Edad
Intranasal	Ecuador(37)	Gossypoboma	Gasa quirúrgicas	1	F	27
Total Casos revisados en Procedimientos quirúrgicos Intranasal				1		

Fuente: análisis autora

Cuadro 7. Procedimientos quirúrgicos cirugía cardíaca

Procedimiento Quirúrgico	País	Nombre	Iqr	Cant	Sexo	Edad
Cirugía cardíaca	Uruguay(24)	Textiloma	Compresa quirúrgica	1	F	58
Total Casos revisados en Procedimientos quirúrgicos de Cirugía Cardíaca				1		

Fuente: análisis autora

En general el análisis muestra 17 reporte de caso, donde se encontró la presencia de Textiloma en 10 individuos, 4 pertenecían al sexo femenino y 6 al masculino, la edad media de esta patología fue de un rango promedio entre 24-63 años (20-25, 28-30, 33).

En cuanto a los Gossypibomas en 6 individuos, de los cuales 3 pertenecían al sexo femenino y 3 al masculino, la edad promedio de esta patología fue de un rango entre 27- 89 años (17, 26-27, 31-32).

Se presenta 1 caso de oblitomas u objetos extraños retenido, encontrada una oliva de cánula de Yankauer en paciente femenina de 27 años de edad al ser ingresada a salas de cirugía por cesárea de emergencia (34).

Referente a cuerpo extraño se encontraron 10 compresas quirúrgicas siendo la mayoría, 06 gasas seguido de 1 cuerpo extraño la oliva de la cánula de Yankauer y 1 material de sutura - aguja quirúrgica (este último estuvo presente en un procedimiento donde se encontró al mismo tiempo compresa de gasa) (18-20, 22-25, 29-30).

El procedimiento quirúrgico que más se relacionó con la presencia de oblitoma quirúrgico fueron los abdominales con 6 casos (22-23, 25-28), seguido de la cesárea con 4 casos (17, 19-20, 24); y la colecistectomía con 2 casos (29, 30). Es importante resaltar, que se encontraron algunos casos poco comunes 2 intravesicales, 1 intranasal y 1 de cirugía cardíaca (31-33).

2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

En cada uno de los casos clínicos estudiados, se encontró que en México se presentaron 3 casos: 2 casos por cesárea encontrados en pacientes femeninas de 27 años con instrumental quirúrgico oliva de la cánula de Yankauer y 31 años con compresa quirúrgica encontrada en la cavidad uterina y 1 caso abdominal de paciente masculino de 41 años con compresa quirúrgica en cavidad (19, 24-25).

Entre tanto, investigadores de Venezuela, presentaron 3 casos; 1 caso de paciente femenina de 26 años de edad intervenida por cesárea de urgencia, se encuentra compresa quirúrgica retenida en cavidad y 2 casos intravesicales, ambos por gasa quirúrgica en 1 paciente masculino de 63 años y un paciente femenino de 65 años) (20, 31).

Por otro lado, se hace notar los casos presentados por investigadores de Uruguay, quienes publican 2 casos; el primero presenta 1 caso de colectistectomía por oblitoma quirúrgico por compresa quirúrgica en paciente masculino de 42 años y otro caso

de cirugía cardíaca un textiloma (compresa quirúrgica) en paciente femenino, de 58 años (29, 33).

Otros investigadores pertenecientes al país de Ecuador, presentan 1 de caso de colecistectomía, con oblitio quirúrgico producido por compresa quirúrgica en paciente masculino de 24 años y un caso intranasal por una gasa quirúrgica en paciente femenino de 27 años de edad (30, 32).

2.2 CONTEXTO NACIONAL

Colombia presenta 1 caso de cirugía general, se encuentra paciente de 60 años de edad, sexo masculino con presencia de Gossypiboma (Gasa quirúrgica) tras ser intervenido en laparotomía exploratoria.

En síntesis, se presentan los países con mayor reporte de oblitos quirúrgicos, donde se destaca que Uruguay, Ecuador presentan al igual que Venezuela casos que son pocos comunes de oblitos quirúrgicos intravesicales, intranasal y de cirugía cardíaca (29-33).

Un aspecto relevante a destacar que 4 casos se ubicaron en el Continente Europeo (Eslovenia, Londres, España y Turquía) y 1 caso en el Continente Asiático (Emiratos Árabes) (17, 21-22, 27-28), y 12 casos en el Continente Americano (Cuba 1 caso, México 3 casos; Colombia 1 caso, Uruguay 2 casos, Ecuador 2 casos y Venezuela 3 casos) (19-20, 23-26, 29-33).

Otro aspecto importante a destacar, es que para el Continente Americano se encontraron mayor reporte de oblitos quirúrgicos a diferencia del Continente Europeo y con mucha mayor diferencia del total del Continente Asiático, según la literatura revisada esto es debido al cumplimiento de los protocolos de implementación de la lista de cirugía segura y de mantenimiento de registros del quirófano (34), la educación del personal, así como el adelanto de nuevas tecnologías de imágenes (27).

Ahora bien, tal descripción permite entender que los oblitos quirúrgicos es un problema real y vigente (17, 29, 30); en la actualidad existen informes de casos clínicos de Textiloma o Gossypiboma como consecuencia de dejar instrumental quirúrgico y elementos médicos dentro de las cavidades del paciente, se observa que la seguridad del paciente quirúrgico, en mucho de los casos presentan factores de riesgo (27, 28, 31).

Finalmente, se observa, que el estudio actual de los oblitos quirúrgicos u objetos extraños retenidos, representa un problema en las diferentes especialidades ginecológicas y de cirugía general asociadas con la alta frecuencia de cesáreas y cirugía abdominales (22), por tanto, estos eventos ocurren en 1:100 a 3000 de todos los procedimientos quirúrgicos (32-33).

3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL OBLITO QUIRÚRGICO

Este capítulo identifica los factores de riesgo asociados al oblitio quirúrgico, se conoce como factor de riesgo a toda variable que presenta una relación independiente y significativa como el desarrollo de una infección, obstrucción o lesión tras una intervención quirúrgica, los factores de riesgo están relacionados con los individuos, el equipo quirúrgico y el ambiente quirúrgico que refleja un hecho o daño en la salud del paciente (enfermedad o muerte).

Dado que el manejo del paciente quirúrgico requiere la intervención de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, colectivamente el error no solo es el resultado de las acciones individuales del equipo quirúrgico, más bien es la consecuencia de una serie de acciones y factores. Por consiguiente, todo procedimiento quirúrgico conlleva un riesgo, por eso es importante tomar en cuenta que cada una ofrece una multiplicidad de factores que pueden alterar los mecanismos de control que pueden generar de manera significativa el desarrollo de eventos adversos.

Según el análisis de literatura y similitudes entre autores se contemplaron 2 clasificaciones: la primera se relaciona con 4 factores relevantes como organización, situacional, equipo de trabajo y errores humanos, y así mismo describe a continuación:

Organización. Es importante hacer mención, que los cambios repentinos del equipo quirúrgico, muchas veces por la alta complejidad y el tiempo prologado de la cirugía, esto puede generar una variación en lo que respecta al no hacer el debido recuento de los elementos quirúrgicos antes, durante y al finalizar cada procedimiento o hacer un recuento incorrecto asociado al cambio del equipo quirúrgico (38). De allí que, las instituciones de salud deben tener como requisito el uso de la lista de verificación, como herramienta fundamental para evitar o minimizar los factores de riesgo, esto tendría un criterio de actuación del equipo quirúrgico frente a posibles eventos adversos asociados a oblitos quirúrgicos (38, 39).

Situacionales. Se estima que los factores de riesgo más frecuentes son las cirugías de emergencia, debido a los cambios repentinos o imprevistos en el plan de cirugía u otro abordaje de exploración, una inadecuada valoración del riesgo, falta de procedimientos y fallas en las técnicas quirúrgica, conjuntamente el inadecuado conteo de materiales o instrumentos quirúrgicos, pueden ocasionar que se extravíen elementos medico quirúrgicos como: compresas, algodones, pinzas o suturas (11, 40), estos como factores de riesgos están ligados al equipo quirúrgico, no obstante,

de parte del paciente también pueden existir factores de riesgo como; el índice de masa corporal (delgado-obeso), la fatiga y el cansancio (40).

Equipo de trabajo. Este factor es fundamental en el cual está inmerso el liderazgo en el cual se evidencia la falta de confianza y comunicación que existe entre el equipo quirúrgico, colectivamente con la habilidad que desarrolle el personal asistencial al manejar eventos inesperados, el personal de salud se ve inmerso en un evento adverso en algún momento de su vida profesional. Esto indica, que de manera no intencional se va ocasionar un daño al paciente por parte del equipo quirúrgico según el análisis los principales ejes temáticos son: en la comunicación y la falta de cumplimiento a los protocolos de cada procedimiento como algunos de los causantes principales de los oblitos quirúrgicos ya que no existe ningún tipo de interacción entre estos miembros lo cual muchas veces no se establecen ni se informa si se presenta algún tipo de error, inconveniente o cambio de planeación en el procedimiento por lo cual se hace caso omiso a cualquier evento adverso. Según la investigación realizada por Catalina González y et describen que otras de las acciones inseguras que producen oblitos quirúrgicos es la falta o el mal lavado de manos del equipo quirúrgico situación que es consecuente a la posible presencia de infecciones nosocomiales, otro de los factores de riesgo son las fallas en las técnicas asépticas relacionadas con el descuido del equipo y la identificación errónea del paciente (39-41).

Error humano. Esta apreciación permite indagar acerca del error humano, se consideran como el resultado de una sucesión de errores, que pueden ocurrir desde la llegada del paciente hasta el momento del inicio de la cirugía. En este aspecto podemos señalar una deficiente planificación preoperatoria y fallo en los protocolos, este ha sido definido como un acto no intencional. El uso de cambio específico en el procedimiento, como el cambio de técnica quirúrgica o desviación de un proceso de cuidado en el paciente puede o no causar daño (38).

Ahora bien, según la literatura (37, 40-38) analizada la segunda clasificación comprende factores de riesgos que se agrupan en 4 variables significativas: asociadas a cirugía, cirujano, equipo quirúrgico y al paciente a continuación se contempla un cuadro y se describe cada una de ellas:

Cuadro 7. Principales factores de riesgo asociados al oblitio quirúrgico

	Factor de riesgo
Asociado con la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos quirúrgicos de alta complejidad, los cuales se hacen prolongados. - Urgencia vital con riesgo de perder la vida del paciente. - Pérdida de sangre de manera excesiva. - Procedimientos en horario nocturno o de madrugada - Cambios repentinos en el plan de cirugía - Tiempo operatorio prolongado - Más de un sub-procedimiento - Más de un equipo quirúrgico - Intraoperatorio inesperado - Hallazgos inesperados
Asociado con el cirujano	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo nivel de liderazgo del cirujano, quien es la persona que dirige el equipo - Falta de comunicación dentro del equipo - Jornada de trabajo de largas horas, lo cual le produce cansancio - Estar disperso en otras cosas no prioritarias en el momento de la cirugía, como la utilizar el celular
Asociado con el equipo quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios repentinos del equipo quirúrgico antes y durante la cirugía. - No llevar el control de la lista de verificación - No hacer el debido recuento de los instrumentos antes, durante y después de la cirugía. - Falta de comunicación del personal encargado de los instrumentos o equipos quirúrgicos. - Recuentos incorrectos
Asociado al paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Alto o bajo índice de masa corporal del paciente - Incorrecta medicación

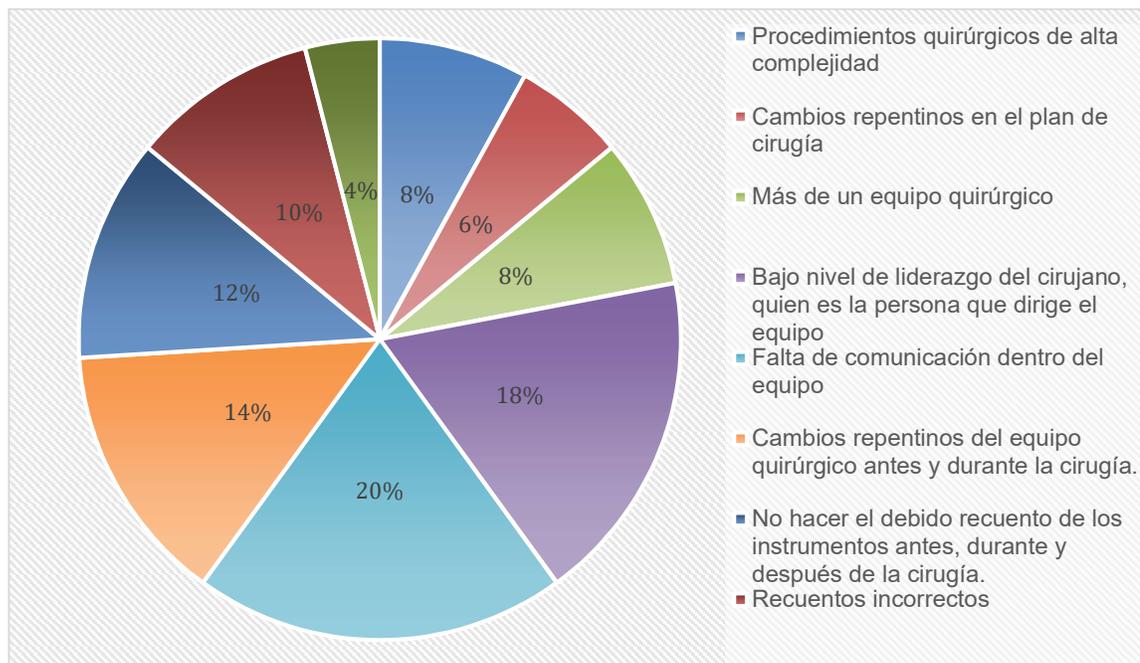
Fuente: adaptado por autora de: La Rosa-Armero Y, Rodríguez-Fernández Z, Matos-Tamayo ME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas. Rev Cubana Cir [Internet]. 2018 [citado 21 Ene 2022];57(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000400009&lng=es

A partir de esta categorización se puede establecer que la mayoría de los factores de riesgo asociados al oblitio quirúrgico, tienen estrecha relación tanto con el cirujano como con el equipo; comunicación, liderazgo, múltiples equipos, cambios inesperados, procedimientos de alta complejidad, no hacer el conteo ni el recuento

de los instrumentos, así como hacerlo de forma incorrecta y cambio repentinos del plan de trabajo, son los que mayor destacan en los diversos estudios analizados. En un nivel mínimo se pueden encontrar factores asociados al paciente, que según la literatura puede estar asociado al alto o bajo índice de masa corporal del paciente (obeso o delgado), sin embargo, este factor puede estar inserto dentro del cuadrante de factores asociados al cirujano ya que este debe velar porque el paciente este en óptimas condiciones, solo en caso de emergencia se pudiera presentar (42).

El diagrama circular muestra los factores discriminados con mayor porcentaje que se presentan en un oblitio quirúrgico y los que con menor frecuencia analizados en procedimientos quirúrgicos (Ver figura 5).

Figura 5. Factores de riesgos al oblitio quirúrgico con mayor frecuencia



Fuente: análisis autora

Es importante destacar que, aunque la literatura varía, en su mayoría concuerda que la falta de comunicación dentro del equipo tiene mayor probabilidad para dar lugar a un oblitio quirúrgico, esto explica que muchas veces se puede presentar un bajo nivel de liderazgo que lleven el control del equipo, lo que resulta que se desvíen de los protocolos de seguridad, según la perspectiva de cada miembro. (11, 23, 24, 26, 30, 34, 37- 38, 42).

Este análisis permite identificar de una manera general la forma como en el interior del quirófano se generan los oblitos quirúrgicos, considerando una revisión de interés en la práctica del equipo quirúrgico los factores de riesgos puedan ser evitados tomando conciencia de cirugía segura. Finalmente, esto ayudaría a minimizar los factores de riesgos asociados al oblitio, ya que es importante y fundamental conocer que se están implementando nuevas tecnologías y protocolos que ayudan a entender la responsabilidad del concepto de “seguridad en el paciente quirúrgico”. Tal afirmación, invita a describir las estrategias de prevención para disminuir el riesgo de oblitio quirúrgico, en el siguiente capítulo (16, 43).

4. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA DISMINUIR EL RIESGO DE OBLITO QUIRÚRGICO

El concepto de "cirugía segura" involucra la convicción de que no habrá riesgo de ocasionar daño o eventos adversos, lo cual es usualmente imposible, teniendo en cuenta que todo procedimiento quirúrgico involucra la presencia de riesgos. El objetivo de la seguridad del paciente a nivel mundial es mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes, cumpliendo con los protocolos establecidos en cada institución de salud, debido a que la ocurrencia de que se presente oblitio quirúrgico es un evento adverso potencialmente evitable por ende todos los profesionales de salud, sobre todo el equipo quirúrgico, deben reconocer los problemas de salud principalmente aquellos que implican eventos adversos al realizar un procedimiento quirúrgico inseguro (16, 39, 42).

Bajo esta perspectiva, Colombia ha asumido una posición clara en cuanto al tema, creando el Sistema Único de Acreditación en salud con la colaboración de ICONTEC ente acreditador en salud, se estableció que la institución demostrara los procesos de vigilancia y el requerimiento de poseer un sistema de reporte de eventos adversos, lo que exigió a las instituciones diseñar, implementar y mejorar continuamente un programa de seguridad del paciente que maximice las buenas prácticas para la seguridad.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, bajo su precepto de "la cirugía segura salva vida" fomenta tanto el compromiso político como la sensibilización para mejorar la atención y seguridad del paciente, concurriendo que a nivel mundial es el segundo reto, vigilar la seguridad del paciente en las prácticas quirúrgicas, en la cual coloca seutiliza la lista de verificación o "Check List" de manera fundamental. La responsabilidad del equipo quirúrgico es velar por la salud y estabilidad del paciente y esto se realiza por medio del cumplimiento de todos los protocolos indicados y establecidos en salas de cirugía que permita garantizar al paciente quirúrgico su calidad de vida, ante cualquier error que genere un evento adverso. Se trata entonces de que todo el equipo quirúrgico tome conciencia del cuidado y responsabilidad con la que debe manejarse la seguridad del paciente (16, 35, 37, 41, 44-45).

Para lograr la seguridad del paciente quirúrgico se requiere de un aprendizaje constante, esto involucra poner en práctica acciones efectivas para reducir la probabilidad de fallas y errores, posibilitando que se detecten cuando ocurren falencias disminuyendo sus consecuencias y así mejorando la calidad de la atención. Indiscutiblemente una de las acciones efectivas, es fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo, bajo el liderazgo del cirujano, pero con la

participación activa de las disciplinas quirúrgicas que participan en todo procedimiento (42, 46).

Se considera que la práctica del seguimiento de la lista de verificación, es importante que cada institución de salud, tenga claramente establecidos todos los aspectos que puedan aportar datos de interés para una correcta recolección de información (45). Por lo que es de suma importancia que el equipo quirúrgico, conozca:

- Qué es una lista de chequeo.
- Cuáles son las paradas de seguridad y que profesional es responsable de cada ítem.
- Quien es la persona responsable de consignar la lista de chequeo (47).

De modo que, lista de verificación es una implementación que contribuye a reducir los eventos adversos, por tanto, es una de las estrategias eficaces y una herramienta útil para dar seguridad en la atención sanitaria en todo el mundo.

En Colombia se evidencia eventos más frecuentes como lo son: las infecciones y complicaciones de los sitios quirúrgicos conjuntamente con las infecciones nosocomiales. De esta manera se trabaja responsable y sistemáticamente en el mejoramiento de la seguridad del paciente, mediante instrumentos de trabajo denominado “Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la atención en salud”. Por tal motivo, desde el 2004, el Ministerio de la protección social tomó la decisión de impulsar el tema de los eventos adversos trazadores (48).

Por otra parte, a nivel internacional hay autores como Martín González, que indica que la estrategia más resaltante es que la verificación y recuento de los materiales debe hacerse en voz alta y cuando todos los miembros del equipo implicados estén presentes. La herramienta de comunicación fue diseñada en tres partes bajo una serie de verificaciones, es decir, antes y después de cada procedimiento quirúrgico; consiste en el conteo de todos los instrumentos quirúrgicos: gasas, compresas, e instrumental, en cada recuento hay que verificar que no haya ninguna pérdida o extravío. Este recuento debe documentarse en la historia del paciente y de manera contundente en la lista de verificación de la cirugía (49,50).

Otra estrategia es propuesta por Muñoz García y colaboradores, quienes presenta un sistema de procesamiento de imagen que permite el proceso de seguimiento de gasas de una manera más rápida y segura, lo importante de esta estrategia, es que no es un hardware especializado, es un programa de baja complejidad computacional (50,51).Aunado a este autor, se tiene la investigación de Calle Ponte y colaboradores, quienes evidencian según los estudios revisados, la efectividad del 100% del uso de radiofrecuencia en la detección de compresas quirúrgicas retenidas, con gran efectividad y ayuda en las cirugías de emergencia que es donde se evidencia mayor riesgo sobre la vida del paciente, mejorando la calidad de seguridad que se ofrece al paciente quirúrgico (51,52,53).

Finalmente, el compromiso y trabajo del equipo quirúrgico caracterizado por un liderazgo compartido, abierto a la comunicación, la coordinación activa y el respeto mutuo, son elementos fundamentales para impulsar los cambios relacionados con todo evento adverso por oblitio quirúrgico que busca promover el uso de la lista de verificación y garantizar un entorno quirúrgico seguro. La adopción de estas acciones podría minimizar la variabilidad de factores de riesgo que posibilitan el error en los procedimientos quirúrgicos incrementando la confiabilidad en la seguridad de la salud del paciente (45, 54-58).

5. CONCLUSIONES

Se identificó que los procedimientos quirúrgicos con mayor reporte de oblitos quirúrgicos se encuentran en las especialidades de ginecología en las cesáreas y cirugía general con cirugías abdominales, no obstante en otros tipo de especialidades como cardiología, urológica, otorrinolaringología y ortopédicas se reportan eventos adversos en un menor porcentaje, esto debido a que los campos de visualización y riesgos quirúrgicos no son los mismos, las cesáreas y cirugías abdominales presentan mayor complejidad al tener un campo de visualización más amplio y profundo lo que conlleva a que la supervisión y conteo de los elementos e insumos sea más riguroso y complejo por el flujo de fluidos corporales, también es importante concluir que frecuentemente estos procedimientos se realizan en situaciones de emergencia en comparación a las otras especialidades descritas debido a que la mayoría de veces son cirugías previamente programadas.

El factor de riesgo con mayor incidencia es el trabajo en equipo en el cual está inmerso el liderazgo, donde se presenta la insuficiente o nula comunicación de lo miembros quirúrgicos por tanto se omiten los protocolos establecidos por la institución de salud, los cambios de las técnicas quirúrgicas repentinas lo que conlleva a que el equipo quirúrgico no esté atento a lo que se requiere en la cirugía y las maniobras que se deben realizar en el momento poniendo en riesgo la vida del paciente y otro factor de riesgo de importancia es donde no se realiza el diligenciamiento de la lista de verificación, por tanto no se hace ni se consigna el debido recuento de elementos medico quirúrgicos antes, durante y después de la cirugía, se puede presentar un recuento incorrecto dejando con ello la vulnerabilidad del paciente al no garantizarle una cirugía segura.

Las estrategia preventiva fundamental es la implementación y el diligenciamiento de la lista de verificación o Check list propuesta por la Organización Mundial de la Salud, el equipo quirúrgico debe realizar las paradas de seguridad, cumplir con los ítems establecidos, hacer uso de las recomendaciones y contemplar todos los eventos que pueden surgir en la cirugía fomentando una cultura de seguridad que garantice al paciente una cirugía segura dentro de los estándares que establece la institución de salud.

6. RECOMENDACIONES

La revisión narrativa relacionada con la temática recuento de dispositivos médicos quirúrgicos en cirugía, con este escrito y el 100% de la investigación refiere que el equipo quirúrgico utilice la lista de verificación, por tanto, se recomienda:

Las instituciones de salud con salas de cirugía, deben establecer protocolos los cuales deben ser efectuados por el equipo quirúrgico fomentando la seguridad del paciente quirúrgico, el principio fundamental basado en los recursos humanos y aptitudes que debe poseer el personal asistencial se pueden obtener por medio de capacitaciones en la formación de habilidades y técnicas de comunicación asertiva fomentando una cirugía segura.

El profesional en Instrumentación Quirúrgica, debe ser un profesional responsable del uso y manejo en cada procedimiento quirúrgico de los elementos medico quirúrgicos a utilizar, el cual debe garantizar un conteo y recuento sin falencias que permita el éxito de cada procedimiento. Aplicar de forma fiable la lista de verificación, por tanto, en cada parada de seguridad todo el equipo quirúrgico es responsable de verificar que se estén cumpliendo y diligenciando todos los ítems estipulados en la Checklist como lo es antes de la incisión quirúrgica realizando el conteo del instrumental e insumos quirúrgicos y la siguiente parada antes del cierre de la piel con el recuento quirúrgico, promoviendo la ética profesional y la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto Serrano M, Méndez Álvaro F. Elementos del arte de los apósitos [Internet]. Madrid: Imprenta de Salvador Albert; 1837 [citado 15 Nov 2021]. Disponible en: https://bibliotecadigital.jcyl.es/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=10359459
2. Neurocirugía Contemporánea. Compresa [Internet]. 2019 [citado 15 Nov 2021]. Disponible en: <http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=compresa>
3. Rafí N, López A. Recuento de instrumental quirúrgico. Mejora en la atención de los pacientes [Internet]. [citado 15 Nov 2021]. Disponible en: <https://aeeq.net/congresos/7AEEQ/descargas/comunicaciones/90-OA7.pdf>
4. Maita-Quispe F, Ávalos-Salaza F, Panozo-Borda S. Diagnóstico prequirúrgico de cuerpos extraños en abdomen: presentación de tres casos. Gac Med Bol [Internet]. 2012 [citado 20 Oct 2021];35(1):35-38. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662012000100008&lng=es.c
5. UC San Diego Health El equipo quirúrgico [Internet]. 2021 [citado 20 Oct 2021]. Disponible en: <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/85,P04513>
6. Fernández Cantón SB. Los eventos adversos y la seguridad del paciente. Boletín CONAMED-OPS [Internet]. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico-CONAMED; 2015 [citado 20 Oct 2021]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
7. Loro-Padilla MA, Hermosin-Alcade A, Pereira-Jiménez E. Cirugía, consecuencias y factores de riesgo. Rev Electrón PortalesMedicos.com [Internet]. 2017 [citado 19 Feb 2022];12(18). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cirugia-factores-de-riesgo/>
8. Sánchez-Sarría O, González-Diez Y, Hernández-Dávila C, Dávila-Cabo-de-Villa E. Manual de instrumental quirúrgico. Medisur [Internet]. 2014 [citado 15 Dic 2014];12(5):781-818. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2662>
9. Collazos C, Bermúdez L, Quintero A, Quintero León E, Díaz M. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev Colomb Anestesiol. 2013;41(2):109-113.
10. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2021 [citado 19 Feb 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/oblito>

11. The Free Dictionary. Oblito [Internet]. 2016 [citado 19 Feb 2022]. Disponible en: <https://es.thefreedictionary.com/oblito>
12. Beltrán-Domínguez L, Guerrero-Chamorro L. Oblito quirúrgico error involuntario en el ejercicio de la instrumentación. [Tesis]. [Internet]. Barranquilla: Universidad de la Costa; 2021 [citado 23 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/8503/Oblito%20quir%C3%BArgico%20error%20involuntario%20en%20el%20ejercicio%20de%20la%20instrumentaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Ministerio de Salud. Resolución Número 5261 de 1994, Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet]. Bogotá. Ministerio de Salud; 1994 [citado 23 Nov 2021]. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/11/salud/r5261_94.pdf
14. Organización Mundial de Salud. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 23 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
15. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008 [citado 23 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
16. Beltrán-Domínguez L, Guerrero-Chamorro L. Oblito quirúrgico error involuntario en el ejercicio de la instrumentación. [Tesis]. [Internet]. Barranquilla: Universidad de la Costa; 2021 [citado 23 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/8503/Oblito%20quir%C3%BArgico%20error%20involuntario%20en%20el%20ejercicio%20de%20la%20instrumentaci%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Weprin S, Crocerossa F, Meyer D, Maddra K, Valancy D, Osardu R, Kang HS, Moore RH, Carbonara U, J Kim F, Autorino R. Risk factors and preventive strategies for unintentionally retained surgical sharps: a systematic review. Patient Saf Surg. 2021;12;15(1):1-10.
18. Ruiz Marín M, Albarracín Marín -Blázquez A, Candel Arenas MF, Giménez Francés C, Medina Manuel E, González Valverde FM, et al. P-462-Oblitos quirúrgicos: la patología incómoda para el cirujano. Cir Esp [Internet]. 2019 [citado 6 Sep 2021];97(Esp. 2):1-2. Disponible en: [https://www.elsevier.es/es-](https://www.elsevier.es/es-42)

[revista-cirugia-espanola-36-congresos-xxii-reunion-nacional-cirugia-104-sesion-gestion-de-calidad-5558-comunicacion-oblitos-quirurgicos-la-patologia-incomoda-65726-pdf](#)

19. Martínez-Velasco IG, Jiménez-López R, Veliz-Pradel N, Cadena-Vázquez MA, Reyes-García A. Oblitoma en la cirugía ginecoobstétrica: un problema creciente. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2017;85(3):202-211.
20. Chinelli J, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. Anfamed. 2017;4(2):21-38.
21. Ryan G, Kawka M, Gnananandan J, Yip V. Presentation and surgical management of a gossypiboma presenting with small bowel obstruction. Clin J Gastroenterol. 2021;14(4):1067-1070.
22. Picón-Jaimes YA, Orozco-Chinome JE, Gómez-Herazo D, Quintana-Pájaro L, Ramos Y, Moscote-Salazar LR. Gossypibomas en neurocirugía. Rev Neurol. 2019;69:377-382.
23. Espinoza A, Cardozo A, Lavy J, Arenilla W. Gossypiboma vesical: reporte de 2 casos y revisión de la literatura. Rev Dig Postg. 2019;8(1):1-8.
24. Suárez-Torres I, Reyna-Villasmil E. Compresa quirúrgica retenida posterior a cesárea electiva. RevPeru Ginecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 23 Feb 2022];63(1):109-112. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100016&lng=es.
25. Organización Mundial de la Salud. La Cirugía segura salva vidas [Internet] Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 6 Sep 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=6DE629964A98BF09B8D43FF9607483A1?sequence=1
26. Scotini Freitas P, Sasso Mendes K, Galvão CM. Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(4):1-8.
27. Gavrić Lovrec V, Cokan A, Lukman L, Arko D, Takač I. Retained surgical needle and gauze after cesarean section and adnexectomy: a case report and literature review. J Int Med Res. 2018;46(11): 4775-4780.
28. Abril CM, Mestre CA. Cuerpos textiles retenidos en la pared torácica. Una situación infrecuente. Cir Cardiovasc. 2017;24(6):353–355.

29. Kumar GVS, Ramani S, Mahajan A, Jain N, Sequeira R, Thakur M. Imaging of retained surgical items: a pictorial review including new innovations. *Indian J Radiol Imaging*. 2017; 27(3):354-361.
30. Motta-Ramírez GA, Aguilar-Garibay JE, González-Burgos O, et al. Textiloma intraluminal: complicación tardía de una cirugía intraabdominal. *An Radiol Méx* [Internet]. 2018 [citado 27 Nov 2021];17(4):280-287. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86892>
31. González-Ortega J, González-Díaz A, González-Jústiz A, Fleites-Acosta A, Díaz-Valdéz M. Textiloma Intra-abdominal. Reporte de un caso. *Rev MedElec* [Internet]. 2017 [citado 9 Nov 2021];39(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1775>
32. Gómez-Jurado MJ, Curell A, Martín R, García Ruiz de Gordejuela A, Armengol A. Lower gastrointestinal bleeding due to colonic fistula caused by a gossypiboma: case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2020;(72):59–62.
33. Tanrikulu Y, Tanrikulu CŞ, Yılmaz G, Bıçakçı E. Idiopathic weight loss due to an entero-enteric fistula from a gossypiboma retained for 27 years. *Turk J Surg*. 2018;34(1):65-67.
34. Espinosa G, Irigoyen V, Pontillo M, Rodríguez Temesio G. Seudotumor abdominal secundario a oblitio quirúrgico. *Rev Cir Urug* [Internet]. 2020 [citado 9 Nov 2021];4(2):1-2. Disponible en: https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/1846
35. Jaramillo Álvarez. J. Oclusión intestinal producto de compresoma fistulizado desde cavidad peritoneal hacia Colón. [Tesis]. [Internet]. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2020 [citado 26 Oct 2021]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/8552/1/9BT2020-MTI113-JARAMILLO%20ALVAREZ%20JUAN%20PABLO.pdf>
36. Gallardo DF, Ortega ME, Serrano AJ. Gossypiboma Intranasal. *Ateneo* [Internet]. 2019 [citado 10 Mar 2022];20(1):56-63. Disponible en: <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/21>
37. Vázquez J, Grassi R, Simeone A, Salisbury SI. Arritmia ventricular maligna asociada a un gossypiboma. Reporte de un caso. *Rev Urug Cardiol*. 2021;36(2):1-5.
38. La Rosa-Armero Y, Rodríguez-Fernández Z, Matos-Tamayo ME. El dilema de las reintervenciones quirúrgicas. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2018 [citado 21 Ene 2022];57(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000400009&lng=es

39. Rodríguez, HV. Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba Argentina durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015. [Tesis Maestría]. [Internet]. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2016 [citado 23 Feb 2022]. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica
40. Moncayo-Asnalema F, Pérez-Cajas S. Textilomas (Compresas olvidadas intra-abdominal: recopilación de 6 casos diagnosticados) Revista Médica de los Hospitales de la Junta de Beneficencia de Guayaquil [Internet]. 2018 [citado 5 Mar 2022];4(1):35-41. Disponible en: [https://www.juntadebeneficencia.org.ec/revista/files/REVISTA JUNIO 2018.pdf](https://www.juntadebeneficencia.org.ec/revista/files/REVISTA_JUNIO_2018.pdf)
41. Gomes ET, Galvão MCB, Shimoda GT, de Oliveira LB, de Araújo Püschel VA. Surgical counts in open abdominal and pelvic surgeries in a university hospital: a best practice implementation project. JBI Evid Implement. 2021 Mar;19(1):84-93.
42. Ruiz García FJ. Intervención educativa sobre las recomendaciones AORN, para prevenir artículos quirúrgicos retenidos (AQR), en el personal de enfermería de un hospital de Tercer Nivel. [Tesis]. [Internet]. Veracruz, México: Universidad Veracruzana. 2019 [citado 6 Sep 2021]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49170/RuizGarciaFJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Estrada González C, González Restrepo LD. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 6 Sep 2021];44(3). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/998>
44. Lara, C. Importancia de la pausa de seguridad quirúrgica. Rev Acts Clínica Meds. 2018;2(2):40-48. Disponible en: <https://meds.b-cdn.net/wp-content/uploads/8.-Art-4.-Lara.pdf>
45. Salcedo Salgado, JD. Evaluación del programa para la seguridad del paciente en IPS Santa Marta y Ciénaga. [Tesis]. [Internet]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2018 [citado 6 Sep 2021]. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8122/132841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Motta M, Quintero B, Reina L. La pausa quirúrgica: aspectos de vital importancia antes, durante y después del acto quirúrgico que propenden al adecuado

- pronóstico del paciente. A propósito de un caso de Gossypiboma. Rev Neuronum [Internet]. 2019 [citado 6 Sep 2021];5(2):51-62. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/194Ç>
47. López-Gavito E., Arroyo-Aparicio JY, Zamora-Lizárraga AA, Montalvo-López Gavito A. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. Cir Gen. 2016;38(1):12-18.
48. Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006, Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006 [citado 6 Sep 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20D E%202006.pdf
49. Martín González MP. Seguridad del paciente en quirófano y experiencia de su personal [Tesis]. [Internet]. España: Universidad de la Laguna; 2018 [citado 23 Feb 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11616/Seguridad%20del%20paciente%20en%20quirofano%20y%20experiencia%20de%20su%20personal..pdf?sequence=1>
50. Muñoz García A, Fuente E, de la Santos L, Fraile JC, Pérez Turiel J. Sistema de visión para seguimiento automático de gases quirúrgicas en cirugía laparoscópica. Actas de las XXXIX Jornadas de Automática. [Internet]. La Coruña, España: Universidad de La Coruña; 2018 [citado 6 Sep 2021]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/24879>
51. Calle Ponte T, Acurio J. Efectividad del uso de la radiofrecuencia en la detección de esponjas quirúrgicas retenidas [Tesis]. [Internet]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [Citado 23 feb 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3488?show=full>
52. López Herrera SL. Protocolo para la prevención de riesgos asociados a procedimientos quirúrgicos en paciente hospitalizado [Tesis]. [Internet]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2018 [Citado 23 Feb 2022]. Recuperado a partir de: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8122/132841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Navarro SA, Mansilla GM. La importancia del instrumentador quirúrgico en la prevención de oblitos. Rev Fac Cienc Salud [Internet]. 2016 [citado 18 Feb 2022];2(8):19.29. Disponible en: <http://portalderevistas.unsa.edu.ar/ojs/index.php/RCSA/article/view/919>

54. Singer SJ, Molina G, Li Z, Jiang W, Nurudeen S, Kite JG, Edmondson L, Foster R, Haynes AB, Berry WR. Relationship between operating room teamwork, contextual factors, and safety checklist performance. *J Am Coll Surg*. 2016;223(4):568-580.
55. Díaz Pérez A, Jiménez Sierra, LS, Botero Guerrero MA, Guerrero Yépez RC, Acosta Carbal S, Morelo Torres M. Negligencia como principal error médico por parte del equipo quirúrgico: conciencia quirúrgica y praxis. *J Med Case Rep Rev* [Internet]. 2019 [citado 6 Sep 2021];2(6):268-276. Disponible en: <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3629/Negligencia%20como%20principal%20error%20me%CC%81dico.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
56. Daza Benavides GE, Arias Andrade JK, Medina Mera MK. Evaluación del costo del evento adverso quirúrgico Hospital Francisco De Paula Santander, Santander De Quilichao II trimestre de 2018. [Tesis]. [Internet]. Popayán: Universidad del Cauca; 2019 [Citado 23 Feb 2022]. Disponible en: <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9718/AriasJhoana2019.pdf;jsessionid=286C5D712561DEE5AAA20B9968E9908E?sequence=1>
57. Colan Pineda C. Herrera Llano A, Sui Escalera M. Nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la unidad de centro quirúrgico de dos hospitales del ministerio de salud. Departamento junio-mayo 2016 – junio 2017 [Tesis]. [Internet]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [Citado 23 Feb 2022]. Recuperado a partir de: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/990/Nivel_ColanPineda_Cielo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
58. Tole H, Cadavid N. Instrumentador quirúrgico: latrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. *Reper Med Cir*. 2018;27(2):124-130.