

**OBLITO QUIRÚRGICO ERROR INVOLUNTARIO EN EL EJERCIO DE LA  
INSTRUMENTACIÓN**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR TITULO DE ABOGADO**

**TUTORA:**

**DRA. LAURA CARRASQUILLA DÍAZ**

**AUTORES**

**LEIDIS BELTRÁN DOMÍNGUEZ**

**LISETH GUERRERO CHAMORRO**



**UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC**

**FACULTAD DE DERECHO**

**BARRANQUILLA, COLOMBIA**

**2021**

### Resumen

En oblitto quirúrgico, la responsabilidad medica solo figura en cabeza del médico cirujano como jefe de la sala; es por ello, la importancia de evaluar la responsabilidad de todos los participantes del acto quirúrgico, establecer quien es el responsable y quien debe indemnizar el perjuicio. Es evidente, que ante la presencia de un oblitto quirúrgico existe un responsable que tiene la obligación de reparar el daño causado, también que, la función propia del instrumentador consiste principalmente en supervisar el equipo y los materiales médicos quirúrgicos que ingresan a la sala de cirugía; siendo esto cierto, la evaluación de la responsabilidad no solo debe ir dirigida hacia el cirujano, sino hacia el instrumentador y el equipo quirúrgico. En este trabajo se analizará el oblitto quirúrgico como error involuntario en el ejercicio de la instrumentación quirúrgica y se identificarán los factores que aumentan el riesgo de olvidar cuerpos extraños en el cuerpo de los pacientes durante una intervención quirúrgica. Esta investigación será de carácter socio- jurídico y se efectuará bajo el aspecto de un estudio documental y hermenéutico. Se concluye, que la función propia del instrumentador consiste principalmente en supervisar el equipo y los materiales médicos quirúrgicos que ingresan a la sala de cirugía; siendo esto cierto, la evaluación de la responsabilidad no solo debe ir dirigida hacia el cirujano, sino hacia el instrumentador quirúrgico y al equipo quirúrgico. Deben existir métodos que obliguen al instrumentador a seguir un protocolo estricto para evitar estos eventos y garantizar la seguridad del paciente.

*Palabras clave:* oblitto quirúrgico, responsabilidad médica, instrumentador quirúrgico, responsabilidad individual

### **Abstract**

In surgical obligation, medical responsibility only appears in the head of the surgeon as head of the ward; that is why, the importance of evaluating the responsibility of all the participants of the surgical act, establishing who is responsible and who should compensate the damage. It is evident that in the presence of a surgical oblite there is a person in charge who has the obligation to repair the damage caused, also that the instrumenter's own function consists mainly of supervising the surgical medical equipment and materials that enter the surgery room. ; This being true, the assessment of responsibility should not only be directed towards the surgeon, but also towards the instrumenter and the surgical team. In this work the surgical oblite will be analyzed as an involuntary error in the exercise of surgical instrumentation and the factors that increase the risk of forgetting foreign bodies in the body of patients during a surgical intervention will be identified. This research will be of a socio-legal nature and will be carried out under the aspect of a documentary and hermeneutical study. It is concluded that the proper function of the instrumenter consists mainly in supervising the surgical medical equipment and materials that enter the operating room; This being true, the assessment of responsibility should not only be directed towards the surgeon, but also towards the surgical instrumenter and the surgical team.

*Keywords:* urgical obligation, medical responsibility, surgical instrument, individual responsibility

## Tabla de contenido

### 1.1. Contenido

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
1.2. Descripción del problema .....	6
1.3. Formulación del problema .....	11
1.4. Objetivos .....	11
1.2.1 Objetivo general .....	11
1.2.2 Objetivos específicos .....	11
1.5. Justificación .....	11
1.6. Delimitación.....	13
1.5.1 Espacial .....	13
1.5.2 Temporal .....	13
1.5.3 Delimitación científica.....	13
1.7. Línea de investigación .....	14
1.6.1 Sublínea: Relaciones individuo- estado, democracia y ciudadanía.....	14
CAPITULO II MARCO TEORICO .....	15
2.1. Antecedentes .....	15
2.2. El oblitio quirúrgico .....	18
2.3. El equipo de cirugía .....	22
2.3.1 El instrumentador quirúrgico .....	22
2.3.2 Enfermeras circulantes .....	29
2.3.3 Anestesiólogo.....	34
2.4. Casos frecuentes en que se presenta .....	36
2.5. El Paciente Quirúrgico- Su Posición.....	40
2.6. Responsabilidad Civil .....	41
2.7. Responsabilidad civil Medica En Colombia .....	48
2.7.1 Elementos Constitutivos de La Responsabilidad Medica .....	53
<b>2.7.1.1</b> El acto medico.....	53
<b>2.7.1.2</b> El daño .....	54
<b>2.7.1.3</b> La culpa.....	55
<b>2.7.1.4</b> El nexo causal .....	57
2.7.2 Responsabilidad medica del instrumentador.....	58
2.8. El error .....	60
2.9. Factores de riesgo del oblitio quirúrgico.....	61

2.10.	Medidas generales de prevención .....	62
2.11.	Protocolo de la Sala de Cirugía.....	64
2.11.1	Factores Preoperatorio .....	66
2.11.2	Factores Intraoperatorios.....	67
2.11.3	Factores Postoperatorio.....	68
2.12.	Marco Legal .....	69
2.12.1	Oblito quirúrgico.....	69
2.12.2	Marco Constitucional de la salud en Colombia .....	73
2.12.3	Marco normativo de la cirugía en Colombia.....	76
2.12.4	Normatividad jurídica del instrumentador .....	79
CAPITULO III METODOLOGIA DE LA PROPUESTA .....		83
3.1.	Paradigma de la Investigación .....	83
3.2.	Metodología Tipo Analítico.....	84
CONCLUSIONES .....		86
RECOMENDACIONES .....		89
ANEXOS .....		92
Referencias.....		94
BIBLIOGRAFIA .....		108

## CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.2. Descripción del problema

La responsabilidad médica ha sido un tema que ha llamado la atención de la comunidad jurídica nacional, ya que el incremento en la posibilidad de acceder a fuentes de información relacionadas, crea consciencia acerca de la facultad del individuo para reclamar una reparación por los daños derivados de una inadecuada prestación de servicios médicos, la manifestación de la medicina, la sofisticación que han desarrollado los abogados para asumir el tema, pueden despertar los casos de responsabilidad médica en la sociedad convirtiéndose en uno de los factores que explican por qué se aborda con más frecuencia el estudio de esta materia.

En Colombia, a lo largo de los años la salud se ha visto afectada por un sin número de hechos, acontecimiento o sucesos asociados con la mala praxis cometida por el profesional (médico e instrumentador) de la salud cuando realizan procedimientos quirúrgicos no diligentes, ocasionando daños a los pacientes que muchas veces pueden ser irreversibles. El error que se comete en el campo quirúrgico, es un resultado que no deriva precisamente en la culpa del médico como jefe de una sala de cirugía, sino que por el contrario puede ser resultado de un error colectivo que involucra al resto del personal interviniente en el procedimiento quirúrgico entre ellos el instrumentista, como quiera que es el profesional encargado de la supervisión del equipo médico quirúrgico utilizado durante la cirugía

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 sedeado, 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.

En Colombia, cirujanos y académicos en numerosas publicaciones y ponencias ha procurado estudiar la incidencia del oblito, sus formas clínicas, sus posibilidades y oportunidad diagnóstica, su tratamiento, y así mismo las medidas higiénicas para tratar de evitarlos. Las infortunadas consecuencias reconocidas y la elevada morbi-mortalidad de los oblitos que registran todos estos trabajos, han generado desde siempre cuestionamientos en cuanto a la responsabilidad que se le atañe solo al médico como jefe de sala y no al instrumentador quirúrgico, siendo que este tiene responsabilidades específicas y propias de su funciones y como tal debe estar incluido como uno de los principales responsables cuando se enfrentan de cara con un cuerpo extraño en cavidad ya que, su función es supervisar el material quirúrgico que se encuentra en su mesa quirúrgica y es su deber velar por el conteo y recuento de lo que entra y sale de la zona estéril.

Frente al oblito quirúrgico es importante abordar el tema de la responsabilidad, ya que, si bien es cierto, la intervención quirúrgica es un acto que realiza el cirujano; también es cierto y claro que éste requiere de un grupo de profesionales que actúen de manera sincronizada con el mismo, recayéndole a cada uno un nivel de responsabilidad, es decir que el medico como jefe de

la sala de cirugía puede vigilar y supervisar las funciones y deberes de cada uno de los miembros del equipo quirúrgico, pero no puede hacerse responsable en todo o parte de las funciones del resto. El médico cirujano, puede y debe vigilar que el instrumentador quirúrgico realice el conteo de los elementos médicos quirúrgicos como estrategia para un excelente procedimiento y trabajar de manera coordinada, pero no es a él a quien le corresponde realizar el conteo de estos elementos, ya que es una función propia del instrumentador por tanto merece un grado de responsabilidad, la misma situación aplica con el anestesiólogo, médico ayudante, enfermera circulante, entre otros.

En la Responsabilidad médica frente al oblitio, prima el análisis de la conducta individual y frecuentemente la actuación del instrumentador y el circulante; sin embargo ni el instrumentador ni el circulante se percatan de la verdadera responsabilidad que rodea el hecho del oblitio, así como la ley y los jueces al momento de emitir un fallo tampoco han sido claros con respecto a este hecho, toda vez que siempre colocan la responsabilidad en cabeza únicamente del galeno, por ser éste el capitán del equipo en la intervención médico-quirúrgica.

El ordenamiento jurídico colombiano, frente al oblitio solo implementa dos tipos de responsabilidad, (i) la responsabilidad individual, que se le atribuye solo al médico cirujano como jefe de la sala y (ii) la responsabilidad colectiva, que se le atribuye a todo el equipo quirúrgico, independientemente que hayan o no cometido el error.

En cuanto a la responsabilidad del cirujano y teniendo en cuenta la denominada postura de “jefe de sala de cirugía”, es el médico el único responsable de todo cuanto ocurra en la sala de operaciones, específicamente cuando se refiere a oblitos quirúrgicos; sin embargo, en estos casos el cirujano debe responder por su comportamiento en la ejecución específica de su tarea, es decir que su responsabilidad debe ser directa por un hecho propio y nunca debería ser por los hechos



de los integrantes o participantes que están colaborando en el procedimiento. Por tanto, cuando el instrumentador en cumplimiento de sus funciones por descuido olvida un elemento o instrumentos médico quirúrgico y no lo reporta ante su superior, debe responder de manera individual por su error, exonerando al médico cirujano de toda culpa, ya que el médico antes de realizar la sutura su función y su deber como supervisor es solicitarle al instrumentador que realice el conteo de todo el material quirúrgico que se utilizó en la cirugía. Una vez se haya cerrado al paciente, el médico confió en la información suministrada por el instrumentador, quien es el encargado según sus funciones y deberes supervisar y controlar la cantidad de elementos y equipos que entran y salen del campo quirúrgico.

Ahora bien, en la responsabilidad colectiva se legitima como responsables solidarios a todo el personal que participa de la cirugía independientemente de que se identifique el causante del daño, convirtiéndose en una solución bastante inadmisibles e injusta responsabilizar por igual a médico, enfermeras, instrumentista, anestesiólogos, sin que ninguno pudiera exonerarse de la responsabilidad. Muy a pesar que durante un acto médico intervenga un grupo de profesionales, algunos de sus miembros desarrollan un rol trascendental, independiente y primario, es el caso del cirujano y el anestesiólogo ya que, su labor es necesaria e indispensable para la realización exitosa del objetivo y no depende de ningún otro profesional; mientras que los auxiliares, enfermeras e instrumentadores desarrollan una labor secundaria de otros profesionales. Dicho lo anterior, se puede intuir que el grado de confianza crea entre aquel y éste una brecha, porque no opera de igual manera, mientras el galeno confía en la labor del anestesiólogo por contener un rol independiente, no pasa lo mismo con el instrumentador, en tanto el cirujano como jefe de sala debe supervisar y vigilar que el instrumentador y los demás ejecuten a cabalidad sus funciones y deberes. Ahora bien, así como existen un grado de confianza entre el médico cirujano y el

anestesiólogo, debe existir un grado de confianza entre el segundo grupo, específicamente entre el médico y el instrumentador, ya que cada uno independientemente tienen labores que solo le competen a cada uno, aunque sea supervisado por el galeno.

En la responsabilidad individual en cambio, surge del actuar de cada una de las personas que integran el equipo quirúrgico y de acuerdo con las actividades específicas que desarrollan en el ejercicio de su labor y que realiza cada uno. Sin embargo, identificar el responsable a veces se torna complicado, por lo que resulta crucial la exhaustiva revisión de la historia clínica del paciente y un minucioso recuento de lo sucedido durante el procedimiento para que ayuden a determinar al responsable del daño. Ahora bien, en la mayoría de los casos, se tiende a señalar como presunto responsable al médico tratante sin tener en cuenta que la realización de una cirugía necesita de un equipo, que puede estar conformado por un extenso personal, entre los que podemos mencionar al anestesiólogo y a las enfermeras, e incluso puede estar presente personal técnico encargado de operar algún dispositivo, por lo que no podemos desconocer su posible y eventual responsabilidad en un procedimiento. Así, la realidad es que para que se lleve a cabo un procedimiento quirúrgico, se necesita un equipo de profesionales que trabaje de manera coordinada y no solo médico y anestesiólogo.

Los oblitos quirúrgicos, que la doctrina ha definido como aquellos casos en los cuales, con motivo de una intervención quirúrgica, se dejan olvidados dentro del cuerpo del paciente instrumentos o material quirúrgico utilizados por los profesionales intervinientes, transforman la causa de responsabilidad, dejando siempre una gran inquietud sobre quién es o quién debería ser el responsable o, si es el Galeno a quien debería atribuírsele por la calidad de jefe que le atañe.

### **1.3. Formulación del problema**

¿Es el Oblito quirúrgico un error involuntario en el ejercicio de la instrumentación?

### **1.4. Objetivos**

#### **1.2.1 Objetivo general**

Analizar el Oblito quirúrgico como error involuntario en el ejercicio de la instrumentación quirúrgica.

#### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Indicar los elementos de responsabilidad médico y legal.
- Identificar los factores que aumentan el riesgo de olvidar material médico quirúrgico en la cavidad abdominal de un paciente durante la intervención quirúrgica.
- Determinar la aplicación de los protocolos establecidos para la implementación de las medidas de prevención que garanticen la seguridad del paciente y del equipo quirúrgico.

### **1.5. Justificación**

El área de cirugía siempre ha contado con los protocolos necesarios para no enfrentarse al oblito quirúrgico o evitar el olvido de materiales y elementos quirúrgico como gasas, compresas, agujas, entre otros; sin embargo, a pesar de ello los profesionales de la medicina en el transcurso de la intervención quirúrgica saben que el riesgo siempre está latente. Ante esta situación, es habitual que cuando devine una reclamación la culpa recaiga sobre el galeno jefe de sala, siendo

éste el responsable, obligándolo a responder por una falla que en muchos casos no fueron cometidos por él.

Este trabajo pretende analizar la responsabilidad medica individual del equipo quirúrgico frente al oblito, ya que actualmente en Colombia solo se contemplan dos tipos de responsabilidad, una individual, que se le atribuye solo al médico cirujano como máxima autoridad del procedimiento quirúrgico y otra colectiva, que se le atribuye a todo el equipo de profesional que participa de la misma. No obstante, el ordenamiento jurídico no determina el grado de responsabilidad que se le debe atribuir a cada uno de los participante, pues, se puede pensar que ellos creen que el cirujano es responsable de los oblitos quirúrgico por asumir el control de las intervenciones.

Así mismo, se espera que el ordenamiento jurídico colombiano replantee la figura de responsabilidad individual frente al oblito quirúrgico, estableciendo un grado de responsabilidad para los instrumentadores quirúrgicos y enfermeros circulantes ya que estos deben ejecutar o ejecutan su actividad con un alto grado de capacidad, responsabilidad, dominio emocional y trabajo en equipo.

El desarrollo de esta investigación va dirigido a médicos y profesionales de la salud que participan en una cirugía, y profesionales del derecho con el fin de que se haga una reestructuración del grado de responsabilidad que le compete a cada profesional, desde una perspectiva más objetiva y no subjetiva es decir que si ante la necesidad de probar un daño o la causa del mismo como acto negligente, recaiga sobre quien la cometió y no sobre quien ellos consideran debe recaer por el hecho de ser quien asume el control del procedimiento.

## **1.6. Delimitación**

### **1.5.1 Espacial**

La investigación propuesta para la delimitación espacial, se circunscribe en el departamento del Atlántico. Para lo cual se eligió especial y específicamente la ciudad de Barranquilla, ya que cuenta con número de entidades debidamente organizadas, con los instrumentos básicos y la información necesaria para el estudio que se desea realizar; sin embargo, para la obtención de cierta información podrá hacerse necesario la ampliación del espectro a otros lugares externos a la ciudad de Barranquilla, donde se evidencian unas estructuras organizativas más complejas y donde se puede medir un comportamiento diferente en relación con la ciudad de barranquilla, es decir una ciudad relativamente grande en contraste con una más pequeña.

### **1.5.2 Temporal**

Bajo la concepción la delimitación temporal, el desarrollo del trabajo de investigación propuesto estará enmarcado dentro del periodo de los últimos tres años, para analizar la información recopilada en ese lapso tiempo y esgrimir los argumentos para un detallado análisis y reconstrucción de los conocimientos que abarcan el contenido. Lo anterior, considerando que en todos los procedimientos quirúrgicos el cirujano es quien asume la carga con el mayor grado de responsabilidad, aunque haya participación de varios profesionales de la salud durante la cirugía. Así mismo, para la consecución de esta investigación se contará con 5 meses de duración a partir de julio de 2020 con una revisión y retroalimentación por lo menos 3 veces a la semana.

### **1.5.3 Delimitación científica**

La investigación es de carácter socio-jurídico y se caracteriza por ser un estudio apoyado en la trayectoria que se debe seguir, plantear y establecer, toda vez que los datos se analizarán con base en el modo de actuar de los miembros que conforman la sala de cirugía, y la postura del

ordenamiento jurídico frente a la responsabilidad médico legal ante la presencia del oblitio. El estudio se realizará a través de análisis e interpretación aportados en estudios realizados por los médicos cirujanos, instrumentistas, anestesiólogo y la jurisprudencia existentes referente a la responsabilidad médica individual, colectiva o de equipo; consecuentemente, se proyectará un plan de acción que vaya orientado a mejorar o cambiar la concepción de, que por la calidad de mando que tiene el galeno o médico cirujano no lo hace responsable de un error o falla que se cometa; por ejemplo, el instrumentista cuando realiza un mal conteo de gasa, compresas o agujas, siendo éste el dueño y encargado de responder por cada pieza, instrumento, elementos y material quirúrgico, debe garantizarle al médico cuando solicita el recuento, que fue hecho de manera exitosa; independientemente de que la labor del instrumentista es de dependencia en relación con el anestesiólogo que es independiente, el nivel de confianza debería ser equitativo, pues todos los integrantes del equipo trabajan por un mismo fin que es el de garantizar y salvaguardar la vida e integridad del paciente quirúrgico, antes, durante y después de la cirugía.

### **1.7. Línea de investigación**

Neurociencia Cognitiva y Salud Mental en el Oblito Quirúrgico.

#### **1.6.1 Sublínea: Relaciones individuo- estado, democracia y ciudadanía**

## CAPITULO II MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes

A nivel mundial, el oblito quirúrgico o textiloma se ha convertido en una constante dentro de la sala de cirugía, es uno de los errores más comunes cometido por el equipo quirúrgico y poco analizados por el legislador a la hora de definir la responsabilidad por daño que se causa al paciente quirúrgico. Un material quirúrgico olvidado dentro de la cavidad abdominal es un error involuntario que da lugar a un juicio por una mala praxis causando daños irreversibles, acompañados de una morbimortalidad alta. Esta problemática genera un sin números de interrogantes, pues es un error que es evitable, que si bien no es un riesgo inherente, si encajaría en un riesgo previsible que se debe tener en cuenta antes, durante y después de cada cirugía.

La cirugía es un trabajo multidisciplinario, una experiencia de suma importancia tanto para el paciente como para el equipo de salud, en donde, si un elemento falla, todo el proceso falla, por lo que cualquier evento quirúrgico conlleva cierto riesgo. (Díaz, Tantaleán, Balmaceda, Honorio, Barandiarán, Viela, Yan, 2001)

Ahora bien, para aterrizar en el tema de esta investigación es importante empezar hablando de la medicina y de la cirugía, su historia y su evolución. La medicina se instituye como una de las profesiones más importantes y valiosas, pues es la rama que procura el bienestar del ser humano, su principal objetivo del médico de acuerdo a sus conocimientos científicos es ayudar a la prevención, el tratamiento y mejoramiento de la salud de los individuos a través de la ejecución de procedimientos médicos y/o quirúrgicos desarrollados por la constante practica y experiencia de esta ciencia; sin embargo la práctica de esta profesión genera riesgos que pueden afectar la salud y la vida del paciente. Uno de esos riesgos son por un lado los inherentes, propios

del procedimiento que se esté realizando y que van plasmado dentro del consentimiento informado y del cual tiene conocimiento el paciente y sus familiares; por otro lado, encontramos esos riesgos dentro del campo quirúrgico que se generan por una mala praxis de los galenos y por no seguir los postulados de la lex artis por imprudencia, impericia o negligencia.

El desarrollo de la medicina desde la antigüedad hasta el presente, desde lo empírico hasta lo racional, incluye los periodos en que el quehacer profesional era regido por normas éticas y la responsabilidad profesional juzgada por la conciencia. Fueron los tiempos de la sacralización y del eufemismo, donde solo los pares podían sancionar los errores médicos. (Fernández, 2002, p.563)

La cirugía, se ha convertido en una especialidad de gran importancia tanto para el médico, como para el paciente, pues para cada uno de ellos su práctica conlleva ciertos riesgos. Los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico están expuestos a situaciones que afectan su salud y entre ellos a que por error dejen olvidado en el cuerpo material quirúrgico. Estos errores se pueden evitar adoptando las medidas para su prevención, con capacitaciones continuas donde se reflexione sobre el reconocimiento del error y consecuentemente la conducta preventiva. Es claro que siempre en el quirófano existe un riesgo latente de errores a pesar de las medidas que se tomen para evitarlas, pero es importante apoyarse y aferrarse a los protocolos internos y siempre tener presente que, aunque hay riesgos inherentes, el oblitio quirúrgico es uno de esos riesgos o errores que se pueden evitar. No es aceptable que se deje una gasa en cavidad o una compresa o una pinza, pues para eso existe un conteo de los mismos antes y después del procedimiento quirúrgico, así mismo existe un material radiopaco con el que cuentan las gasas y compresas precisamente para evitar que se pierdan en el cuerpo del paciente. Dentro de los



protocolos y el reglamento interno debe ser obligatorio el material con la línea radiopaca; sin embargo, muchos no lo usan.

La medicina a través de los años sigue siendo considerada como seguridad, piedad y abnegación y la cirugía es un sinónimo de destreza, pues es claro que, a pesar de la seguridad actual existente en la actualidad, el cirujano sigue ejerciendo entre la vida y la muerte, un error que se cometa por pequeño que sea puede acarrear graves alteraciones (Fernández, 2002).

De otro lado, tenemos la cirugía como disciplina del conocimiento, utilizado para curar enfermedades que requieren un procedimiento quirúrgico con la utilización de recursos manuales e instrumentales. La cirugía juega también un papel importante en la vida de todos los seres humanos, pues es una de las alternativas terapéutica y quirúrgica para curar a los enfermos de manera preferente cuando su estado de salud requiera de una cirugía; no obstante, en el procedimiento quirúrgico encontramos además de los riesgos inherentes, aquellos que por error con intencionalidad o no causan daño al paciente, es el caso de los oblitos quirúrgicos o material médico quirúrgico olvidado en la cavidad abdominal del paciente quirúrgico, siendo este un riesgo previsible aunque no sea visto como tal dentro del derecho.

Actualmente y gracias a los avances de la tecnología la cirugía se convirtió en la ciencia que permite que muchos pacientes puedan tener un diagnóstico claro con respecto a otras épocas, pero al parecer hay muchas situaciones dentro del área que no deja ver con claridad las razones que conllevan a los galenos y su equipo quirúrgico a cometer actos de negligencia, impericia e imprudencia como supuestos de la *lex artis*.

Según Leriche (1951), los primeros ensayos quirúrgicos fueron durante mucho tiempo no más que unos gestos de utilidad impuestos por una necesidad apremiante, unos actos intuitivos,

apenas razonados, contención de hemorragias, cura de una herida, inmovilización y reducción de fracturas. Gestos instintivos, podría decirse, inspirados por una preocupación vital inmediata, por el afán de aliviar el dolor, por el temor de un padecimiento. La observación era directa, no iba muy lejos.

## **2.2. El oblito quirúrgico**

Ahora bien, los Oblitos quirúrgicos se presentan en aquellos casos en los que por motivo de una intervención quirúrgica se dejan olvidados dentro del cuerpo del paciente instrumentos o materiales utilizados en la sala de cirugía por los médicos intervinientes, como gasas, pinzas, agujas, compresas, etc. En Colombia y en el mundo son un tema de permanente preocupación en todos los ambientes quirúrgicos; sin embargo, con los avances tecnológicos se ha generado que muchos de los procedimientos sean realizados a través de cirugía endoscopias, entre otros, condicionando el incremento en la frecuencia de este riesgo con respecto a los oblitos.

El primer uso documentado del término “Oblito” lo hace el Dr. Roque Masciotra (1941) al presentar en la Sesión de la Asociación Argentina de Cirujanos un trabajo sobre “Cuerpo extraño en vejiga” e invitaba a “proponer un nombre, una designación adecuada, precisa y sintética, para esta particular entidad nosológica” que se encarga de describir, explicar, diferenciar y clasifican la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes.

Para definir el cuerpo extraño, se han utilizado muchas expresiones, tales como como gasomas, compresomas, textilomas, etc., con el fin de darle un significado diferente; no obstante, el término aceptado actualmente en idioma español es el que definió la RAE y el que se ha seguido utilizando. Esta contingencia de la cirugía, razonablemente tan antigua como ella misma,

ha sido denominada de diferentes maneras por quienes en el ambiente quirúrgico se han ocupado del tema. (Masciotra, 1941)

En 1941, Masciotra, en un relato a la Sociedad Argentina de Cirujanos, acerca de un cuerpo extraño en vejiga, invita a proponer un nombre, una designación adecuada, precisa y sintética, para esta particular entidad nosológica».

La Real Academia de la Lengua Española ha definido el oblito como un cuerpo extraño dejado accidentalmente en el abdomen durante una intervención quirúrgica y sin efecto terapéutico: gasas, compresas de distinta variedad y tamaño, tubo de drenaje o aspiración, instrumentos, etc. quedan excluidos todos aquellos elementos que se hallan en el organismo cumpliendo un propósito terapéutico o estético tales como prótesis, suturas metálicas, parches mallas entre, otros. La calificación de “quirúrgico” resulta redundante. Comprende, por extensión, hechos similares acontecidos en el curso de cualquier maniobra invasiva. (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 1992).

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 tomándolos 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.

El Dr. Guido Berro Rovir Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina, Profesor Director del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica y Director de Departamento de Medicina Forense del ITF, Poder Judicial de Uruguay, establece en su investigación sobre oblitos en 2007, que:

“Según la naturaleza del observador, el oblito puede y es considerado de manera diferente. Para el paciente que lo sufre, como una complicación o nueva enfermedad. Para el cirujano como una complicación desagradable, producto del riesgo que se asume al operar buscando el 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. Para los abogados y magistrados como un error inexcusable, por el cual se puede o debe demandar pues “los hechos hablan por si solos”.

En Colombia, cirujanos y académicos en numerosas publicaciones y ponencias ha procurado estudiar la incidencia del oblito, sus formas clínicas, sus posibilidades y oportunidad diagnóstica, su tratamiento, y así mismo las medidas higiénicas para tratar de evitarlos. Las infortunadas consecuencias reconocidas y la elevada morbi-mortalidad de los oblitos, que registran todos estos trabajos; han generado desde siempre cuestionamientos a la responsabilidad profesional del cirujano.

Durante una intervención quirúrgica se pueden presentar algunos daños frecuentes como lo son los oblitos, las quemaduras y las fallas de asepsia y antisepsia (Salazar, Quintana, 1993), las cuales no permiten una reparación total del daño sufrido al paciente, por lo que se generan secuelas y cambian la calidad de vida de éste. Por lo tanto, es importante que el grupo quirúrgico prevenga este tipo de daño. Si los galenos realizaran a cabalidad los procedimientos como lo señala la ley, que especifica como labor del médico la protección del paciente utilizando los

conocimientos, empeño, prudencia y cuidado con una correcta ejecución de la *lex artis*, se presentarían en una mínima proporción estos daños. (Tole, Cadavid, 2018)

Si bien es cierto que los médicos cirujanos son la máxima autoridad en el procedimiento quirúrgico; también es cierto que, el conteo de las gasas es una actividad propia del equipo de enfermeras, en particular el instrumentista y el circulante; no obstante, un error de esta naturaleza recae en la persona del cirujano en términos legales. (Campos, Hernández, Revuelta, Victoria, Villa, 2008, pág. 6)

Las especialidades de la medicina, tales como la Neurocirugía, Obstetricia, Ortopedia y Cirugía Plástica, son consideradas en estado unidos como las más riesgosas y una verdadera profilaxis de las acciones judiciales depende del conocimiento que se tenga del paciente y de lo que éste espera del tratamiento. Resalta que el cirujano debe manejar y controlar todo el personal que interviene en el trato con el paciente y, asimismo, debe verificar todos los gastos a fin de minimizar el reclamo (Fernández, 2002). Cabe resaltar que el incremento del reclamo legal en la actualidad es importante, pero aun en los países desarrollados donde ya se ha tornado crítica. (Fernández, 2002, p.563)

Tanto en México como en otros países se desconoce la incidencia real de este evento, pues es poco reportado y una de las posibles razones de estos es considerada médico- legales ya que implicaría una responsabilidad objetiva de los profesionales quirúrgicos liados. Aguirre y colaboradores practicaron una encuesta anónima a 93 cirujanos y encontraron que 32% reconocieron haber dejado una compresa en cavidad abdominal durante alguna de sus cirugías, 80% afirmaron haber manejado alguna vez un textiloma y 94% reconocieron conocer algún colega que había incurrido en este error técnico (Aguirre, Chávez, Huitrón, 2004).

El problema de la seguridad de la cirugía es ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados demuestran la dimensión y omnipresencia, indiscutible del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública. (Rodríguez, 2016)

Cuando se habla de oblitio quirúrgico, se piensa y se asegura por parte del ordenamiento jurídico, que el error es producido por el jefe de la sala, en este caso el cirujano, por el reconocimiento de su profesión. Sin embargo, es importante resaltar el reconocimiento de otros profesionales de la sala y que generan funciones y responsabilidades frente a ciertas situaciones, hablamos del instrumentador quirúrgico.

## **2.3. El equipo de cirugía**

### **2.3.1 El instrumentador quirúrgico**

En muchos países la Instrumentación Quirúrgica es reconocida como una profesión de mucho valor por los procesos que maneja, vigila y dinamiza para brindar al paciente la máxima condición en el mantenimiento de los procesos y la asistencia dinámica al cirujano con conocimiento y competencias para lograr la calidad en la atención con sentido humanizado. (Pérez, Novoa, Guerra, Ramírez, García, 2018, p. 9)

Según Devitt (1997); Rolfe (2006); Danermark, Ekstrom, & Jakobsen (2005) y Bhaskar (2013) para definir la instrumentación quirúrgica desde su visión disciplinar en la forma en cómo se percibe al paciente quirúrgico desde el asistir y el mantener, es necesario precisar dónde se desarrolla la instrumentación quirúrgica como profesión y si en realidad es una disciplina emergente y en qué su postura ontológica remite sus prácticas dentro del realismo o el antirrealismo; es decir la postura que sostiene que el mundo externo es real y existe

independientemente de los seres humanos o la postura que se utiliza para describir cualquier posición que involucra o la negación de la realidad o la insistencia de ser incrédulos sobre la realidad de la existencia.

La labor del instrumentador quirúrgico, ha sido tan importante desde hace muchos años, aun cuando las funciones eran realizadas por la enfermera. A través del tiempo, la profesión ha ganado un status por el apoyo que representan para los médicos en la sala de cirugía. Es por ello, que sería bueno realizar un paso por la historia de la cirugía y detenerse en ese momento en que empezaron a desarrollarse los diseños de los instrumentos quirúrgicos de la época y que sirvieron de soporte y ayuda al médico para facilitar la cirugía. Desde esa época ya se hablaba en los libros, de los conocimientos básicos para el manejo, diseño y cuidado el instrumental quirúrgico y de técnicas de asepsia y antisepsia.

Desde los griegos ya existían manuscritos de Hipócrates, Celsus y Galen entre otros donde se hablada de los instrumentos quirúrgicos tallados en bronce, madera y hierro donde la mayoría de veces se utilizaban para el proceso de embalsamiento, incluso existen datos que existían instrumentos en piedra como los tallados en la prehistórica (Harvey, 1942; Kirkup, 1981).

Es decir que los instrumentos contribuyeron al desarrollo la cirugía ya que esta requiere de una gran destreza manual y conocimiento de su diseño tanto o más que el conocimiento anatómico y las patologías que aquejan al cuerpo humano (Hee, 2014).

En Colombia el perfeccionamiento de la cirugía se da en la década de los cuarenta, cuando se empezó aplicar las técnicas de asepsia y antisepsia; para la época el personal idóneo que integra el equipo quirúrgico era mínimo, sobre todo el personal que se iba a encargar del

manejo de los elementos quirúrgicos necesitados en la sala de cirugía, ya que al buscar una piza dentro de un gran cúmulo de instrumental representaba una gran dificultad, manejar instrumental sucio de sangre, desordenado y poco estético era un reto en el quirófano, pues, representaba pérdida de tiempo y prolongación del acto operatorio. (Neira, 2000, pág. 31)

En aquel contexto, la instrumentación adquiere importancia cuando los médicos de la época se ofrecieron para realizar la labor del instrumentador y en sus funciones operaban con orden, respetando las insinuaciones del cirujano de no retirar la mirada del campo quirúrgico al mismo tiempo que extender la mano para alcanzar el instrumental solicitado; tal situación causó tanto asombro que al terminar el procedimiento, el encargado del equipo lo dejó limpio y en perfectas condiciones logrando una impresión positiva como resultado de verdadero éxito. Es en este preciso momento donde nace la escuela de instrumentación quirúrgica en un centro hospitalario marcando la pauta para que otros centros adoptaran las mismas medidas. (Neira, 2000, pág. 31)

En Colombia la primera escuela de instrumentación se da en el Hospital San Juan de Dios y la primera promoción se graduó en 1954, conocido a la fecha como el día de la instrumentación quirúrgica. A partir de aquí nacen otras escuelas que capacitaban personas para instrumentar y el 19 de julio de 1979, se reconoce la instrumentación como carrera técnico profesional. (Neira, 2000, pág. 31)

Hoy el perfil del instrumentador quirúrgico es significativo para el área de la salud, pues requiere que sea un trabajador integro, con conocimientos integrales de la medicina, obligación de participación comunitaria, formación social, humanística y científica, además de la contribución con el mejoramiento de la sociedad con el fin de obtener un beneficio propio y recíproco. (Neira, 2000, pág. 31)



“El instrumentador quirúrgico, gracias a sus conocimientos teóricos y prácticos puede desempeñarse en los campos de: administración, docencia, investigación, mercadeo, centrales de esterilización, salas de cirugía, suministro de materiales, hemodinamia y perfusión cardíaca” (Neira, 2000, pág. 32).

El área quirúrgica la instrumentadora tiene como fin la coordinación y funcionamiento eficaz y eficiente de la cirugía, asistiendo al cirujano con el equipo y elementos necesarios para cada procedimiento quirúrgico; sus conocimientos teóricos prácticos son tan importantes que dentro de sus múltiples funciones, prevé, planifica y cubre las necesidades no solo de los miembros del equipo, sino del paciente, por cuanto debe estar a la expectativa de todo lo que sucede en la cirugía y en el área administrador por el instrumentador, esto es la mesa quirúrgica que contiene los equipos, pinzas, ropa estéril, gasas, compresas, suturas, sondas, cánulas de succión, electrocauterio, entre otros, además de anticiparse a todas las posibles complicaciones dentro del procedimiento (Neira, 2000, pág. 33).

Dentro de la práctica del instrumentador quirúrgico es inevitable que ocurran hechos que desencadenen 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 (Tole, 2015). Existen consecuencias derivadas del oblitio quirúrgico, y no precisamente afectan la salud del paciente; estas consecuencias se encasillan dentro de la responsabilidad médico-legal poco referida en la literatura hacia el instrumentador quirúrgico. Es por esto, que las instituciones prestadoras de salud que ofrecen servicios quirúrgicos deben contar con un protocolo interno específico y con las acciones pertinentes para la presencia del evento (Tole, 2015).

Con la llegada de la madera y los grabados en las placas de bronce los cirujanos aceptaron la estética y la delicadeza del filo para mejorar el corte. La evolución del instrumental quirúrgico muestran que siempre se ha requerido de un profesional con la experticia necesaria para el conocimiento, uso y cuidado del instrumental, así como técnicas de desinfección y esterilización, lo que hoy conocemos como asepsia y antisepsia para el control y prevención de infecciones al paciente quirúrgico y no causar daños irreversibles por un instrumento mal diseñado, por lo que requeriría siempre conocimientos en anatomía, fisiología entre otras que contribuyen al desarrollo de la medicina y la cirugía. (Harvey, 1942; Kirkup, 1981)

Así las cosas, se puede entrever que la instrumentación quirúrgica a través de los años ha venido representada para el equipo quirúrgico y la sala de cirugía un lugar importante, pues en ella recae la responsabilidad de velar por el uso adecuado del equipo que tiene a su cargo. En el desarrollo de la profesión del instrumentista ha sido notorio los cambios que ha tenido, ya que desde sus inicios las encargadas de realizar las labores de instrumentación era la enfermera, quien se capacitaba para tal fin, hoy día la es una profesión que arrastra consigo obligaciones, deberes y responsabilidades.

Es por aquello, que cuando se habla de oblitio quirúrgico el instrumentador entra a ser parte fundamental del equipo en sala de cirugía, pues así como el médico cirujano en una cirugía específica sea que represente riesgo alto o bajo, dentro de sus funciones esta velar por la salud del paciente y ello conlleva a que tenga que dedicarse específicamente a la que constituye la cirugía y lo que involucra al paciente; el instrumentador en cambio, debe velar por el manejo, uso, vigilancia, técnicas de asepsias y antisepsia de lo que involucra su entorno dentro del procedimiento, es decir, que en su mesa quirúrgica existen equipos y elementos quirúrgicos bajo su responsabilidad utilizados para facilitarle al galeno el procedimiento quirúrgico; mientras el

galeno dedica su tiempo realizando la cirugía, el instrumentador se dedica a vigilar que lo que entrega al médico para el procedimiento sea devuelto de manera óptima para facilitar el conteo final.

Desde aquel sentido, el instrumentador quirúrgico actual cumple un papel muy importante tanto en el apoyo científico que le brinda al equipo quirúrgico y en especial al cirujano, como al paciente científico en el sentido humanístico desde un dialogo afectivo que busque el bienestar del paciente y contribuya a su recuperación. (pelluchon, 2013, pág. 30)

Para mantener la calidad y efectividad de los procesos que corresponde al quehacer del instrumentador quirúrgicos dentro del quirófano y central de esterilización se requiere de unos conocimientos especializados y profundos que lo convierte en una disciplina emergente, en un profesional útil para la sociedad con competencias claras que permiten evaluar y plantear elementos de aspectos quirúrgicos por su contribución y complementariedad con el equipo quirúrgico (Pérez, 2018).

Antes de entrar en materia con respecto a lo que es el recorrido histórico de la instrumentación quirúrgica, es importante resaltar el logro que ha tenido la medicina y la cirugía a través de los años, en el sentido que se ha logrado aliviar dolores, se preservan y trasplantan órganos, se restauran funciones y se usan los tratamientos de rehabilitación necesarios para preservar la salud y la vida del paciente. La historia de la cirugía muestra las pruebas arqueológicas de las agujas de hueso con la que se suturaban heridas, equipos ortopédicos para tratar las fracturas, entre otros.

Desde aquella época, la cirugía ya era practicada por médicos anatomistas y no por barberos. Los cirujanos debían presentar sus exámenes en las Facultades de Medicina antes de

salir a ejercer donde la Escuela de Salerno en Italia subsiste hasta el siglo XIII (Ackerknecht & Haushofer, 2016; Haeger, 2000; Meade, 1968; Zimmerman & Veith, 1961), donde la medicina fue avanzado a nuevas perspectivas y connotaciones por el desarrollo propio de las universidades en Europa y en el mundo (Burrage & Torstendahl, 1990; Palmer, Colton, & Kramer, 1995; Rüegg, 2004).

La época moderna buscó cumplir con el sueño de los médicos del pasado, ello era, controlar el dolor, detener la hemorragia y combatir la infección, posteriormente en Estados Unidos en 1846, muestra al médico anesthesiólogo y los ayudantes del médico como parte del equipo quirúrgico y junto a ellos la auxiliar con una mesa de telas dobladas, jarras, palanganas y los instrumentales para la cirugía u operación, labor que es realizada en la actualidad por el instrumentista y cuya función era alcanzar y facilitar al médico los recipientes, telas, gasas, compresas y demás elementos médico quirúrgico. (Ackerknecht & Haushofer, 2016; Haeger, 2000; Meade, 1968; Zimmerman & Veith, 1961)

La labor de la enfermera instrumentista, inicia en el año 1853 con la guerra de Crimea cuando se hizo ineludible la colaboración de las enfermeras para tratar a los enfermos de la época, aleccionando entonces la enfermería preoperatoria, en donde nacen las escuelas hacia el año 1873 y dentro del pensum clínico aprendían técnicas de higiene, organización y disciplina educacional dentro de la institución hospitalaria donde posteriormente se realizaban prácticas quirúrgicas. Después de la Segunda Guerra Mundial, la guerra de Corea causó una escasez prolongada de enfermeras de quirófano y la necesidad de personal completamente entrenado en el quirófano fue cuestionada (Meade, 1968; Nightingale, 1916).

La instrumentación quirúrgica surge entonces, como necesidad de ayudantía o asistencia en las salas de cirugía (Bowen & Bellamy, 1988; Coupland, 1994; Hull, 1916). Con la llegada de

la segunda guerra mundial los cirujanos de guerra fueron capaces de operar y salvar vidas de muchos pacientes, lo que imponía la necesidad de una personas con conocimientos específicos para ayudar en cirugía, lo que generó que el ejército de la época entrenara al personal que tendría las cualidades y capacidades y competencias que imponía determinada labor bajo la supervisión del cirujano, de este modo se podría decir que nace una nueva disciplina, que el ejercicio llama instrumentadores quirúrgicos con funciones claras en la que incluyen la participación con los médicos cirujanos en procedimientos quirúrgicos, y vigilancia de las técnicas de asepsias y antisepsia y técnicas de esterilización de elementos, equipos e insumos quirúrgicos para el control de la infección. (Bowen & Bellamy, 1988; Coupland, 1994; Hull, 1916)

Así las cosas, se puede observar que la labor del instrumentador quirúrgico cuando se está frente a un oblitio quirúrgico es de gran importancia, pues su responsabilidad en una cirugía implica revisión, valoración y supervisión del material, elementos y equipos médicos quirúrgicos que se encuentran a su cargo. A lo largo de los años, desde que se tuvo conocimiento de los oblitos quirúrgicos se han encontrado un sinnúmero de casos de gasas quirúrgicas olvidadas en el cuerpo del paciente cuyos factores pueden estar asociados a un mal conteo por parte del instrumentador, falta de integración entre médico, instrumentador y circulante, quienes son los directamente responsables si por alguna razón se queda un material olvidado en la cavidad abdominal de un paciente.

### **2.3.2 Enfermeras circulantes**

El quirófano es el área más importante cuando de realizar un procedimiento quirúrgico se trata, en tanto, es el lugar donde los pacientes reciben un servicio con todo el protocolo que se requiere para garantizar la seguridad del mismo. En el quirófano se realizan las intervenciones quirúrgicas

con una serie de protocolos y técnicas de asepsias y antisepsias, con el fin de que finalice con éxito la cirugía.

El área quirúrgica es un espacio selectivamente aislado del hospital, cuyo objetivo es proporcionar y ofrecer un lugar idóneo y adecuado para tratar quirúrgicamente al enfermo con las técnicas de asepsias, antisepsia y disciplina encauzada a prevenir la infección. Esta área es restringida y es lo que la diferencia de la demás dependencia que se encuentran dentro del hospital con un equipo de trabajo con objetivos comunes, coordinación y esfuerzo para suministrar al paciente quirúrgico los cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura.

El trabajo en equipo es la esencia de los cuidados del paciente en el quirófano. Para funcionar de forma eficaz es imprescindible una buena comunicación y la existencia de respeto mutuo. Cuidar el ambiente en el quirófano, facilitarse mutuamente la labor, disponer de un personal adecuadamente entrenado, son parámetros que favorecen el correcto desarrollo de la intervención, cuidando así del paciente, que es nuestro objetivo. (Basozabal, Durán, 2003)

El equipo médico quirúrgico que conforman la sala de cirugía son el médico cirujano encargado de llevar a cabo el procedimiento, considerado como la cabeza principal de la sala; el medico ayudante, como su nombre lo indica es la mano derecha del médico cirujano; el medico anestesiólogo, el profesional encargado de aplicar la anestesia antes de que inicie la cirugía; la instrumentadora quirúrgica, personal clave en el éxito de la cirugía, pues es la encargada de manejar y supervisar el instrumental y elementos médicos quirúrgicos necesarios en el procedimiento quirúrgico, además de velar por el conteo de lo que entra y sale del campo quirúrgico; la enfermera circulante, es la profesional no estéril dentro del área de cirugía,

encargada de reportar y anotar en la historia clínica todo cuanto sucede en sala de cirugía y es quien da apoyo a los profesionales que se encuentran estériles.

Los profesionales que conforman la sala de cirugía deben interactuar entre sí en todo momento, lo más importante es garantizar constantemente el bienestar de paciente, requiere que todos los miembros del equipo estén atentos y concentrados en todo momento, pues es el paciente individuo único y dependiente del resto del equipo para su supervivencia.

Enfermera circulante, es un miembro importante durante el acto quirúrgico, pues, es quien atiende al paciente desde su ingreso hasta su salida, realiza la técnica de asepsia quirúrgica del paciente, revisa el expediente clínico y realiza las anotaciones detalladas del procedimiento, además, sirve de enlace entre los miembros del equipo quirúrgico y lleva un control exacto del material textil utilizado en la zona no estéril.

Cabe reiterar, sin restarle el nivel de importancia, que la enfermera circulante hace parte del personal no estéril, ya que siempre en la sala de cirugía se requiere de su presencia para preparar o circular procedimientos externos que el personal estéril no puede realizar, la enfermera circulante debe trabajar fuera del campo estéril y deben conservar o mantener la técnica estéril durante todo el procedimiento quirúrgico, pueden manejar elementos y equipos no estériles y ser la mano derecha del instrumentador quirúrgico. Cuando el instrumentador requiere de un elemento como sutura, cantidad adicional de gasas o compresas o equipos quirúrgicos adicionales, ésta lo solicita a la enfermera circulante, quien más adelante lo circulará conservando el campo estéril y atendiendo la necesidad que pudiera surgir de cualquier profesional estéril que se encuentra dentro de la sala.

La función del profesional de enfermería peri operatorio es la información y valoración preoperatoria del paciente y la evaluación postoperatoria de los cuidados suministrados intraoperatorio, así como el refuerzo de la información preoperatoria. (Vilca, 2013)

La enfermera circulante, debe registra todo el proceso quirúrgico en la hoja de enfermería, desde el momento en que el paciente llega al área de pre anestesia del quirófano. Se registra el número de quirófano, hora de llegada del paciente, colocación de catéter venoso, tipo, profilaxis antibiótica y hora de entrada del paciente al quirófano. (Vilca, 2013)

La enfermera circulante cumple muchas funciones de acuerdo al momento quirúrgico. Tiene un momento previo a la cirugía controlando que la sala esté en condiciones idóneas para la realización del procedimiento quirúrgico, la sala debe estar limpia, lo mismo que su equipamiento. La enfermera tiene la responsabilidad de adecuar la camilla y la banda donde colocara los brazos el paciente, colocando sabanas limpias; acomodar la lampara cielitica, de tal modo que quede en el área del cuerpo a intervenir y verificar que la iluminación este perfecta; revisar y alistar las máquinas de succión, electrocauterio y otros y verificar que estén en perfeto estado; alista todos los elementos para la mesa de operaciones para colocar al paciente en posición operatoria; maneja los materiales respetando la técnica aséptica al momento de abrirlos y pasar su contenido a la enfermera instrumentista u otro cualquier miembro del equipo; prepara al paciente, colocándole la bata y el gorro para el cabello y dejando en la camilla en la posición indicada por el medico cirujano, protegiendo la intimidad del paciente con sabanas; estira los brazos del paciente donde le instalará la venoclisis. (Medina, Pons, Coba, Tigsilema, Pastuña, 2015)

Otro momento, es previo a la anestesia. En este punto la enfermera circulante se convierte en la ayudante del anesthesiólogo, proporcionándole el acompañamiento que necesita si llegare a



complicarse el paciente con la aplicación de la anestesia. (Medina, Pons, Coba, Tigsilema, Pastuña, 2015)

El momento posterior a la anestesia, en donde la enfermera circulante con la ayuda del anestesiólogo ubicando al paciente en posición preoperatoria, colocando la placa de electrodo inactivo en la piel del paciente; expone el área indicada para la preparación de la piel, dejando la zona libre alrededor donde se va a operar; dirigir la lampara cielitica hacia la zona a operar; realizar la técnica de asepsia y antisepsia de la piel.

Una vez han pasado los momentos referidos, la enfermera debe estar atenta al procedimiento de la instrumentista y del cirujano, pues el proceso que sigue corresponde al personal estéril. Una vez se encuentre el paciente, el instrumentador y el cirujano estén preparados para iniciar la cirugía, la enfermera debe conectar el equipo de aspiración y el cable de electrodo y cualquier equipo que se requiera.

Iniciada la cirugía la enfermera debe permanecer atenta a las necesidades de los miembros del equipo que se encuentran estéril (ajustar la lámpara cielitica o auxiliar, secar el sudor de la frente del cirujano, proporcionar a la instrumentista el material necesario como gasas, compresas, apósitos, suturas, solución fisiológica caliente, etc. (Medina, Pons, Coba, Tigsilema, Pastuña, 2015)

Debe permanecer en el quirófano el mayor tiempo posible y comunicar a la instrumentista si debe salir, conservar gasas contaminadas recogidas en el piso, separarlas por tamaños y contarlas, asistir al equipo en la vigilancia de pérdida de sangre, conocer en todo momento el estado del paciente, informando al médico cualquier cambio notorio en el estado del paciente y si se requiere de un procedimiento no anticipado, a efectos de reordenar la

programación quirúrgica si fuere necesario, preparar y etiquetar las piezas anatómicas operatorias para remitirlas al laboratorio correspondiente. (Medina, Pons, Coba, Tigsilema, Pastuña, 2015)

Al finalizar, la enfermera circulante realizará junto con la instrumentadora el recuento de gasas, apósitos, compresas, agujas e instrumentos. debe informar al cirujano si el recuento es correcto, recoger gasas sucias y las coloca en una bolsa, limpia el área quirúrgica y preparación de la misma para el siguiente procedimiento sin pérdida de tiempo.

La función de la enfermera después de la cirugía va encaminada a ayudar a la instrumentadora a cubrir la herida, quitar los campos quirúrgicos, limpiar al paciente de sangre y otros orgánicos mediante agua y jabón, cambia la bata y sábanas del paciente, por lencería limpia, ayuda al personal auxiliar para una movilización segura del paciente a sala de recuperación, coloca al paciente en posición cómoda con el objeto de conservar la respiración y circulación adecuadas, remite al paciente junto con la historia clínica, verificando que consten las indicaciones del médico, advirtiendo necesidades asistenciales. (Medina, Pons, Coba, Tigsilema, Pastuña, 2015)

### 2.3.3 Anestesiólogo

La anestesiología es una de la rama de la medicina de gran importancia, ya que es la encargada de someter a los pacientes en un estado de inconsciencia e insensibilidad al dolor. Es la persona encargada por su experticia en la aplicación, vigilancia y recuperación de un acto anestésico, dependiendo de la necesidad del paciente.

La obligación del médico anestesiólogo es la de proporcionar todos los medios anestésicos adecuados para preservar la salud del paciente durante el acto anestésico. El manejo anestésico del paciente debe ser integral y se deberán prever todas las posibles

funciones irregulares del paciente anestesiado. Para ello, se deben realizar las medidas necesarias para su regulación antes, durante y después del acto anestésico. (Uribe, 2006)

Así como el médico cirujano tiene responsabilidades en la sala de cirugía, el anestesiólogo también las tiene, pues debe cumplir con la *lex artis* de la anestesiología, solo porque es la conducta que se le exige en un acto anestésico. (Uribe, 2006)

El medico anestesiólogo en la cirugía hace parte del personal no estéril; sin embargo, es necesario que este vestido en forma aséptica de acuerdo al espacio en el que se encuentra, porque es el responsable de la anestesia del paciente durante el tiempo que dura el procedimiento quirúrgico.

Su trabajo inicia con la canalización del paciente e inmediatamente da la orden para el inicio de la cirugía, permanece durante toda la intervención quirúrgica. Al finalizar la misma, continuará moni-toreando al paciente llevando una planilla anestésica donde figura la evolución intra operatoria de todos los parámetros vitales. (Begora, Duran, Sappic, 2011)

Entre sus funciones esta establecer un plan de manejo adecuado, realizando una completa y adecuada valoración preanestésica y una clasificación del estado físico del paciente y el grado de riesgo operatorio.

Consecuentemente, debe explicar al paciente y sus familiares la técnica de anestesia que se va realizar en la valoración preanestésica, así como los riesgos y beneficios de los mismos, para que ellos puedan, por escrito, autorizar la aplicación del método seleccionado. En caso de ser necesario es su obligación indicar las consultas y evaluaciones de otros especialistas. El anestesiólogo dará al médico cirujano el resultado de la valoración realizada. (Uribe, 2006)

El médico anesthesiólogo durante el acto anestésico, tiene a su disposición todos los medios de monitoreo como máquinas de anestesia, desfibrilador, equipo de reanimación y los medicamentos necesarios indicados para la vigilancia del paciente antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

Al finalizar la intervención quirúrgica, el médico anesthesiólogo deberá realizar el proceso para despertar al paciente de la anestesia, ya que también se encarga del periodo postoperatorio donde proporcionará las recomendaciones durante su recuperación, realizando con posterioridad la visita post anestésica y revisar que su estado de salud esté en óptimas condiciones. La etapa post operatoria es importante, teniendo en cuenta que muchos pacientes presentan reacciones adversas a los anestésicos o simplemente algunos demoran menos o más en asimilar el anestésico aplicado.

#### **2.4. Casos frecuentes en que se presenta**

El oblitio quirúrgico es una iatrogenia del personal médico en los actos quirúrgicos y sus complicaciones comprometen la salud de los pacientes, generando reacciones adversas e inclusive pueden ocasionar la muerte si no es detectado a tiempo. El olvido de gasas o compresas dentro de la cavidad del paciente tiene implicaciones éticas y legales, pero a la fecha son situaciones difíciles de documentar, sobre todo en lo que tiene que ver con la responsabilidad del daño causado en el paciente. Si bien es cierto, los médicos son la máxima autoridad en el procedimiento quirúrgico; el conteo de gasas y todo lo que se encuentra en la mesa de mayo y mesa de reserva es propio de la instrumentadora y la enfermera circulante; sin embargo, por una mala interpretación, la responsabilidad recae en el galeno en términos legales. (Campos, Hernández, Revuelta, Victoria, Villa, 2008, pág. 6)

A nivel mundial el olvido de gasa en cirugía sucede con frecuencia y la incidencia real de este evento se desconoce ya que es poco reportado (Aguirre, Chávez, Aguilar, 2004, pág. 6). Muchos de estos errores se ocultan por el mismo equipo médico, argumentado otras causas a las complicaciones a fin de evitar demandas. Ahora bien, si se analiza la situación se puede vislumbrar que en las mayoría de los casos el cirujano no es responsable del olvido de gasas o compresas, sino por el contrario, la responsabilidad debe recaer sobre el instrumentista; sin embargo al parecer la responsabilidad es compartida, por un lado, cuando el conteo de gasas es incompleta y el cirujano se niega hacer el recuento o revisar la cavidad y no se agote los medios diagnósticos para determinar que realmente no existe material extraño dentro del paciente que pueda más tarde ocasionarle un perjuicio en su salud, la responsabilidad recae sobre el galeno; por otro lado, cuando el conteo que debe realizar el instrumentista fue completo y hubo olvido, la responsabilidad recae única y exclusivamente sobre el instrumentador quirúrgico (Lupi, Divito, Poggi, 2003, pág. 43-48).

Entre las causas principales del olvido de compresas en la cavidad abdominal se menciona el cambio en la exposición del campo quirúrgico, que facilita el ocultamiento de cuerpos extraños; los cambios del personal de enfermería durante el acto quirúrgico, lo que interfiere con el conteo de gasas y compresas; el que se practique una cirugía de urgencia; que la cirugía se practique en la noche o la madrugada; que la cirugía sea prolongada; que la cirugía curse con una gran hemorragia; que el paciente esté muy grave y que la técnica empleada por el cirujano sea más complicada.( Jebbin, Adotey, 2006 pág. 87; Lupi, Divito, Poggi, 2003, pág. 43-48)

El olvido de material quirúrgico, llámese compresas, gasas, apósitos, pinzas etc., son un problema serio que puede generar complicaciones graves e incluso muerte en una proporción elevada si no se diagnostica de manera oportuna.

La mayoría de los oblitos quirúrgicos se presentan en aquellas cirugías donde hay exposición de cavidad abdominal, ellas son, cesarías, cirugías exploratorias, abdominales, cuyas secuelas pueden ocasionar la muerte. Resaltar lo anterior, resulta preciso en la medida que se tenga presente que el oblito es prevenible si se siguen los procedimientos establecidos, reiterando que la encargada del conteo es la instrumentadora quirúrgica. (Campos, Hernández, Revuelta, Victoria, Villa, 2008, Pág. 9)

Según Lamy, Amicucci, Tripolini, Cohen, (2011), El Oblito quirúrgico, del latín “Oblitumoblivus” (olvidado-olvido), se utiliza desde el siglo pasado para definir a todo elemento olvidado dentro del cuerpo de un paciente, durante el curso de una intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo.

Si bien es cierto, la sala de cirugía cuenta con un equipo capacitado e idóneo conformado por el cirujano, el ayudante del cirujano (médico), anestesiólogo, instrumentadora quirúrgica y enfermera circulante; también es cierto que el rol de primordial que resulta de vital importancia para la administración de los elementos, equipo y materiales quirúrgicos utilizados en el quirófano son propios del instrumentador quirúrgico, su responsabilidad es verificar el total de gasas, compresas, pinzas equipos quirúrgicos entre otros con una probabilidad alta de quedarse olvidado en el cuerpo del paciente quirúrgico. Obviamente la labor del instrumentador quirúrgico debe ser supervisado igual por el galeno, ya que este no debe cerrar el paciente hasta tanto no se confirme que lo que ingresó al campo quirúrgico, lo mismo que salió. El conteo debe ser confirmado por la enfermera circulante quien dentro de sus funciones está en dejar por sentado

en las notas de cirugía la totalidad del material y elementos quirúrgicos. (Navarro, Mansilla, 2016, pág. 20)

Entre los factores de riesgo asociados a los oblitos se destacan las cirugías de urgencia, cambio inesperado del plan quirúrgico, obesidad, múltiples equipos quirúrgicos, excesiva pérdida de sangre, cambio de personal durante una cirugía, cansancio del equipo de cirugía o múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico (Tolino, 2009, pág. 9).

A menos de que se esté de frente con la situación, es imposible saber por qué ocurren los olvidos de material médico quirúrgico en el cuerpo, solo quien está cara a cara con el medio es capaz de insinuar la responsabilidad que se le atañe a cada uno del personal que está en sala de cirugía.

El trabajo cotidiano en el interior del quirófano y las consecuencias que se generan por los oblitos o textiloma llevan a despertar el interés por conocer las razones por las cuales se producen, es por ello que se parte de los siguientes supuestos para determinar las causas que seguramente pueden evitarse: (i) que el personal que integra la sala de cirugía, ignoran las medidas de prevención de accidentes por oblitos quirúrgicos; (ii) en caso de conocerlas, existe un bajo compromiso con el cumplimiento de las medidas de prevención mencionadas por parte del personal que integra la sala de cirugía; (iii) la circulante no realiza los registros de los detalles de la cirugía ante, durante y después; (iv) la instrumentista no realizó de manera exitosa el conteo (vi) el galeno no realizó el recuento y revisión aun sabiendo que faltaba una gasa o compresa, etc.

## **2.5. El Paciente Quirúrgico- Su Posición**

A nivel mundial, el paciente siempre jugará un papel importante en un procedimiento quirúrgico y su relación con el médico representa uno de los aspectos que lo ubican como el primer responsable por los errores que se cometan en la sala de cirugía por el vínculo que se crea entre ambos desde el momento que el paciente solicita asistencia médica y éste sometido a los cuidados profesionales. Desde su punto de vista (del paciente), su seguridad depende única y exclusivamente del cirujano, pues, es el único profesional que conoce y que le brinda la seguridad y confianza en todas las etapas del tratamiento hasta su final; en ningún momento el paciente tiene contacto con los demás profesionales de la salud que conforman el equipo quirúrgico, es por ello, que resulta fácil culpar por cualquier error al galeno cuando se tiene un conocimiento limitado de los profesionales de la salud que harán parte del procedimiento quirúrgico y de sus funciones. Es común cuando un paciente se enfrenta a una intervención quirúrgica surjan inquietudes y miedos y lo menos que espera es que reciban explicaciones no solo de los pasos del procedimiento a realizar, sino de las personas que harán parte del mismo; el solo hecho de la cirugía supone un trauma para el paciente, por eso es importante siempre la relación con el médico que realiza el procedimiento, con el médico ayudante, con el anestesiólogo, la instrumentista y la enfermera circulante para reforzar la seguridad que necesita el paciente.

Una buena relación entre los profesionales de la salud y el paciente debe ser primordial y basada en una confianza mutua, es importante que éste sepa lo que espera de la cirugía con sinceridad y transparencia y de las personas que lo acompañan en el quirófano para que por lo menos puedan emitir un juicio ante cualquier circunstancia.



El paciente siempre está en situación vulnerable frente al médico y éste debe ser consciente de la misma, por tanto, pensando en su seguridad se debe tener en cuenta mostrarles que un equipo y no solo un médico son los responsables del éxito y de las posibles complicaciones que se generen en cirugía.

En cuanto a responsabilidad, para el paciente el culpable siempre será el médico ya que éste representa esa persona en la que se deposita toda la confianza, independientemente de quien haya causado el daño, la seguridad del paciente estará en cabeza del galeno. Ahora bien, ¿pensara lo mismo al conocer los profesionales que hacen parte del procedimiento y sus funciones?

## **2.6. Responsabilidad Civil**

En Colombia se entiende por responsabilidad como la capacidad de toda persona de conocer y aceptar las consecuencias de manera inteligente y libre, así como la relación de causalidad que existe entre el autor y el acto que realizó. Cuando nos referimos a la responsabilidad jurídica, generalmente se entiende que es la responsabilidad civil y Borja (1991) la define como "la obligación que tiene una persona de indemnizar a otra, los daños y perjuicios que se le han causado".

En la doctrina, existen diversas opiniones sobre cuál es el término correcto para referirse a la figura de la responsabilidad, para algunos es reparación, para otros, la palabra responsable significa 'el que responde', es por ello que cuando se habla de responsabilidad automáticamente se relaciona con el hecho de reparar o indemnizar un daño, causado por un sujeto a un individuo, cosa o animal.

Aguilar Díaz (1957), explica el origen de la palabra responsabilidad, observando que ésta contiene la raíz latina spondeo. fórmula conocida del derecho romano, por la cual se ligaba solemnemente el deudor en los contratos verbales. "Decir que responsable es aquél que responde y por lo tanto, que responsabilidad es la obligación que cabe al responsable, es además, de redundante insuficiente, porque por ahí la definición permaneciendo en la propia expresión verbal que se pretende aclarar, no da solución al problema que se quiere resolver comenzando por Jos conceptos." op. cit., p. 10.

Por lo anteriormente mencionado, la reparación del daño causado debe ser soportado por su autor, y no por la víctima misma. Por tanto, la responsabilidad concierne al deber de reparar el daño jurídicamente atribuible causado por el incumplimiento, tanto de una obligación preexistente como del deber genérico de no dañar a otro (Besalu. 1998). Para otros, como Cordobera (1993) se debe hablar del derecho de daño toda vez, que es el más apropiado porque garantiza la reparación de intereses colectivos.

Los juristas romanos sintetizaron el deber ser del comportamiento social en tres máximas: vivir honestamente, dar a cada quien lo suyo y no causar daño a los demás. Esta última se ha constituido como la mas importante regla de la convivencia humana, de forma tal que cuando es violada, surge en la conciencia individual y colectiva, una exigencia moral y ética: la necesidad de una sanción jurídica (Kant, 1988). El autor del daño debe responder, es decir, se halla sujeto a responsabilidad. (De Ángel, 1993)

Las actividades realizadas en cualquier área se caracterizan por estar involucradas con la economía del país. Con el avance y el desarrollo, los daños causados o que se pueden ocasionar siguen siendo inadmisibles e incuestionables para la sociedad, es decir, sigue generando

incertidumbre el hecho de que se pasen por alto la responsabilidad de quienes han ocasionado un perjuicio quizás porque carece de regulación normativa.

Para el doctrinante Santos (2006), la responsabilidad civil “consiste en reparar un daño que se ocasione a otra persona en relación causal con el incumplimiento de un deber jurídico sin causa que lo justifique”

Cuando se realizan actividades que implican un riesgo y una vez se sufran algunas consecuencias con ocasión a esa actividad, lo primero es buscar quien asuma la responsabilidad de reparar el daño causado. Ahora bien, en muchos casos, atribuir esa responsabilidad se hace confusa cuando recae sobre varios. En este sentido, Tamayo (2007) define la responsabilidad civil como una consecuencia jurídica en virtud de la cual, quien se ha comportado de manera ilícita debe indemnizar los daños causados por esa conducta. (pág. 8)

La Responsabilidad civil es entonces en el ámbito jurídico, la obligación de reparar e indemnizar cualquier daño o perjuicio, es decir, que un sujeto que se considera responsable debe rendir cuentas por sus actos o los daños que causó a otro bajo su responsabilidad y cuidado.

López & Trigo (2005), afirma que la responsabilidad en sí misma no es un concepto “autónomo, sino un término complementario de una noción previa más profunda: la de deber u obligación”.

De esa forma, la responsabilidad de reparar los perjuicios causados debe recaer sobre alguien, ya que por sí sola o si no se le atribuye a ningún sujeto carece de sentido, es decir, que en tal la obligación se reduce en un vínculo entre dos sujetos, el que causa el daño y llamado a responder, y el que sufre el menoscabo. La responsabilidad tiene un carácter reparador, el cual pretende el equilibrio patrimonial de los sujetos involucrados (Peirano, 1981, pág. 24).

Entonces, para que surja la responsabilidad civil es necesario que se produzca un daño o hecho dañoso que lesione un patrimonio ajeno, individual o colectivo (Martínez, 1998), es decir que no solo se necesita solo la conducta humana como el único evento que genere un daño que pueda ser resarcido. En la actualidad, la responsabilidad civil puede ser asignada a personas que han causado daños a cosas animadas e inanimadas. (Martínez, 1998)

En el 2013, la corte constitucional manifestó que la responsabilidad civil puede ser considerada contractual o extracontractual dependiendo de: i) la relación jurídica entre las partes de la cual se deriva el daño – si es o no preexistente al daño –, ii) la acción que ejerce el demandante / víctima y/o la familia perjudicada, para reclamar la indemnización de perjuicios. (Sentencia T-118A/13)

En la responsabilidad civil podemos encontrar una responsabilidad contractual y una extracontractual, que a pesar de tener origen distinto, ambas buscan indemnizar un daño causado a una persona, es decir que, las diversas nociones que abarcan la responsabilidad civil pueden o deben ser enmarcadas dentro de ellas.

Por una parte, encontramos la responsabilidad civil contractual, la cual se origina en un contrato firmado entre dos o más partes y una de ellas transgrede un vínculo obligacional previamente pactado, causando un daño a la otra. La responsabilidad civil contractual “tiene su origen en el daño surgido por el incumplimiento de las obligaciones contractuales” (Tamayo, 1999).

Por otra, encontramos la responsabilidad civil extracontractual, la cual se encuentra regulada por el código civil colombiano Civil, incluido en el Título XXXIV bajo el

epígrafe “*responsabilidad común por los delitos y las culpas*” en su artículo 2341 que reza lo siguiente:

Artículo 2341: El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido.

Es decir, mediante esta acción judicial se puede reclamar la reparación de un daño causado por una conducta culposa, sin que exista un contrato valido entre los involucrados, claro, para que pueda tener validez esta acción debe reunir tres aspectos fundamentales: (i) que exista culpa en quien cometió la acción; (ii) que, con ocasión de la culpa, se haya causado un daño a un tercero, (iii) que exista un nexo de causalidad entre la culpa y daño causado.

Velásquez, en su libro de Responsabilidad civil extracontractual expresa que, esta responsabilidad surgió en un intento por distinguirla de la responsabilidad de origen contractual y por muchos años no fue conflictiva; sin embargo, muchos doctrinantes y en algunos casos legislaciones, proponen una unificación entre estas dos figuras de la responsabilidad civil, ya que en ambas se debe cumplir con los elementos que la constituyen y así, de esta manera poder hablar de una sola responsabilidad, como le gusta denominarla al profesor Alvaro Mendoza Ramírez. (pág.11)

No obstante lo anterior, La Corte Constitucional, ha manifestado en reiteradas ocasiones que:

“En el orden jurídico colombiano es clara la existencia de una concepción dualista de la responsabilidad civil, por lo que no se puede confundir el tratamiento de una y otra responsabilidad, las cuales están reguladas de manera autónoma e independiente en

capítulos distintos del Código Civil, se originan en causas o fuentes diversas y sus prescripciones en materia de reparación no son coincidentes”.

La responsabilidad civil extracontractual, busca reparar un daño causado a otro sin que exista una relación contractual entre estos, ahora, esta figura se puede dar por hecho propio o por hecho ajeno; en la primera, también conocida como directa, es decir la que recae en quien con su conducta funge como causa inmediata del daño, regulado por el código Civil en los artículos 2341 y 2345 y en la segunda, la responsabilidad civil extracontractual por el hecho ajeno, también denominada por la doctrina como responsabilidad indirecta., es decir, toda la persona es responsable de sus acciones y de las cometidas por las aquellas que estuviesen a su cargo (art. 2374 y 2349 C.C), ya que la fórmula general que alude la norma es *“Toda persona es responsable, no sólo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño sino del hecho de aquellos que estuvieren a su cuidado”*.

Tendiendo en cuenta lo precitado en los párrafos anteriores, la relación jurídica que se genera entre el paciente y el equipo médico quirúrgico, puede ser contractual o extracontractual, e inclusive puede verse comprometida la responsabilidad del Estado en virtud de una falla del servicio, para determinar el vínculo jurídico se deberá analizar cada caso de manera individual. En el caso de los médicos, EPS o IPS, primariamente se tiene una obligación contractual, ya que estos deben cuidar la integridad corporal del paciente para devolverlo sano y salvo al concluir la prestación de un servicio médico, pero con o sin contrato, siempre va surgir la obligación de reparar el daño causado. Así lo expreso la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente Liborio Escallón, la responsabilidad civil y por tanto la profesional pueden derivarse del incumplimiento o violación de un contrato o consistir en un acto u omisión que sin emanar de ningún pacto cause perjuicio a otros. (1940)

Sin embargo, se ha establecido que cuando uno de los miembros del equipo quirúrgico que se encuentran bajo supervisión del médico tratante, causa un daño al paciente por error, negligencia, impericia o imprudencia, afectando o deteriorando su condición de salud, el galeno debe hacerse responsable por el resultado dañoso, debido a que es el jefe de la sala y el encargado de coordinar a todo el equipo que participa durante dicha intervención, esta figura se le conoce como *culpa in vigilando*, *culpa in eligendo* es decir, que a pesar de no ser el causante inmediato del daño, está llamado a repararlo por la presunción de culpa que pesa sobre éste, fundándose en el incumplimiento del deber de vigilar. Respecto a esta figura, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, SALA DE CASACION CIVIL Y AGRARIA, Sentencia de 16 de julio de 1985 Magistrado Ponente Dr. Horacio Montoya Gil, Expediente No.2419, reiterada en sentencia T-118<sup>a</sup>-2013 de la Corte Constitucional, ha manifestado lo siguiente:

*“quien por sí o por medio de sus agentes cause a otro un daño, originado en hecho o culpa suyos, jurídicamente queda obligado a resarcirlo; y según los principios reguladores de la carga de la prueba, quien en tal supuesto demande la indemnización corre con el deber de demostrar, en principio, el daño padecido, el hecho intencional o culposo del demandado y la relación de causalidad entre el proceder o la omisión negligente de éste y el perjuicio sufrido.”*

Así mismo, la responsabilidad medica civil la extracontractual también opera en los casos en que los herederos invocan la acción personal para cobrar sus propios daños y en los eventos de daños causados en ocasión de la atención a pacientes inconscientes en los servicios de urgencia. (Castaño, 2008)

## 2.7. Responsabilidad civil Medica En Colombia

Cuando se habla de responsabilidad médica, se hace alusión a la responsabilidad que debe asumir un profesional de la salud cuando ocasionan un daño o perjuicio a un paciente durante un procedimiento debido a una conducta culposa, ya sea por impericia, negligencia, imprudencia o carencia de conocimiento, viéndose obligado a resarcir el daño causado.

Quien crea riesgos en la convivencia de la sociedad debe correr con sus consecuencias, debe probar que no concurrió su culpa en la producción del resultado dañoso. Esta premisa no se mantiene en el caso de la responsabilidad del médico, pues no puede afirmarse que su actuación genere riesgos correlativos al provecho que obtiene por su actuación. Todo lo contrario, la actuación del profesional de la medicina se encamina a atenuar o aminorar los riesgos propios del paciente, lo que la vida en sociedad le ocasiona (contraer enfermedades, sufrir accidentes, padecer deterioros o desgastes en su salud, etc.), así el tratamiento de alguna manera implique riesgos para el mismo paciente. (Castaño, 2008, p 144)

Ahora, la responsabilidad medica se conoce desde épocas antiguas, un ejemplo de esto es el código de Hammurabi (2400 a.c), que instituyó según Gómez, Cesar y Franca (1998), lo siguiente frente a la responsabilidad del médico: cuando este le causara la muerte a alguien libre en tratamiento, o quien deje ciego a un ciudadano libre, se le amputaran las manos y si quien muere es un esclavo pagará el médico su precio o si lo deja ciego solo pagará la mitad de su precio (p.4). Asimismo, en el derecho romano se dieron algunas definiciones sobre la responsabilidad y la culpa médica, una de ellas fue la Ley Aquilea donde se considera culpable a quien producía el daño, y no solo se tenía en cuenta el dolo, sino también la culpa e impericia en la profesión que se ejercía. (De la Rada, 1857, p. 175-176)



En Colombia, la responsabilidad médica es de medio y no de resultado; queriendo decir con esto que el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría. Es de resultado en los casos excepcionales de cirugías estéticas, donde el paciente piensa que va a obtener un resultado por la información deficiente de quienes tienen la facultad para hacerlo; pues la información cruzada puede dar esperanzas irreales y es la que genera la responsabilidad. Cabe reiterar que la obligación contractual o extracontractual del médico respecto del paciente, es una prestación de servicios enmarcada en el consentimiento. La jurisprudencia proferida por la sala de casación civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 1 de septiembre de 2011, magistrada ponente Ruth María Díaz Rueda, toma como referencia para referirse a las obligaciones o deberes que los médicos asumen, la sentencia del 5 de marzo de 1940, indicando:

*5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por regla general de “medio”, y en esa medida “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(...) la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad. (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)” (G.J. N° 1953, pág. 119).*

Es importante resaltar, dándole el grado de importancia que merece a la “causalidad en la responsabilidad médica,” puesto que está en un caso concreto que supone que el daño no se

produciría de no haberse realizado la conducta por parte del médico tratante ya sea por acción o por omisión; sin embargo, no es fácil en el sentido que ofrece una dificultad técnica tanto a las partes como al juez a la hora de hallar un responsable. Adicionalmente, en los casos de responsabilidad médica la causalidad implica identificar la teoría de causal apropiada, empero se complica por la participación de varios causantes en el resultado, llámese médico, equipo quirúrgico, clínica, entre otros.

En la responsabilidad médica, la causalidad debe procurarse por parte del demandante quien debe demostrar la existencia del nexo causal entre la culpa del médico y el daño sufrido. Simultáneamente, habría que relacionar lo expuesto anteriormente con el estudio particular sobre el asunto del oblito quirúrgico o cuerpo extraño, el cual sugiere el esclarecimiento de las ideas de los que intervienen y juzgan los hechos médicos y jurídicos que devienen con el tema precitado que debe encuadrar en el ámbito legal.

De ahí que, el oblito como causal de negligencia, imprudencia y/o impericia médica juega un papel importante y ha causado gran controversia, debido a la intencionalidad del accionar de los que hacen parte del cuerpo médico. En la responsabilidad del campo médico, existe un individuo que causa un daño y otro que lo sufre, y a través de esto surge un elemento objetivo, que hace alusión al daño en el cuerpo desde una lesión hasta su muerte; un elemento subjetivo, que hace alusión a la culpa por negligencia, impericia o imprudencia; un elemento denominado el actor, es decir el médico y el acto, que es el accionar del médico quirúrgico; por ultimo debe existir la relación de causalidad entre el médico y el daño creando una línea sin interferencia que se halle incluido dentro de los delitos culposos, en el entendido que si se provoca un daño, este debe ser por negligencia e inobservancia de los deberes a su cargo.

Teniendo en cuenta lo ya precitado, el Consejo de Estado en la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Sección Tercera, Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, manifestó:

Los casos de oblito quirúrgico, son reputados como una mala ejecución de los cuidados médicos o quirúrgicos; frente a este tipo de olvido, la doctrina y la jurisprudencia han entendido que se trata de una culpa o falla probada y el oblito quirúrgico, o sea el olvido de gasas, compresas, tetras, ganchos, pinzas, etc., en el interior del paciente son conductas reveladoras de culpa o falla en sí mismas, toda vez que los hechos hablan por sí solos. (MP. E Gil Botero 30 de julio de 2008)

Visto que el cirujano es el responsable y máxima autoridad de todo lo que sucede en el procedimiento quirúrgico, es palmario que no puede controlar durante la intervención en forma personal, simultánea y continuada a todos los miembros del equipo y las incidencias que se llegaren a presentar en función de otro sujeto. Por otro lado, algunos miembros del equipo quirúrgico poseen una autonomía científica, por lo que resulta difícil imputarle responsabilidad absoluta del acaecimiento al cirujano, sobre todo si se han tomado las precauciones lógicas y posibles para evitar el error, negligencia o impericia. El problema ante el evento de un daño al paciente, radica en poder establecer quién es el responsable, quien debe indemnizar el perjuicio.

Claramente se puede entrever que en principio, la responsabilidad recaería en el sujeto que incurrió en el error y consecuentemente al resto del equipo de manera solidaria, ya que cada uno de los intervinientes tienen funciones que si bien son propias, se enlazan dependiendo una de la otra, lo que lleva a concluir que la responsabilidad en caso del oblito quirúrgico deber ser compartida o responsabilidad por trabajo en equipo, apoyando lo dicho por el Magistrado Ponente Jaime Alberto Arrubla Paucar en la Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil del 18 de mayo de 2005, sostiene:

En el caso, la imputación de responsabilidad al facultativo demandado, provino de su coparticipación en la acción productora del daño, como miembro del equipo médico que realizó la intervención quirúrgica en la cual se dejó un cuerpo extraño al cerrar la cavidad abdominal de la paciente, agrupó a todos cuyos integrantes atribuyó el sentenciador el comportamiento culposo generador del perjuicio, al señalar que "...este descuido-se refiere a no tener la precaución de revisar la región en la que se practicó la operación provino de todo el equipo que intervino en la operación", hecho que además juzgó más reprochable respecto de "...quienes actuaron como director y primer auxiliar", es decir, de los doctores Beltrán Mejía y Ardila Cuellar, por tener a su cargo "...la supervisión de la actividad del resto de personal interviniente".( pág. 38)

Caso contrario, como se viene manejando en la actualidad donde le delega la responsabilidad absoluta al galeno, sin reflexionar en la responsabilidad que se despliega del instrumentador quirúrgico quien es el principal encargado de llevar el inventario de cuanto se utilice durante la intervención quirúrgica, por lo tanto, es este quien adquiere mayor nivel de responsabilidad sin eximir a los demás miembros del equipo. Frente a esta situación, los cirujanos en reiteradas ocasiones han manifestado que esta incidencia debe estar incluidos en los riesgos inherentes al acto quirúrgico.

Además, la responsabilidad medica tiene una correlación con la responsabilidad estatal así lo denota Ruiz en su obra Responsabilidad Medica Estatal.

La responsabilidad médica es de interés público por comprometer los valores de la vida y la integridad personal que son especialmente apreciados por el Estado y por toda la comunidad, indudablemente el distinto valor o sentido atribuido a la vida humana condicionan el modo de tratarla; esto se verifica no sólo en el

campo de la biología o de la medicina, sino en cualquier terreno. Si se puede demostrar que la vida humana tiene un valor y una dignidad superiores y exclusivos, habremos encontrado el fundamento para exigir éticamente se tenga hacia ella un sumo respeto. (Ruiz, 2004, p.75)

### **2.7.1 Elementos Constitutivos de La Responsabilidad Medica**

Como ya se ha mencionado en los párrafos anteriores, la responsabilidad médica busca reparar e indemnizar los daños y perjuicios ocasionado a un paciente por la acción u omisión durante una intervención médica, para que aquella pueda configurarse, se debe cumplir con los elementos que la constituyen (el acto médico, el daño, y el nexo causal). Partiendo del siguiente esquema, inicialmente de un actor, quien es un médico con diploma y título habilitado; segundo de un acto, el cual es ejercido por un profesional de la salud; tercero un elemento objetivo que es el daño en el cuerpo o en la salud del paciente; cuarto un el elemento subjetivo que es la culpa ya sea por impericia, imprudencia, negligencia, inobservancia de normas y reglamentos; y por último la relación de causalidad entre el acto médico y el daño.

#### **2.7.1.1 El acto medico**

El profesional de la salud está obligado a tener una conducta diligente y de cuidado con el paciente, utilizando sus conocimientos y adiestramiento técnico para curar o aliviar una enfermedad, dentro de lo posible sin garantizar un resultado exacto, ya que la medicina en Colombia por regla general es de medio y no de resultados, exceptuando las cirugías platicas que si son de resultado. Sin embargo, esté debe manifestarle al paciente o familiares previamente los riesgo y complicaciones que se pueden presentar, es por ello

que un acto médico puede acarrea obligaciones jurídicas, tanto como para galeno, como para el paciente.

El acto médico es un “acto electivo realizado por un profesional cuyo campo de responsabilidad es primaria e irrenunciamente la salud del paciente a su cargo. Busca como fin la prevención de la enfermedad o la recuperación de la salud”. (Besio, 2003, pág. 32)

El profesional de la salud debe actuar bajo la Lex Artis y cumplir con las características propias de un acto médico, es decir, actuar con profesionalidad y beneficencia, procurando curar o por lo menos aliviar la enfermedad al paciente, en todas sus facetas físicas, psíquicas y sociales, y no por lo contrario causarle una lesión a la salud o integridad del mismo. cuando el médico y demás profesionales afines, realizan un acto de forma negligente o simplemente se niegan a realizarlo, constituyen una conducta que genera un daño al paciente, y este último puede pedir ser indemnizado.

#### **2.7.1.2 El daño**

Es el menoscabo perpetrado a una persona por un hecho ilícito a un bien jurídico tutelado, en este caso sería a la salud y el bienestar de un paciente, el daño puede ser material, moral o físico, el cual genera la obligación de ser resarcido.

En la responsabilidad médica, uno de los elementos que se debe desmotar es el daño que se ocasiono al paciente debido a una mala o indebida prestación del servicio médico, cuando este elemento se prueba junto con los demás elementos se puede solicitar la acción indemnizatoria, ya que se ha demostrado el hecho dañoso que se le causo un deterioro a la salud o cuerpo del paciente. Además, cuando surge un daño, no se tiene en

cuenta si existe o no un vinculo contractual entre la víctima y quien lo causo, así lo manifiesta el tratadista el Martínez (1993) en su obra responsabilidad civil extracontractual en Colombia:

Hemos indicado ya que el daño es un elemento esencial en la responsabilidad jurídica civil, no interesa que sea contractual o extracontractual. Y llegamos a calificarlo como uno de los elementos más determinantes ya que, aunque se den los hechos, la culpa y el nexo no existe la obligación de indemnizar si o aparece claro el daño. (pág. 201)

En derecho siempre se ha enunciado que todo el que causa un daño, está obligado a repararlo, siempre que se afecte un bien patrimonial o extrapatrimonial protegido por el estado, además, es importante recalcar que se debe demostrar la culpabilidad de quien cometió el daño, no se puede justificar que se le ocasione un perjuicio injusto al paciente cuando el daño podía ser previsible.

### **2.7.1.3 La culpa**

Generalmente, la culpa puede entenderse como un hecho culposo, conducta, falla, falta, acto o acción que genera responsabilidad (Yepes, 2004). Es decir, un error de conducta, en el que no se hubiera incurrido, si hubiese actuado de forma diligente, es un elemento subjetivo de la responsabilidad.

#### **2.7.1.3.1 Impericia medica:**

falta total o parcial de capacidad, conocimientos técnicos, experiencia, habilidad e ineptitud para el desempeño profesional, particularmente cuando estos no han sido certificados por una institución legalmente reconocida. Yepes (2004) en su libro La

responsabilidad civil médica, define la impericia medica como, la falta de pericia en la ciencia de la medicina, que se da cuando el galeno actúa sin los conocimientos, habilidades o aptitudes profesionales requeridas para tratar o intervenir al paciente.

Esta culpa puede evitarse si él galeno que no se encuentra capacitado para atender al paciente, lo envía o remite a otro especialista que si tenga la capacidad y conocimiento, pero si éste actúa aun sin el conocimiento necesario y le causa un daño al paciente, debe resarcir el daño causado.

#### **2.7.1.3.2** Negligencia médica:

Es el incumplimiento de los principios de la profesión médica, es decir que el galeno no hace lo que debe se hacer aun cuando puede hacerlo. Entonces, el acto médico realizado por el profesional de la salud no se ejecuta conforme a las técnicas y procedimiento establecidos por la lex artis, del cual puede resultar un daño o perjuicio, generando de esta forma una responsabilidad médica. Así mismo Yepes (2004) manifiesta lo siguiente respecto a la negligencia, siendo un factor importante que nada le impide cumplir con su deber, pero a pesar de esto, no lo hace.

#### **2.7.1.3.3.** Imprudencia medica:

Acción que realiza el profesional de la salud, a sabiendas del daño que se provocaría, es decir un acto realizado con premura, sin las debidas precauciones ni medir las consecuencias, para serrano (2000) la imprudencia medica tiene cabida cuando el galeno adopta una actitud profesional injustificada y apresurada, que no posee un juicio previo y necesario como se esperaría de un acto médico diligente.



#### 2.7.1.4 El nexa causal

Este ultimo de los elementos de la responsabilidad y el más importante, busca la relación entre el daño causado al paciente y la conducta realizada por el profesional de la salud, por tanto, para que se origine la figura de la responsabilidad medica el daño debe ser consecuencia directa de la acción de un profesional de la salud. No obstante, Bueres (1992), en su obra de responsabilidad civil de los médicos expresa lo siguiente sobre el nexa causal:

“en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios...” (pag.154)

Por lo ya mencionado, es necesario que el paciente o su familia demuestre el nexa causal entre el acto medico y el daño ocasionado, afirmando que esté jamás se habría ocasionado si el actuar del médico, para que pueda ser indemnizado, es decir que el acto médico y el daño deben ir en una línea ininterrumpida.

El daño debe ser efecto o resultado de la conducta médica, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio, que presupone dos condiciones: En primer lugar, la conducta medica debe ser la causa próxima que no quiere decir que sea la causa última en el orden cronológico, sino que no se deben tener en cuenta en la producción del daño los actos, hechos o causas que han obrado en forma remota ... Además, la conducta médica debe ser determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la actuación médica se ha

contribuido en un mayor grado a la producción del resultado (Serrano, 2000, p. 137).

Ahora el causante del daño solo podrá exonerarse, si demuestra que se presentó un hecho constitutivo de fuerza mayor, caso fortuito, hecho de un tercero o culpa exclusiva de la víctima.

### **2.7.2** Responsabilidad medica del instrumentador

El profesional instrumentista, debe tener una responsabilidad en los casos de oblitos, textiloma o cuerpo extraño olvidado dentro de la humanidad de un paciente quirúrgico, no se le puede indilgar una culpa absoluta la medico por ser el jefe del barco, cuando esté no ha cometido el error o ha causado el daño, se debe terminar al verdadero autor para que sea llamado a responder de manera individual.

Ahora bien, el instrumentista, durante un procedimiento quirúrgico tiene unas funciones propias que debe cumplir en el ejercicio de su cargo, que si no se cumplen a cabalidad pueden generar un daño. Por ello, el instrumentador debe brindar una atención segura al paciente quirúrgico dentro y fuera del quirófano, mediante la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y tecnológicos, protocolos quirúrgicos, asepsia, esterilización, bioseguridad, la tecnología quirúrgica y la administración con el propósito de coadyuvar en la atención eficaz, eficiente y pertinente del paciente que requiere tratamiento quirúrgico, bien sea para restablecer su salud, reconstruir estructuras anatómicas o dar un tratamiento paliativo.( Asociación Colombiana de Facultades de Instrumentación Quirúrgica (ACITEQ); Asociación Colombiana de Instrumentación Quirúrgica (ACFIQ); Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica (COLDINSQUI), sf)

Esté profesional de la salud es la mano derecha del cirujano, ya que lo asiste durante todo el procedimiento y tiene el compromiso de inspeccionar el material, realizar el recuento quirúrgico, es decir “asegurar que todos los elementos usados a utilizar durante un procedimiento quirúrgico se extraigan y su disponibilidad pueda verificarse al terminar el procedimiento” (Hamlin, Richardson, & Davies, 2009), eso lo debe realizar antes, durante y después del procedimiento.

Así mismo lo expresa Fuller (2012) en su obra e Instrumentación quirúrgica: principios y práctica, el recuento de los materiales quirúrgicos se deben realizar en 6 momentos de la intervención: (i) antes de que comience la operación para establecer el Recuento inicial. (ii) antes de cerrar un órgano hueco. (iii) antes de cerrar una cavidad corporal. (iv) antes de cerrar piel. (v) cada vez que surja la sospecha de que existe material olvidado. Y (vi) cada vez que se produzca un cambio del personal (pág. 328). Cuando este proceso se realiza de forma adecuada por el personal que se encuentra en la sala de cirugía, se reduce el riesgo de dejar algún elemento dentro de la cavidad del paciente.

Corolario con lo anterior, es necesario que se estudie la responsabilidad medica que tiene este profesional de la salud durante la intervención quirúrgica, ya que, así como el cirujano y el anestesiólogo, este también juega un papel primordial y un descuido o error en el desempeño de sus funciones, puede acarrear perjuicios al paciente innecesario. En la legislación colombiana referente a las responsabilidades medicas no existen una figura de responsabilidad individual frente a este profesional y se han realizado pocos estudios sobre estos casos, pero no se concluye nada al respecto, por lo que siguen manejando las teorías ya establecidas de la responsabilidad individual pero solo frente al cirujano, la colectiva y la grupal.

## 2.8. El error

En la medicina y en la cirugía también se habla del error, pero en esta área se le denomina error médico el cual surge durante la atención de un paciente, ya sea por una falla del profesional o por la ineficiencia de la institución prestadora del servicio médico, este error puede o no causar daño a la humanidad del paciente, cuando lo causa se constituye un evento adverso, el evento adverso es el daño causado por el error. Pero en lo referente a oblitos quirúrgicos, a pesar de ser un error y causar un evento adverso, este se puede ser previsto por el galeno como el profesional de la instrumentación deben prever durante el procedimiento quirúrgico, hora bien cuando se deja por error un cuerpo extraño dentro de la cavidad de un paciente, el acto médico se ve ligado a la mala praxis, pero no solo del médico, sino también del equipo de profesionales que participo durante la intervención quirúrgica, más concretamente del instrumentista.

El Institute of Medicine (IOM) ha definido el error médico, como un fracaso para completar la intención de una acción planeada o el uso de un plan errado o equivocado para cumplir un objetivo, es decir error de ejecución o de planificación. Pero los errores que surgen durante una intervención quirúrgica por lo general se ocasionan por negligencia, es decir, la falta de cuidado, aplicación o diligencia en la ejecución de un acto médico. Sin embargo, Balcázar, Gordillo, & Ramírez (2015) afirman que:

“es importante conocer los factores de riesgo y adoptar una cultura de prevención, mediante la vigilancia perioperatoria del material y de los instrumentos utilizados durante el acto quirúrgico. Ya que nadie está exento de cometer errores independientemente de la experiencia que posea y ya que el oblitio puede ocurrir en cualquier procedimiento invasivo, e incluso puede provocar serias consecuencias médico-legales”.

## 2.9. Factores de riesgo del oblitio quirúrgico

Los cuerpos extraños en abdomen constituyen una complicación de un procedimiento quirúrgico o una nueva patología para el paciente que obedece a un suceso iatrogénico de gran morbimortalidad y causan dificultades diagnósticas, sobre costos y posibles problemas médico-legales. (Borrález, Borrález, Orozco, Matzalik, 2009)

En términos generales, los oblitos quirúrgicos pueden causar graves daños a los pacientes, es decir que algunos presentarán fibrosis aséptica consistente en la formación de adherencias y/o capsulas que forman granulomas; otros, quizás una fibrosis exudativa, es decir que forma un absceso con colonización de bacterias que causan una infección en el paciente, otros no contarán con la misma suerte ocasionando la muerte o la pérdida de algunos de sus miembros u órganos. (Chang, 2003; Jagmohan, 2002; Goodwing 1994)

Existen factores que cada día aumentan el riesgo de olvidar cuerpos extraños en la cavidad del paciente, sea por error o no, ellos son o pueden ser:

1. Factores de riesgos relacionados con la cirugía, es decir que, si esta es de urgencia, o es un procedimiento prolongado, facilita el olvido de un cuerpo extraño en la cavidad del paciente, en tanto la prisa genera que se presenten muchos errores.
2. Ahora bien, si el paciente presenta un sangrado importante y no se tienen en cuenta constantemente el conteo del material que entra y sale puede generar el olvido de un cuerpo extraño en el cuerpo.
3. En muchos casos, la cirugía que se pretende realizar, requiere de un cambio en la técnica quirúrgica u otro abordaje de exploración, así las cosas, el cambio abrupto puede ocasionar que se extravíen materiales quirúrgicos, pinzas o suturas.

4. El cambio de personal, también se convierte en un factor de riesgo importante, sobre todo si se trata del cambio del personal de instrumentación, pues son ellos los encargados de entregar el turno con toda la información disponible que le permita a la instrumentadora que ingresa realizar una adecuada labor.
5. La fatiga y el cansancio.
6. La obesidad.
7. Ausencia de trabajo en equipo.
8. La falta de liderazgo y de disciplina por parte del cirujano, pues, aunque el no es propiamente el responsable de realizar el conteo, si debe velar para que la encargada del mismo lo realice en el tiempo indicado por el galeno y lograr así las garantías de seguridad del paciente.
9. Valoración inadecuada del riesgo.
10. Ausencia de estándares de procedimientos y técnicas quirúrgicas.

### **2.10. Medidas generales de prevención**

Entre las medidas de prevención, es importante que el personal de cirugía conozca y cumpla el protocolo de la institución, cada integrante de la sala debe tener conocimiento de las técnicas y procedimientos a realizar en la sala de cirugía cada uno desde sus funciones y hacerse responsables de ellos.

Es importante mantener permanentemente una buena relación entre el médico y el paciente; de otra forma, no es posible el entendimiento por parte de éste del eventual suceso, además de nuestra constante preocupación por solucionar el problema. De esta

manera, se podría disminuir la posibilidad de demandas al igual que, según las circunstancias en que haya sucedido el caso, los pacientes podrían entender que jamás habría intención de causarle daño, sino que, por el contrario, querer solucionarle su problema médico. (Franco, 2003, 2006)

Los cuerpos extraños olvidados en la cavidad, son eventos que se pueden prevenir si se toman las medidas necesarias, para ello se debe tener en cuenta las medidas generales de prevención

Borráez, Borráez, Orozco, Matzalik, (2009) sugieren las siguientes:

- Los paquetes deben llevar igual número de compresas, gasas o torundas (en caso de no ser así, deben retirarse de la sala e informar).
- Los recuentos deben ser audibles, ordenados y cuidadosos.
- Si se deja empaquetada la cavidad, debe anotarse claramente.
- Debe hacerse recuento de compresas e instrumental antes de iniciar la cirugía, al cierre de la cavidad operada y al cierre de la piel.
- No debe existir aguja alguna sobre la mesa sin portaagujas.
- Si el recuento de los materiales no coincide, se repite y, si persiste la falta de coincidencia, debe tomarse una radiografía de la cavidad antes de salir del quirófano.
- Se deben establecer normas que garanticen la máxima calidad en la prestación de cuidados al paciente sometido a cirugía.
- Hay que establecer protocolos claros para realizar el recuento de todo el material quirúrgico.
- En los tiempos actuales, no debería utilizarse el teléfono celular durante los procedimientos quirúrgicos, por ser factor de distracción. (pág. 119-120)

### **2.11. Protocolo de la Sala de Cirugía.**

El protocolo de las salas de cirugía tiene la intención de convertirse en un estándar para disminuir los factores de riesgos que puedan presentarse antes, durante y después de un procedimiento quirúrgico y causar una afectación en el paciente. La intención es mantener en todo momento las normas de bioseguridad.

El protocolo va dirigido a todo el personal que labora en el área cirugía y les sirve de guía para garantizar la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes.

Los protocolos tienen un papel esencial en la práctica clínica, especialmente buscan garantizar la seguridad en la atención de los pacientes, es decir que, con la adopción de estos protocolos se minimiza la variabilidad de procedimientos, registros, tratamientos y tareas rutinarias. Los protocolos facilitan la estandarización e incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos (Smith, Alderson, 2012).

El reconocimiento de la existencia de procesos que son críticos dentro de la atención del paciente quirúrgico ha llevado a implementar códigos y técnicas efectivas de comunicación, y a disminuir las distracciones y variaciones durante la realización de los mismos. (Mahajan, 2011)

Los protocolos son esos estándares que dan soporte a cumplir, cambiar y mejorar las acciones que se emprenden en la sala de cirugía, para disminuir los riesgos que amenazan la vida y el bienestar de los pacientes dentro del ambiente quirúrgico (Mahajan, 2011).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido los protocolos que establecen los pasos necesarios y de aplicación constante y sistemática por parte del un



equipo interdisciplinario informado y comprometido con el cuidado y el bienestar del paciente quirúrgico, desde la preparación del paciente que va a un procedimiento quirúrgico, hasta el posoperatorio. Así las cosas, el protocolo debe ser aplicado en el período preoperatorio, viéndose el equipo de cirugía obligado a anticiparse a las medidas diagnósticas y terapéuticas durante el periodo intraoperatorio o postoperatorio.

En Colombia, la Resolución 2003 de 2014 del ministerio de Salud, define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y en ella se estableció que todas la entidades o instituciones de salud que prestan servicios de cirugía o quirúrgicos en cualquier nivel de complejidad, deben contar con un protocolo, manual o procedimiento para la preparación del paciente no solo para el acto quirúrgico y el traslado al quirófano entre otros, sino un protocolo para prevenir los eventos o circunstancias que no deberían ocurrir, antes, durante y después de un procedimiento quirúrgico.

Con lo anterior, resulta palmario que el protocolo busca que el personal de cirugía lo implemente de manera milimétrica para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico; sin embargo, en la actualidad con el desarrollo y avance de la tecnología, aun se siguen presentando errores en muchas ocasiones irremediables, es el caso del oblitio quirúrgico que, aun cuando existen los protocolos y medidas de prevención, los profesionales de la salud persisten los mismos errores.

Entonces, los protocolos de la sala de cirugía, establecen aquellos criterios que miden el comportamiento en el quirófano y va dirigido a médicos cirujanos independientemente de su especialidad, anestesiólogo, instrumentadoras quirúrgicas, enfermeras quirúrgicas, médicos ayudantes entre otros. Sus principales objetivos van dirigidos a disminuir los factores de riesgos

tanto para infecciones quirúrgicas, como para olvidos de materiales médicos quirúrgicos y para mantener adecuadamente las normas de bioseguridad.

Lo dicho anteriormente, presupone que el actuar de los integrantes de la sala cirugía, debe ser realizado con diligencia y cuidado, llevando a cabo los protocolos para garantizar el éxito del procedimiento que se está realizando.

En ese orden de ideas, deben tenerse en cuenta los protocolos de acuerdo a los factores de riesgos asociados a infección o errores, antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

### 2.11.1 Factores Preoperatorio

#### **Tabla 1.**

#### *Factores preoperatorios*

1. Identificar y tratar todas las infecciones remotas al sitio operatorio.
2. Controlar las patologías de base, como diabetes, hipertensión arterial entre otros.
3. Confirmar que todo esté listo, documentos necesarios como historia clínica y exámenes necesarios que permita el ingreso sin problemas a la sala de cirugía.
4. Canalizar la vena, instalar líquidos
5. Revisar que al paciente le hayan realizado baño general con antiséptico antes de ingresar a la sala de cirugía y que no lleve prótesis dentales colocadas.
6. Revisar que se le haya retirado esmalte, joyas y prótesis.
7. Revisar que es el paciente correcto de la cirugía.
8. Asegurarse de que el paciente no ha tenido ninguna complicación importante en cirugías anteriores pasadas o con anestесias anteriores.
9. Rasurar el vello si lo hay, en el sitio operatorio para que no interfiera con la cirugía.
10. El médico cirujano, el ayudante y la instrumentista, como personal estéril, deben realizar un adecuado lavado de manos, con jabón antimicrobiano. La llave del lavamanos debe ser con sensor o con pedal. El lavado debe ser por un periodo de 5 minutos en el primer lavado y tres (3) minutos en los siguientes tres lavados. Cubrir con jabón todas las superficies de las manos y dedos hasta encima del pliegue de los codos y enjuagar con abundante agua. Durante el procedimiento se recomienda mantener los brazos hacia

arriba favoreciendo el escurrimiento hacia los codos y utilizar compresa estéril para el secado de manos, dedos y brazo.
11. El material que se utilizara en el procedimiento quirúrgico debe estar adecuadamente esterilizado en la central de esterilización, cuyo responsable es la instrumentadora quirúrgica y enfermera quirúrgica.
12. Aplicación de la anestesia por parte del anestesiólogo.
13. Preparación de la piel, utilizando las técnicas de asepsia y antisepsia en el área a operar o donde se realizará la incisión.
14. Todos los recipientes de antisépticos deben ser sometidos a procedimientos de limpieza y desinfección y rotulados con cinta con la fecha en que se realizó el procedimiento.

*Fuente:* elaboración propia basado: Protocolo de comportamiento en salas de Cirugía y Profilaxis Quirúrgica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (H.U.H.M.P, 2011, Pag.3)

### 2.11.2 Factores Intraoperatorios

#### Tabla 2.

##### *Factores Intra Operatorio*

1. Limitar el número de personas que ingresan al quirófano.
2. Las puertas de la sala de cirugía, deben estar cerradas.
3. No deambular fuera de la sala de cirugía con la ropa estéril, pues se considerará contaminado y tocará volver a vestirse. El responsable es el cirujano y la instrumentista.
4. Utilizar correctamente el vestido quirúrgico, gorro que cubra todo el cabello y adecuado uso del tapabocas.
5. Mantener la sala equipada y lista. Con la mesa de instrumentación disponiendo el material e instrumental de forma ordenada y lógica.
6. Preparar la mesa auxiliar colocando lo necesario para la intervención (compresas, gasas, suturas, equipos).
7. Ayudar a preparar el campo quirúrgico.
8. El personal estéril, toca solo superficies estériles.
9. La pinza de transferencia debe ser adecuadamente por la enfermera circulante no estéril para abrir el paquete de ropa. Es importante recordar que el paquete de ropa está envuelto por dos capas, una de ellas es la capa externa no estéril y la capa interna estéril.
10. Observar las medidas de bioseguridad.
11. Solicitar a la enfermera circulante el material que se necesite.
12. Realizar el adecuado conteo en voz alta de conteo de compresas, gasas, instrumental y demás elementos antes, durante y después del cierre de la cavidad y comenzar con la cirugía.

13. Mantener el campo quirúrgico en todo momento libre de instrumental y mantener controlado el uso de material cortopunzante.
14. Terminada la cirugía y después de realizado el recuento, se colocan apósitos, se fija y se cubre al paciente.
15. Cuando durante la cirugía las superficies o equipos se contaminen visiblemente con sangre u otros fluidos corporales, desinfectar antes de la próxima cirugía.
16. Después de la cirugía limpia no se requiere limpieza especial, únicamente la rutinaria.
17. Desinfectar todas las superficies del quirófano después de la última cirugía del día o de la noche.
18. Realizar desinfección terminal de las salas de cirugía cada semana, Según protocolo establecido en la institución. (responsable: Enfermería – Personal de aseos generales)

.Fuente:Elaboración Propia en base propia basado: Protocolo de comportamiento en salas de Cirugía y Profilaxis Quirúrgica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (H.U.H.M.P, 2011, Pag.5)

### 2.11.3 Factores Postoperatorio

#### Tabla 3.

##### *Factores Postoperatorio.*

1. Importante la protección de la incisión quirúrgica con un apósito estéril.
2. Lavado de manos antes y después de estar en contacto directo con la herida quirúrgica.
3. Lavado de manos antes y después de estar en contacto directo con la herida quirúrgica.
4. Realizar cambios apósitos cuando se encuentren húmedos y evaluar signos de infección.
5. Retirar lo más rápido posible los drenajes y dispositivos intravasculares para evitar siembra directa y hematogena del sitio operatorio.
6. Tener en cuenta factores inherentes al HUÉSPED a la hora de evaluar las infecciones de heridas quirúrgicas como: obesidad severa, desnutrición.
7. Presencia de una infección alejada en el momento de la cirugía. (responsable: Cirujano – Enfermera encargada de curación.
8. Llevar al paciente a sala de recuperación, responsable el cirujano y enfermera, anesthesiólogo.

FuenteElaboración propia basado: Protocolo de comportamiento en salas de Cirugía y Profilaxis Quirúrgica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (H.U.H.M.P, 2011, Pag.8)

## **2.12. Marco Legal**

### **2.12.1 Oblito quirúrgico**

El termino oblitos quirúrgicos, era desconocido por la legislación colombiana, sin embargo el hecho de que a un paciente se le dejara por olvido un cuerpo extraño durante una intervención quirúrgica, era una contingencia tan antigua y que se ha producido desde que se comenzó a practicar las cirugías en el mundo, dicho error puede conllevar a juicio por mala praxis a quien lo produjo y al afectado un deterioro en su salud.

Ahora bien, los oblitos quirúrgicos no se encuentran contemplado en la constitución, ni en ninguna norma específica, sin embargo, ha sido un tema que ha afectado la salud de muchos colombianos, por lo que fue necesario llenar esos vacíos jurídicos, con la jurisprudencia normativa, que se creó a través de los casos que se han presentado en Colombia.

A lo que respecta en materia de responsabilidad medica legal frente a los oblitos se establece, que es el cirujano quien debe responder por ser el jefe de la sala de cirugía y quien realiza el procedimiento, no obstante, durante un procedimiento quirúrgico participan más intervinientes que al igual que el cirujano tiene participaciones fundamentales en ella.

En consecuencia cuando se actúa en equipo, la responsabilidad puede ser, bien sea individual o colectiva; pero en el primero, cuando no sea posible individualizar en un sujeto el acto determinante del resultado dañoso, se hace responsable al jefe del equipo médico aunque no todos están de acuerdo porque resultaría gravoso para una sola persona tal solución dado que, la tarea es realizada no solo por el coordinador sino por todo el equipo, por lo tanto cada uno absorbe su atención en una función específica propia, de manera que la responsabilidad recaería sobre todo el equipo. Por el contrario, en el segundo la responsabilidad si es exigible a todo el equipo a través de la figura de la solidaridad, porque así lo estableció la Sala Civil de la corte

suprema de justicia en sentencia del 18 de mayo de 2005 Magistrado ponente Jaime Alberto Arrubla Pucar.

Por ello, en Colombia existen dos posturas en materia de responsabilidad medica legal frente a los oblitos, la primera es la responsabilidad individual, en la cual el único sujeto activo y plenamente responsable del error o del daño, es el médico cirujano que practico el procedimiento, por ser considerado el jefe de la sala o de equipo; y la segunda es la responsabilidad solidaria o colectiva, donde se ven involucrados todos los profesionales que participaron del acto quirúrgico.

Ahora bien, el origen y desarrollo de la responsabilidad médica individual y la responsabilidad médica solidaria del equipo quirúrgico frente al oblito y su línea jurisprudencial de 1991 al 2011 enmarca la responsabilidad del cirujano como "jefe" del equipo de médicos y personal auxiliar del quirófano. A partir de la constitución de 1991 hasta la actualidad la jurisprudencia muestra un marco general de las distintas responsabilidades jurídicas que pueden aplicarle al equipo médico quirúrgico. La doctrina distingue hoy entre el acto médico, como acto individual, y la prestación médica, que tiende a ser colectiva la intervención de varios facultativos; es decir una prestación colectiva del servicio médico. (M. Muñoz, 2018, pág. 17)

Por otra parte, la doctrina y la jurisprudencia del Consejo de Estado comprende el concepto de oblito quirúrgico, como una mala ejecución de los cuidados médicos o quirúrgicos que constituyen una culpa o falla probada, toda vez que los hechos hablan por sí solos. Este concepto lo ha tomado el Consejo de Estado del doctrinante Vásquez, (1993) en su libro Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina, 1ª edición colombiana, Editorial Dike.

Sobre el oblito quirúrgico, la doctrina ha señalado:

"Entendemos por oblito quirúrgico aquellos casos en los cuales, con motivo de una intervención quirúrgica, se dejan olvidados dentro del cuerpo del paciente instrumentos o materiales utilizados por los profesionales intervinientes. Por lo común los elementos olvidados son instrumental quirúrgico (pinzas, agujas, etc.) y, más frecuentemente, gasas o compresas.

“Este tipo de irregularidades quirúrgicas - a veces justificadas - por lo general ocasionan un daño al paciente, quien con seguridad deberá como mínimo someterse a una nueva intervención al solo efecto de la extracción del material olvidado...

“Estos supuestos, en consecuencia, se han transformado en frecuente causa de responsabilidad civil médica, por lo que han sido objeto de tratamiento por la doctrina en forma reiterada.”

Bueres, en la primera edición de su clásica obra sobre responsabilidad de los médicos, recordaba que en Francia originariamente los tribunales admitieron, en ciertos casos, la exoneración de la responsabilidad médica, partiendo de la base de que en el estado en que se encontraba la cirugía no resultaba factible utilizar procedimientos infalibles para evitar este tipo de accidentes, pero luego la justicia se fue mostrando cada vez más severa en situaciones de esta índole, por entender que existen mecanismos adecuados a fin de evitar los olvidos. (p. 244-245)

“Respecto a la frecuencia de este tipo de olvidos, en un fallo, con cita de un tratado de medicina legal se ha dicho que "... lo que acabamos de manifestar no es una exención de culpa para todos los casos de olvidos de gasas. Hay casos en que el olvido será un error, pero hay otros, y los hemos visto en nuestra práctica, que son indiscutibles casos de responsabilidad médica, por la impericia, la imprudencia o la negligencia demostrada por

el médico tanto durante la intervención quirúrgica como después, durante el postoperatorio, frente a la sintomatología del paciente progresivamente agravada sin aparente causa, y en donde el todo arrancaba no sólo de la existencia de una gasa o compresa olvidada sino, y en grado más importante aún, en no haberse preocupado por esclarecer las causas de esa deficiente evolución y en no haber llevado a cabo, en última instancia, una reintervención para aclarar el porqué de esa evolución atípica...".

(Vázquez, 1993, Pág. 199 a 201)

La Sala del Consejo Estado ha tomado la misma postura en sentencias de 3 de septiembre de 1992, expediente N° 72213 del consejero ponente Julio Uribe, y de 3 de noviembre de 1992, expediente N° 73364, del consejero ponente Daniel Suárez, señalando lo que:

"El hecho de haber dejado una aguja quirúrgica en el cuerpo de la paciente, constituye sin lugar a dudas una evidente falla en la prestación del servicio médico, porque esa situación no puede obedecer sino al descuido con que se actuó en tal intervención y no obra en el proceso prueba que pueda exonerar a la administración de la responsabilidad que le corresponde".

“Sobre el particular, encuentra la Sala que las entidades demandadas en ningún momento desvirtuaron la negligencia que predicen los actores, la cual tuvo lugar en la cirugía de la víctima al dejar dentro de su humanidad cuerpos extraños "gasas y agujas" (fl. 28 cdno. Ppal), que dieron lugar a una peritonitis abdominal, shock séptico, insuficiencia renal aguda y trombolismo pulmonar (fl. 5 cdno ppal)”.

En ese mismo sentido, el Consejo de Estado, Sección Tercera, en Sentencia de 8 de julio de 2009, expediente: 16.451, indicó:



“Como quiera que está demostrado el olvido de una gasa en el cuello del paciente que obligó a una intervención quirúrgica para extraerla, y también está claro que este hecho constituye una falla, la Sala condenará a las entidades demandadas a pagar la indemnización respectiva por este daño.

Por ello, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia de 19 de agosto de 2009, exp. 18364, dejó claro que los casos de oblitos, para considerar la culpa o falla probada del error se debe aplicar el sistema de aligeramiento probatorio del *Res ipsa loquitur*, es decir, las cosas hablan por sí solas. Con la aplicación de este sistema, se puede determinar que algo está donde no debe estar, por tanto, algo no se realizó como debió realizarse.

Castaño (2008), se refiere a las tendencias doctrinales y jurisprudenciales de los medios probatorios común de la culpa, cuando existe una responsabilidad civil médica, entre las tendencias hace referencia a la regla *res ipsa loquitur* = la cosa habla por sí sola,

Es el nombre dado a una forma de evidencia circunstancial que crea una deducción de negligencia; no es más que una simple presunción judicial de culpa en un supuesto concreto. Procede de los ordenamientos de *common law*, donde cada día tiene mayor aceptación; el demandante solo tiene que probar el daño sufrido, así queda a cargo del médico demandado la carga de probar no haber violado aquél; en su esencia, indica que los daños producidos no se verifican normalmente si no existe una culpa. No será necesario demostrar la negligencia del médico o del hospital... (Castaño, 2008, p.190)

### **2.12.2** Marco Constitucional de la salud en Colombia

La Constitución Política de Colombia de 1886, instituyó la salud como una responsabilidad que tiene el Estado, donde debía garantizar una salubridad pública y como consecuencia de esto se

promulgo la Ley 30 de 1886, por lo cual se creó la Junta Central de Higiene, que se ocupó de las enfermedades epidémicas, de saneamiento ambiental y, en particular, de lo relacionado con el control de los puertos dentro de las orientaciones de las Convenciones Sanitarias Internacionales y de las presiones del mercado internacional (Quevedo,1990), definiéndose por primera vez una estructura estatal encargada de los problemas de salud de la población “con el objeto de obtener los datos científicos necesarios para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública” (Ley 30 de 1886, art. 1).

En la constitución 1886 también se instituye la idea de una buena prestación del servicio de salud, ya que el artículo 44 indica que “las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo a la moralidad, seguridad y salubridad pública” (art. 44, 1886). Desde este momento se puede vislumbrar el interés del Estado por garantizar la protección de la salud.

La salud es un Derecho fundamental que también fue protegido por la Constitución Política de Colombia de 1991, en el cual el Estado debe garantizar a los Colombianos. En sus inicios era un derecho fundamental en conexidad con la vida, pero desde el 2015 con la promulgación de la ley Estatutaria 1751, se reguló como un Derecho Fundamental autónomo, cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, igualmente también se consagró como derecho fundamental a la salubridad pública como se puede observar en el artículo 366 “ El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.” Donde también se expresa de manera tácita que es un objetivo fundamental la salud.

La Corte Constitucional ha indicado que el Derecho a la salud y el principio de integridad deben aplicarse de manera conjunta en la prestación del servicio de salud, ya que cuando se deja olvidado un cuerpo extraño en la cavidad torácica abdominal de un paciente durante la intervención quirúrgica, se le ocasiona una alteración en su salud, por la inoperancia del sujeto que no le brinda una atención integral al paciente, causando mayores dolores y deterioros, afectado de esta manera su derecho constitucional a la salud.

Por ello, la Corte Constitucional en sentencia T -104 de 2010, se manifiesta frente al derecho a la salud y el principio de integridad, dejando claro que:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. (...) . Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada”. (M.P Palacio, 2010)

Ahora bien, cuando un instrumentador quirúrgico es integral y comprende el cuidado que se debe tener durante una intervención quirúrgica, evita cometer el error de dejar olvidado un cuerpo extraño dentro del paciente y de esta manera no somete a su paciente a daños futuros que afectan y deterioran su salud.

### 2.12.3 Marco normativo de la cirugía en Colombia

En Colombia, las cirugías no estaban reguladas por ninguna norma, sin embargo, los galenos la realizaban bajos los parámetros que ellos consideraban pertinente y basados en los conocimientos adquiridos durante su formación, y además no se evaluaba si los procedimientos funcionaban, recordemos que en la antigüedad los médicos eran considerados personas sabias y patriarcales que las decisiones que tomaban sobre un paciente eran las correctas,

En 1929 el congreso de Colombia promulgó el 22 de noviembre la Ley 35 de 1929, en el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina en Colombia, determinando que solamente podrán ejercer la profesión de médico y Cirujano, los que han obtenido el respectivo título de idoneidad de alguna de las facultades de medicina oficialmente reconocida o extranjeras que se encuentran en reconocida competencia por el Ministerio de Educación Nacional y aprobado por la Junta de Títulos Médicos y así mismo, decreto lo que se entiende por el ejercicio de la medicina en Colombia de la siguiente forma “diagnosticar e instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar intervenciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física; y se reputa como médico al individuo que ejerza profesionalmente cualquiera de tales actos, siempre que posea el título que acredite su idoneidad” ( art 2, Ley 35, 1929), como era de conocimiento en la gunas poblaciones no existían médicos graduados, por ello con esta ley se le permitió ejercer la medicina pero la Junta Central señalaría las reglas para que la pudiera ejercer, sin embargo no podían ejercer la cirugía.

Posteriormente, el Congreso emitió la Ley 67 de 1935, la cual solo constaba de 20 artículos, esta norma reglamentó la profesión de la medicina y la cirugía, manifestando quienes podrían ejercerla en Colombia y el termino del mismo, además estableció en su artículo primero el tipo de responsabilidad que se deriva por el ejerció de su profesión quedando así:

“Artículo 1: El ejercicio de la profesión de médico, abogado, ingeniero y sus semejantes, constituye una función social. Los profesionales serán responsables civil y penalmente, no sólo por sus actos sino. también por sus omisiones en el ejercicio profesional. (Ley 67, 35)

Subsiguientemente, se expidió el Decreto 2831 de 1954, el cual fue el primer código de Moral Médica en Colombia. Para la redacción de éste la Asociación Nacional de Médicos Católicos Colombianos AMEDIC, tomó como base el Código Internacional de Ética Médica, donde se expresó que la responsabilidad del médico es de carácter rigurosamente individual y en ningún caso el médico debe enajenar su independencia profesional, así mismo en el capítulo segundo se establecieron los deberes del médico para con los enfermos, además en el capítulo sexto se regularon las sanciones, donde se le otorgó el poder a las autoridades legales de la Federación Médica Colombiana de juzgar las actuaciones de los médicos que ejercían en el territorio Colombiano y las sanciones serán según la gravedad de la falta, el artículo 47 detalla el tipo de sanciones aplicables.

*Artículo 47. Las sanciones serán según la gravedad de la falta, y a juicio del Colegio Médico respectivo. a) Amonestación privada; b) Suspensión temporal o expulsión definitiva de la Federación Médica Colombiana; c) Gestión de la Federación Médica Colombiana, ante las autoridades competentes, para que se apliquen las sanciones legales; d) Suspensión temporal en el ejercicio profesional, y; e) Suspensión definitiva. Parágrafo. Las decisiones de los Colegas Médicos serán apelables ante la Directiva de la Federación Médica Colombiana. (Decreto 2831 de 1954)*

Seguidamente, se promulgó la Ley 14 de 1962, por la cual se dictaron normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía, resaltando que para todos los efectos legales, se entiende por

ejercicio de esta materia la aplicación de medios y conocimiento para el examen, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, así como para la rehabilitación de las deficiencias o defectos ya sean físicos, mentales o de otro orden que afecten a las personas o que se relacionen con su desarrollo y bienestar( artículo 1), también hace referencia al proceso sancionatorio por falta grave a la ética médica, de esta forma respaldaría o complementaria lo contemplado en el Decreto 2831 de 1954, esta nueva ley derogó tácitamente a la Ley 67 de 1935

Con el Decreto 3380 del 30 de noviembre de 1981, se buscó reglamentar la Ley 23 de 1981, el cual fue un proyecto de ley que busco dictar normas en materia de Ética Médica, basándose en unos principios esenciales para el ejercicio de la medicina, así mismo definió un juramento que deben hacer todos los galenos el cual deberán “*conocer y jurar cumplir con lealtad y honor*”, esta ley regulo la relación que surgirá entre el profesional médico- quirúrgico y el paciente, durante el ejercicio de la medicina ( van desde artículo3 hasta el artículo 26), entre médicos y las de éstos con las instituciones, la sociedad y el Estado, también, han establecido las garantías, tanto para el galeno como para sus pacientes, mediante las cuales se evitan equívocos y se demarcan las responsabilidades. a la vez que se clarifican conceptos correspondientes con la historia clínica, el secreto profesional, la responsabilidad médica, entre otros. Por último, se da la creación de los Tribunales de Ética Médica que serán los encargados de conocer los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la Medicina y el establecimiento de un régimen disciplinario en Colombia.

Por su parte el Art.15 de la Ley 23 de 1981 establece que " El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médico y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en los que él lo no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales

consecuencias anticipadamente." Así mismo el Art.9 del Decreto 3380 de 1981, define como riesgos injustificados a "aquellos que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas" del paciente. Dentro de estos riesgos injustificados que define el Decreto anteriormente mencionado se pueden encajar los oblitos o textiloma, ya que son cuerpos extraños olvidados por el médico quirúrgico u/ o instrumentista quirúrgico causando daños que no corresponde a las condiciones clínico-patológicas del paciente tratado.

Por otra parte, el art.16 de la misma Ley define que "La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados". Si bien es cierto en el campo de la cirugía existen riesgos inherentes, deben tenerse en cuenta los oblitos como un riesgo previsto aunque no sean inherente, es decir así como se le da una información al paciente y los familiares de los riesgos que se dan con ocasión un tratamiento o a un procedimiento quirúrgico, así mismo deben advertir sobre los riesgos previsible y los imprevisible que pueden darse durante un procedimiento quirúrgico, ya que se pueden presentar situaciones que causen graves daños a los pacientes como consecuencia de un riesgo previsible como lo sería dejar un cuerpo extraño olvidado, con o sin intencionalidad. Teniendo en cuenta lo precitado, los 10, 11, 12 Y 13 del Decreto reglamentario 3380 de 1981 conciertan con el artículo 16 de la Ley 23 del 1981.

#### **2.12.4** Normatividad jurídica del instrumentador

En Colombia existen normas que regulan la medicina y la cirugía, las cuales fueron descritas en los párrafos anteriores, sin embargo en estas no se hace referencia a la instrumentación quirúrgica, por tanto, vamos a entrar a detallar las normas que regulan esta materia. Ya que los

instrumentistas también tienen una relación directa con los pacientes que se someten algún procedimiento quirúrgico por tal razón adquieren un grado de responsabilidad.

La primera norma que surgió, fue la Ley 6 de 1982 del 14 de enero del año en mención, mediante la cual se reglamentó la profesión de Instrumentación Técnico-Quirúrgica, donde se manifiesta, que para los efectos legales de esta profesión se entiende la planeación, dirección, ejecución, supervisión, coordinación y evolución de las actividades que competen a la instrumentadora del equipo médico-quirúrgico, que se realiza dentro del quirófano y fuera de él (artículo 1), así mismo esta norma establece que la profesión en mención es de función social y de su cumplimiento serán responsables las tecnólogas que la ejerzan.

Por otro lado, la Ley establecen en su artículo 10 que *“Los cargos de supervisión, coordinación, organización, el manejo de centrales de esterilización, el manejo de máquinas de perfusión y de los materiales en los quirófanos de las Instituciones oficiales, semioficiales y privadas, serán desempeñados por tecnólogos en instrumentación o por médicos”* (Ley 6 1982). Este artículo deja en claro que los instrumentistas tienen un grado de responsabilidad frente al desempeño de sus funciones dentro de una sala de cirugía, es decir que cualquier cuerpo extraño que se deje olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica, será responsabilidad del instrumentador ya que él debe supervisar, coordinar y organizar todos los elementos, materiales y equipos médico-quirúrgico que se van a utilizar durante un procedimiento.

Así mismo, con la Ley 6 de 1982, se creó el Consejo Nacional de Instrumentación, el cual esta integrado por: a) El Ministro de Salud o su delegado; b) El Jefe de la División Tecnológica del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) o su delegado; c) Un representante de las asociaciones de Instrumentación Técnico-Quirúrgica, que existan en el



momento de la promulgación de la presente Ley; d) Un representante por las escuelas de Instrumentación, aprobadas por el Gobierno Nacional. (art.12). La función que tiene el Consejo Nacional de Instrumentación, es la de colaborar con la vigilancia en el ejercicio ético de la Instrumentación Técnico-Quirúrgica y la Planificación de la formación y utilización de la Instrumentación Técnico-Quirúrgica como recurso humano en salud.

Luego surgió la Ley 784 del 23 de diciembre de 2002, por medio de la cual se reforma la Ley 6a. del 14 de enero de 1982 y reglamenta el ejercicio de la Instrumentación Quirúrgica Profesional, determina su naturaleza, propósitos y campos de aplicación, desarrolla los principios que la rigen y se señalan los entes de dirección, organización, acreditación y control de dicho ejercicio (art 1, ley 784, 2002). El primer cambio que se puede denotar en esta reforma, es el cambio en el nivel de educación de técnico a profesional, ya que en la Ley 6a era Instrumentación Tecnico-Quirurgica y ahora es Instrumentación Quirúrgica Profesional. Esta norma también determina las funciones que tendrá a cargo el instrumentista durante el desarrollo de su ejercicio: la coordinación de la sala de cirugía, el manejo de centrales de esterilización y los equipos de alta tecnología.

Asimismo esta norma estableció que aquellas intuiciones que estén desarrollando los programas técnicos o tecnológicos en instrumentación quirúrgica deberán realizar convenios con universidades, para que garanticen a los estudiantes una formación profesional, además se determinó que toda persona que obtenga el título a partir de la promulgación de esta ley, deberá cumplir con un servicio social de carácter obligatoria, del mismo modo el instrumentista deberá registrar su título ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital de donde se encuentre para que este pueda tener validez.

Por tanto, las entidades hospitalarias ya sean públicas o privadas, que contraten a un instrumentador quirúrgico, deberán verificara que este cumpla con los requisitos establecidos en la presente ley, en caso que no lo cumpla, tendrán un plazo de tres (3) años a partir de la promulgación de la Ley 784 del 2002. También deberán realizar los curos de actualización que se requieran.

La Circular Conjunta 000076 del 21 de noviembre de 2005, emanada del Ministerio de Protección Social y el Departamento Administrativo de la Función Pública. “*Aplicación ley 784 de 2002 - Instrumentador Quirúrgico Profesional*”, en uno de sus apartes manifiesta:

*“Con fundamento en las anteriores disposiciones legales y en la jurisprudencia señalada, se precisa que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado de naturaleza pública de orden nacional y territorial podrán modificar su planta de personal de acuerdo con las necesidades del servicio, los requerimientos de habilitación del servicio según el nivel de atención y su sostenibilidad financiera a efectos de contar con empleos de Profesional Universitario Área Salud Código 237 y vincular en ellos los egresados del programa en Instrumentación Quirúrgica Profesional.”*

## CAPITULO III METODOLOGIA DE LA PROPUESTA

### 3.1. Paradigma de la Investigación

De acuerdo con González (2001), el paradigma interpretativo busca explicar la realidad desde la subjetividad de los diversos actores sociales, esto implica comprender las normas sociales que están inmersa en las realidades de los actores y explicar el sentido que tiene para ellos las acciones que emprenden. Por ello, el enfoque socio-jurídico a desarrollar en esta investigación, tiene la intención de analizar la forma en que el equipo médico quirúrgico y la norma interpretan la responsabilidad individual, colectiva y de equipo, frente a los oblitos quirúrgicos, además de los factores de riesgos que los rodean, ahondando en estudios e investigaciones realizadas, interpretaciones y significados de las mismas.

Se escogió el método cualitativo porque se evalúa la realidad desde la praxis en cuanto al tema que está en estudio, a través de aplicación y análisis de los hechos observables e interpretaciones de información documental recolectada. También se analizar las funciones del personal que pertenece a la sala de cirugía, ellos son: médicos cirujanos, anesesiólogo, instrumentadores quirúrgicos, enfermeras circulantes.

Como instrumentos de recolección de datos, se utilizará la revisión documental e histórica de la responsabilidad médica y como opera en los casos de los cuerpos extraños olvidados dentro de la humanidad del paciente, así mismo se analizará la jurisprudencia observando los parámetros que se tiene en cuenta para determinar la responsabilidad medica individual frete al tema tratado utilizando la doctrina para apoyar los conceptos y teorías.

Bajo aquel contexto, es importante manifestar que lo pretendido en la investigación es concientizar a los profesionales del derecho que se encargan de evaluar el daño y la culpa y su nexo causal, sobre la importancia de analizar objetivamente la responsabilidad individual.

La investigación en el derecho se desenvuelve en dos sentidos diferentes: el primero, los problemas se plantean al interior del derecho (investigación jurídica o pura) (...) y las soluciones deben ser trabajadas dentro de las fuentes formales del derecho. (...) en el segundo sentido, los problemas se plantean por fuera del ordenamiento jurídico (investigación socio- jurídica o aplicada); se parte del supuesto del carácter normativo del derecho, como instrumento para producir efectos dentro de la realidad social. (M, Bernal y D, García, 2003, p.24).

### **3.2. Metodología Tipo Analítico**

Esta investigación se realizará bajo el aspecto de un estudio documental y Hermenéutico permitiendo analizar la jurisprudencia en los casos de responsabilidad individual y colectiva de los oblitos quirúrgicos o textilomas causados a paciente de Latinoamérica a través de análisis de datos y documentos en el que se incluirán participantes que han experimentado daños a causa de los cuerpos extraños olvidados por los profesionales de la salud, tomando como fuentes primarias las leyes, jurisprudencia, y las fuentes secundarias: libros, artículos de revistas e internet.

El tipo que se adecua a la investigación desde el punto de vista cualitativo es el analítico; ya que lo que se pretende analizar es cómo el estado desarrolla los regímenes de responsabilidad individual y colectiva, objetiva o subjetiva en el textiloma, además se pretende analizar jurídicamente a partir de un caso concreto cómo y dónde se estudia la responsabilidad en los casos de oblito quirúrgico, como quiera que el mismo constituye una realidad latente en las

entidades que prestan el servicio de salud y que generan una gran cantidad de demandas contra éstas y el Estado.

La investigación analítica, trata de entender las situaciones en términos de las relaciones de sus componentes. Intenta descubrir los elementos que componen cada totalidad y las interconexiones que den cuenta de su integración (Bunge, 1981). Para Hurtado, (2010) “Implica la reinterpretación de lo analizado en función de algunos criterios, dependiendo de los objetivos del análisis”.

## CONCLUSIONES

El oblito quirúrgico, en la actualidad representa un problema médico- legal, generando infinidad de complicaciones y en algunos casos la muerte si no es detectado a tiempo y atendido con oportunidad. Es por ello, la gran importancia de conocer los factores de riesgos que incrementan el olvido de cuerpos extraños en la cavidad de los pacientes y las medidas necesarias de prevención, mediante la vigilancia y supervisión constante en la cirugía del material y los instrumentos utilizados durante el acto quirúrgico. Nadie, en la sala de cirugía está exento de cometer errores; sin embargo, el oblito quirúrgico se puede dar en cualquier momento con consecuencias graves médico- legales.

Para nadie es un secreto, que la responsabilidad en estos casos siempre es atribuida al galeno; no obstante, los otros integrantes de la sala adquieren una responsabilidad importante de acuerdo a sus funciones. Es el caso de la instrumentadora, que siendo la responsable de vigilar y adoptar las medidas de prevención en cuanto al manejo de todo aquello que entra en la humanidad del paciente, no se le atribuye el grado de responsabilidad que le corresponde.

Es evidente, que el error principal no es del médico cirujano; sin embargo, la responsabilidad recae sobre él por ser la cabeza o el líder de la sala. No es cierto, que la responsabilidad es solo del médico, por eso no puede ser individual a, sino por el contrario atribuirle a cada uno de los integrantes la responsabilidad que le corresponde a cada uno.

Entre las funciones de la instrumentación quirúrgica, se encuentra el manejo del instrumental, suturas, elementos y materiales de uso quirúrgico y como tal el conteo y recuento de los mismos y su responsabilidad es velar porque lo que entre a la cavidad del paciente sea coherente con lo que se contó antes del procedimiento, además, elaborar, publicar y consignar en la historia clínica junto con la enfermera circulante, el recuento del material médico-quirúrgico

utilizado en cada procedimiento. Así las cosas, sería este profesional el responsable del oblito quirúrgico si se tratara de buscar el culpable del daño causado, pero en la realidad es atribuido solo al galeno.

Aproximadamente el 90% de los cuerpos extraños olvidados corresponden a compresas, gasas, siendo menos frecuentes los objetos metálicos como tijeras, agujas o pinzas; respecto a esto, es inevitable que en la práctica del instrumentador quirúrgico ocurran hechos como olvido de material quirúrgico desligando graves consecuencia encaminadas a evaluar la responsabilidad del instrumentador quirúrgico como miembro de la sala de cirugía, ya que su función es y prevenir la presencia de un cuerpo extraño; se reitera que la manera más eficaz y eficiente, es con un adecuado conteo y recuento del material utilizado en el quirófano.

Claramente, se puede percibir que, aunque el recuento es la medida más adecuada para la prevención del oblito quirúrgico y cuya función es propia del instrumentador 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, pero frente a esto existe una interinidad en el manejo de los métodos que den obligatorio cumplimiento de los protocolos de cada institución de salud.

Siendo así las cosas, es importante que el equipo quirúrgico tenga claro la responsabilidad frente al oblito quirúrgico y al diligenciamiento adecuado del recuento de materiales en el periodo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

El nivel de responsabilidad del instrumentador quirúrgico 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.

Aunque el Galeno es la cabeza principal de la sala, es importante tener en cuenta que cada uno de los profesionales que integran la sala de cirugía desempeñan unas funciones que generan responsabilidades propias y como tal generan sanciones individuales. Si bien es cierto, existen responsabilidades individuales, colectivas y por trabajo en equipo, en nuestro ordenamiento jurídico; también es cierto que a la hora de atribuir las lo hacen directamente al galeno.

El artículo de Aguirre concluye que debería ser 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, mientras que si el conteo por la instrumentista fue completo y hubo olvido de gasa o compresa la responsabilidad debería recaer en la instrumentista



### RECOMENDACIONES

Durante un procedimiento quirúrgico, aunque son muchos los que participan en la cirugía, el responsable de cualquier daño ocasionado por error al paciente siempre será del médico cirujano, así lo han establecido legalmente la teoría del “jefe del barco”. Ahora bien, hay casos particulares en que el galeno no es el responsable de dicho error; no obstante, este debe responder jurídicamente para resarcirle el daño al paciente.

En los casos de cuerpos extraños olvidados por error dentro del cuerpo de un paciente, se puede considerar la responsabilidad atribuida al profesional instrumentista, ya que éste es el encargado del manejo y conteo del material, equipo e instrumentos que se utilizan durante un procedimiento quirúrgico. Jurisprudencia se ha cuestionado esta posición, pero finalmente regresan a la postura inicial de imputar la responsabilidad al jefe de la sala. Dicho lo anterior se debería tener en cuenta que en tema de responsabilidad médica, se han realizado estudios e investigaciones donde se demuestra que este profesional no siempre asume ningún tipo de responsabilidad legal frente al tema tratado.

#### Tabla 4.

*Sentencias donde se analizó la responsabilidad individual y la de Equipo*

# de sentencia	Se analizó la responsabilidad del médico cirujano	Se analizó la responsabilidad del equipo quirúrgico
Exp. 7221 Consejo de Estado, Sección Tercera, 3 de septiembre 1992	Si	No
Exp. 14415 C.S.J, Sala de Casación civil, MP Jaime Arrubla de 18 de mayo 2005	Si	Si
Radicación número: 52001-23-31-000-1995-07008-01(18348), Consejo de Estado, S.C. A,	Si	No

Sección Tercera, C. P Gladys Agudelo de 23 de junio 2010		
Ref.: 76001-3103-002-1999-01502-0 C.S.J, Sala de Casación civil, MP Arturo Solarte de 30 de noviembre 2011	Si	No
Radicado:63-001-31-03-002-2007-00040-0, Sala Civil Familia, MP Marcos Ramirez Luna de 10 de junio de 2012	Si	Si

.Fuente: Elaboración propia

Por la complejidad que implica realizar una cirugía, es de vital importancia que existan unos protocolos para estos procedimientos y para los profesionales implicados en las mismas, con el propósito que no se presenten incidentes que puedan afectar la salud y la vida de quien se somete una cirugía, por ello se presentó el protocolo que se debe seguir cuando un paciente va a ser sometido a una cirugía. Estos protocolos que se debe implementar en todas las instituciones de salud donde se realicen procedimientos quirúrgicos, ya que fueron diseñados y presentados por la Organización Mundial de la Salud, para garantizar la seguridad del paciente y cada institución debe ajustarla a sus necesidades.

Así mismo, se debe apreciar y considerar el protocolo que debe seguir el instrumentador, antes, durante y después de una intervención quirúrgica, cuando este profesional sigue las instrucciones establecidas en dicho protocolo, previene y evita que se deje por error un elemento extraño dentro de la humanidad del paciente.

Para asegurarse de que inadvertidamente no se deje material quirúrgico dentro del paciente, deberán ser contados antes y después de la cirugía. la instrumentista y enfermera contarán por separado, cada una desde su posición, es decir, aquella como profesional estéril y esta como personal no estéril manualmente, una por una, a viva voz, verificando entre ellas sus cuentas. El conteo deberá realizarse también después del cierre. Ahora por sus conocimiento

teóricos y prácticos el instrumentista prevé, planifica y cubre las necesidades de los demás miembros del equipo y por ende debe anticiparse a las posibles complicaciones durante un procedimiento.

Las instituciones de salud que cuente con sala de cirugía, deben tener los protocolos implementados, y si es necesario capacitar al grupo médico quirúrgico de forma periódica, para garantizar la adecuada ejecución de dichos protocolos para que estos errores se presenten y de ser así, se den en menor proporción; así mismo, se deben reforzar los lazos laborales entre el equipo ya que, en muchas circunstancias, no se trabaja de manera conjunta y coordinada, generando consecuencia medico legales.

Otra recomendación que es de gran importancia, es evitar sobrecargar laboralmente al equipo quirúrgico, ya que este es otro factor de riesgo que influye en la presencia de los oblitos o textilias, en tanto, un equipo agotado física y mentalmente no trabaja al ciento por ciento.

Se debe evitar en lo posible, realizar cambios del personal instrumentistas o enfermera circulante durante una intervención, debido a que puede afectar el conteo de los instrumentos, gasas o compresas manipulados. En cuanto estos últimos se ha propuesto que solamente sea utilizado material quirúrgico que tenga marcadores radio-opacos, hecho que no se cumple en todas las instituciones

En la actualidad se han desarrollado nuevos sistemas, que ayudan a la detención de material quirúrgico, uno de ellos es, Electronic Article Surveillance (EAS) diseñado y estudiado por Fabian (2005) el cual consiste en etiquetar los artículos colocados en la heridas con marcadores capaces de detectarse electrónicamente rápidamente, también hay un sistema de código de barras, el cual ayuda a realizar un conteo exacto y podrán denotar con facilidad si falto

un objeto y como se ha mencionado en los párrafos anteriores, el protocolo el cual es de mucha utilidad si es utilizado de forma correcta.

Estos eventos adversos deben ser reportados con frecuencias, ya que, a nivel nacional e internacional, solo se conocen cuando llegan a instancias judiciales ya que este tipo de errores traen consigo responsabilidades medico legales.

### ANEXOS

Estas recomendaciones son adaptadas de las medidas propuestas por Perrier y Berro, para la prevención de los textilomas y que involucran el actuar de los diferentes integrantes del equipo quirúrgico y de las salas de operaciones.

<b>El instrumentista</b>	<b>El cirujano</b>	<b>El enfermero circulante de sala de operaciones</b>
a) Contar cuidadosamente todo el material que coloca en la mesa de instrumental para la operación, especialmente los textiles que se van a utilizar, durante la apertura de los paquetes de gasas y compresas al inicio de la cirugía y cada vez que recibe un nuevo paquete. b) Mantener un número constante y conocido por paquete, que en general es de 4 compresas y 10 gasas, pero que puede variar para cada institución. c) Desechar las gasas y compresas sobrantes, al igual que los paquetes incompletos. d) Mantener una mesa de instrumentos prolija durante toda la intervención para facilitar los recuentos y evitar las pérdidas de material.	a) Mantener el campo operatorio lo más prolijo posible, de acuerdo con las circunstancias. b) Minimizar el uso de gasas y compresas sueltas en el campo operatorio. c) Utilizar los textiles de mayor tamaño posible y referidos con pinzas, si se requiere dejar transitoriamente el material en la zona operatoria, ya sea para separar o proteger o para realizar la hemostasia por compresión. d) Informar inmediatamente al resto del equipo quirúrgico cuando deje materiales en la zona operatoria, indicando dónde deja el material y cuántas unidades usa. Eso facilitará la atención de todos, facilitará su extracción y si	a) Entregar las gasas y compresas al instrumentista y asegurarse que sean contadas y que el conteo sea correcto. b) Anotar en un lugar visible y adecuado todo el material que entregó y su cuenta. c) Controlar todo el material utilizado por el anestesiólogo y otros integrantes del equipo quirúrgico para evitar que se confunda o mezcle con los textiles de la mesa del instrumentista y asegurarse que una vez usado, vaya al lugar asignado para el recuento final del material utilizado en la operación. d) Disponer de un lugar adecuado para la recolección del material utilizado que se va descartando. e) Extender cada textil uno por uno para evitar que los

<p>e) Realizar recuentos intermedios durante la intervención, sobre todo si ésta es larga o se usan muchos textiles, en la medida que la situación quirúrgica y general del paciente lo permitan. El cirujano debe ser consciente de la importancia de estos recuentos y no molestarse por las interrupciones que puedan determinar, en la medida que buscan un beneficio para todos.</p> <p>f) Llevar conteos independientes de las gasas y compresas que los cirujanos le dicen van dejando dentro del campo operatorio, y que le debe ser devuelto.</p> <p>g) Proceder al recuento de todo el material antes del cierre del campo quirúrgico.</p> <p>h) Repetir el conteo final por lo menos una vez.</p> <p>i) Informar al cirujano el resultado del conteo.</p> <p>j) Realizar un recuento final de todo el material y del instrumental, una vez terminada</p>	<p>fuere necesario su búsqueda en caso de faltantes al finalizar.</p> <p>e) Avisar al equipo quirúrgico cuando retira ese material que había dejado, diciendo qué tipo es y cuántas unidades retira, para mantener el conteo controlado de los mismos.</p> <p>f) Esperar a que el instrumentista le comunique el resultado y número de conteos realizados antes de proceder a cerrar el campo operatorio.</p> <p>g) Tener en cuenta lo que le informa al instrumentista y si es necesario proceder a la búsqueda del material faltante, aunque “le parezca estar seguro” de que no haya nada dentro del paciente.</p> <p>h) Documentar siempre el resultado del conteo final en el dictado de operación y en la nota posquirúrgica, aunque éste haya sido correcto y especialmente si no lo fue. Si la cuenta fue incompleta, debe señalarlo explícitamente, indicando además todas las maniobras realizadas para la búsqueda del material faltante y los resultados de las mismas.</p> <p>j) Evitar exponer al paciente a nuevos riesgos durante la búsqueda del material faltante, teniendo en cuenta su situación clínica en ese momento, de acuerdo a la valoración del anestesiólogo.</p>	<p>mismos queden adheridos y mezclados entre sí y agruparlos en pilas de unidades constantes y conocidas (por ejemplo 10 unidades) para facilitar sus conteos.</p> <p>f) Retirar rápidamente todo material o instrumental que accidentalmente caiga al piso, evitando que se “pierda” o se pegue a los zapatos de los integrantes del equipo o de otras personas o equipos o instrumentos que salgan de la sala donde se está operando.</p> <p>g) Realizar cuidadosamente todos los conteos que le soliciten el instrumentista y comunicarle los resultados de los mismos para que los coteje con el material que tiene en la mesa de instrumental.</p>
---	--	---

Tabla 5. Recomendaciones para prevenir los oblitos quirúrgicos. Elaboración propia

### Referencias

- Ackerknecht, E., Haushofer, L. (2016). A short history of medicine. JHU Press (una breve historia sobre la medicina). Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr&id=Mc3PCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Ackerknecht,+E.+H.,+%26+Haushofer,+L.+\(2016\).+A+short+history+of+medicine.+JHU+Press&ots=R0yqjiDkOv&sig=Il7fOEs0k6UOXzyByQHv5k-llW0&pli=1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr&id=Mc3PCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Ackerknecht,+E.+H.,+%26+Haushofer,+L.+(2016).+A+short+history+of+medicine.+JHU+Press&ots=R0yqjiDkOv&sig=Il7fOEs0k6UOXzyByQHv5k-llW0&pli=1#v=onepage&q&f=false)
- Aguilar Olas, José de, Tratado de la responsabilidad civil, trad. de Juan Agustín Moyano e Ignacio Moyano, Puebla, editorial José M. Céljica, k, 1957, p. 9-12
- Aguirre, J., Chávez, G., Huitrón, G. (2004); Textilomas intra-abdominales. Frecuencia y actitudes en el cirujano mexicano. Cirujano General. págs. 26: 203-7. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3621439>
- Balcázar, L., Gordillo, E., Ramírez, Y. (2015), Oclusión intestinal secundaria a oblitio quirúrgico, México. Cirugía y Cirujanos (English Edition), Volume 84, Issue 6, November–December 2016, Pages 503-508. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.06.035>
- Basozabal, B., Durán, M. (2003) Manual de enfermería quirúrgica [https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual\\_de\\_enfermeria\\_quirurgica.pdf](https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/HGaldakaomanual_de_enfermeria_quirurgica.pdf)
- Besio, M. (2003) Sobre El Acto Médico. Cuadernos de Bioética 2003/1: Centro de Bioética. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/25.pdf>

Bernal, B., y García, D. (2003). Metodología de la investigación jurídica y socio- jurídica. Editorial Fundación Universitaria de Boyacá, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Programa de Derecho y Ciencias Políticas, Uniboyacá

Berro, G. (2007). Oblito, ¿responsabilidad colectiva o? Aspectos médico-legales

<http://derechoymedicina.webcindario.com/documentos/oblito2007rovira.pdf>

Bhaskar, R. (2013). A realist theory of science. Routledge

Begora B. y Duran M. Manual de Enfermería Quirúrgica, Hospital de Galdakao. fecha de acceso 29 10 2011

[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhgal04/es/contenidos/informacion/hgal\\_guias\\_manuales/es\\_hgal/adjuntos/manual\\_de\\_enfermeria\\_quirurgica.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkhgal04/es/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf)

Besalu, A. (1998) "Responsabilidad civil: tendencias actuales". Boletín Mexicano de derecho comparado, México. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas. nueva serie, año XXI, núm. 91. enero-abril de 1998. p, 54

Borja, M. (1991) Teoría general de las obligaciones. 12a. ed., México.

<https://es.scribd.com/doc/235763413/Borja-Soriano-Manuel-Teoria-General-de-Las-Obligaciones>

Borráez, O, Borráez, B., Orozco, M., Matzalik, G. (2009) Cuerpos extraños en abdomen: presentación de casos y revisión bibliográfica

[Cuerpos 114-122.pmd \(scielo.org.co\)](http://scielo.org.co/Cuerpos_114-122.pmd)

Bowen, T. E., & Bellamy, R. F. (1988). Emergency war surgery. US Department of Defense. (cirugía de guerra de emergencia, departamento de Defensa de los Estados Unidos)

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tSh7ZR02NMkC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Bowen,+T.+E.,+%26+Bellamy,+R.+F.+\(1988\).+Emergency+war+surgery.+US+Department+of+Defense.&ots=x1IHiat8a6&sig=1VQ\\_5QhdFxaA0i1HtgT0QtUu3Ms#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tSh7ZR02NMkC&oi=fnd&pg=PR4&dq=Bowen,+T.+E.,+%26+Bellamy,+R.+F.+(1988).+Emergency+war+surgery.+US+Department+of+Defense.&ots=x1IHiat8a6&sig=1VQ_5QhdFxaA0i1HtgT0QtUu3Ms#v=onepage&q&f=false)

Bueres, A, (1979). Responsabilidad Civil de los Médicos, 1ª edición, Buenos aires, Editorial Abaco cit., p.

Bunge, M. (1981). La ciencia. Su método y su filosofía.

[https://users.dcc.uchile.cl/~cguiterr/cursos/INV/bunge\\_ciencia.pdf](https://users.dcc.uchile.cl/~cguiterr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf)

Burrage, M., & Torstendahl, R. (1990). Professions in theory and history: Rethinking the study of the professions. New York, United States: Sage Pubns.

<http://dx.doi.org/10.2307/591224>

Campos, E., Hernández, L., Revuelta, A., Victoria, R., Villa, A. (2008) Morbilidades derivada del olvido de gases en actos quirúrgicos, Revista CONAMED, Vol. 13, Suplemento 1, 2008

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3621439>

Castaño de Restrepo, M P (2008) Derecho Médico –Sanitario (I) actualidad, tendencia y retos. Bogotá:

Editorial Universidad del Rosario

<https://books.google.co.ve/books?id=31Z5WDZLmFAC&printsec=copyright&hl=es&pli=1#v=onepage&q&f=false>

Chang Th, lo cp, hsu cc, (2003) Gossypiboma of the leg: MR imaging characteristics. A case report. Korean J Radiol. 4:191-3.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v24n2/v24n2a7.pdf>



- Chinelli, J., Olivera, E., Rodríguez, G. (2017). Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención, REVISTA de Anfamed vol.4 no.2,  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542017000200021](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000200021)
- Cordobera, G. (1993) Los daños colectivos y la reparación. Buenos Aires. Editorial Universidad. 1993, pp 17 Y 18.
- Coupland, R. M. (1994). Epidemiological approach to surgical management of the casualties of war. BMJ, 308(6945), 1693–1697. (Enfoque epidemiológico del tratamiento quirúrgico de las víctimas de guerra) <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6945.1693>
- De Angel, R. (1993). Tratado de responsabilidad civil. Tercera edición. Universidad de Deusto-Civitas. Madrid. Pag 13
- De la Rada, J. (1857). Elementos de Derecho Romano. Imprenta de Repulles. Madrid. Tomo II. p. 175-176.
- Delsalto, E., Muñoz, M. (2018). Responsabilidad Del Equipo Médico Quirúrgico Frente Al Oblito A Partir De La Constitución Colombiana De 1991.Universidad Santiago De Cali.  
<http://www.aciteq.org/9-noticias/9-articulo-3.html>
- Danermark, B., Ekstrom, M. & Jakobsen, L. (2005). Explaining society: an introduction to critical realism in the social sciences. London, England: Routledge
- Devitt, M. (1997). Realism and truth. Princeton, United States: Princeton University Press

Díaz, J., Tantaleán, E., Balmaceda, T., Honorio, C., Barandiarán, M., Vilela, E., & Yan, E. (2001).

Cuerpo extraño en abdomen: a propósito de un caso. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 21(3), 229-233.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292001000300007&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292001000300007&lng=es&tlng=en).

Fabian C. E. (2005). Electronic tagging of surgical sponges to prevent their accidental retention. *Surgery*, 137(3), 298–301.

<https://doi.org/10.1016/j.surg.2004.10.003>

Fuller, J. (2012). Instrumentación quirúrgica: principios y práctica, 5a. Edición. Editorial Medica Panamericana.

Goodwing, GA (1994). Ultrasonography of foreign bodies. *West J Med*. 1994;160:455.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v24n2/v24n2a7.pdf>

González, J. (2001). El paradigma interpretativo en la investigación social y educativa: nuevas respuestas para viejos interrogantes. *Cuestiones pedagógicas*, 15, 227-246.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/440/44057415025/44057415025.pdf>

Gualtero, S., & Bolaños, L. (2011). Protocolo de Comportamiento en Salas de Cirugía y Profilaxis Quirúrgica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (H.U.H.M.P), Pag.3-8

[www.huhmp.gov.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=quVRjRfob30%3D&tabid=342&mid=814&language=es-CO](http://www.huhmp.gov.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=quVRjRfob30%3D&tabid=342&mid=814&language=es-CO)

Hamlin, L., Richardson, M., & Davies, M. (2009). Enfermería perioperatoria. Texto introductorio.

Ed. El Manual Moderno S. A. de C. V

Hurtado, J. (2010). Metodología de Investigación Revisado.

<https://es.scribd.com/doc/312670255/J-Hurtado-de-Barrera-Metodologia-de-Investigacion-Revisado>

Harvey, S. (1942). The History and Evolution of Surgical Instruments. In *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 15(1), 133.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2601149/>

Hee, R. (2014). Surgery during World War I: a great breakthrough of techniques. In *Acta Chirurgica Belgica*, 114(4), 292-298.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00015458.2014.11681030>

Hull, A. J. (1916). *Surgery in war*. London, England: J & A. Churchill.

Kant, I. (1988). *Lecciones de Ética*. Editorial Critica. Barcelona. Pag. 255

[https://issuu.com/adeprin/docs/lecciones\\_de\\_etica\\_-\\_kant](https://issuu.com/adeprin/docs/lecciones_de_etica_-_kant)

Kirkup, J. R. (1981). The history and evolution of surgical instruments. I. Introduction. In *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 63(4), 279.

[https://www.researchgate.net/publication/19649755\\_The\\_history\\_and\\_evolution\\_of\\_surgical\\_instruments\\_V\\_needles\\_and\\_their\\_penetrating\\_derivatives](https://www.researchgate.net/publication/19649755_The_history_and_evolution_of_surgical_instruments_V_needles_and_their_penetrating_derivatives)

Jagmohan, P., Malik A, (2002) Gossypiboma: US and CT appearance. *Ind J Radiol Imag*. 12:503-4.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v24n2/v24n2a7.pdf>

Jebbin, J., & Adotey, N. (2006) Gossypiboma: un informe de 2 casos. *Revista nigeriana de medicina : revista de la Asociación Nacional de Médicos Residentes de Nigeria*, 15(1), 87–88.

<https://doi.org/10.4314/njm.v15i1.37126>

Lamy, R., Amicucci, R., Tripolini, D., Cohen, R. (2011). Oblito Intrapericardico: un hallazgo de autopsia. *Revista argentina de cirugía*, 101, 46-47.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2250-639X2011000200004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2011000200004)

Leriche, R. (1951). *Filosofía de la cirugía*, editorial Colenda, Madrid.

<http://gbmoim.org/wp-content/uploads/2017/01/FILOSOFIA-DE-LA-CIRUGIA-Rene-LERICHE-1%C2%AA-Parte.pdf>

López, M., & Trigo, F. (2005). *Tratado de la responsabilidad civil. El derecho de daños en la actualidad: teoría y práctica. Tomo I. 1ª Edición, 1ª Reimpresión 2005*, Buenos Aires, Argentina. Pág. 2

Lupi, J., Divito, J., Poggi, C. (2003). Oblitos quirúrgicos. Aspectos médico legales y éticos. *Reseña jurisprudencial. Cuadernos de Medicina Forense*. 2003; 2: 43-58.

Mahajan RP.(2011) The who surgical checklist. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 25:161–8.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689611000097>

Martínez, G. (1993). *La Responsabilidad Civil Extracontractual en Colombia*. 7ª edición. Biblioteca jurídica Dike

Martínez, G. (1998). *La Responsabilidad Civil Extracontractual*. 10ª edición. Editorial temis S.A.  
pag 14

Masciotra, R. (1941). Cuerpo extraño en vejiga. *Bol Trab Soc Cir Buenos Aires*. p.476.

Medina, D., Pons, M., Coba, M., Tigsilema, M., Pastuña, R. (2015). *Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica*

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4822/1/PROCEDIMIENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20AREA%20QUIRURGICA.pdf>

Meade, R. (1968). An introduction to the history of general surgery. Alberta, Canada: Saunders

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bjs.1800560823>

Navarro, S., Mansilla, G. (2016). La importancia del instrumentador quirúrgico en la prevención de oblitos, Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, vol 2, No 8, pág. 19-29

<http://portalderevistas.unsa.edu.ar/ojs/index.php/RCSA/article/view/919/889>

Neira, J. (2000), Historia y perfil profesional de la instrumentación quirúrgica. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*, 9(1), 31-33.

<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v9.n1.2000.228>

Nightingale, F. (1916). Florence Nightingale and the War. In *The Hospital*, 59(1550), 487-488.

Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA para la práctica de la anestesiología. Diario Oficial. Lunes 10 de enero del 2000:35- 47.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cmas061u.pdf>

NUÑEZ, E. (1998). Clínica quirúrgica de los cuerpos extraños en el abdomen: Oblito quirúrgico abdominal. *Revista Medica Herediana*, 9(2), 77-80. R

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X1998000200006&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1998000200006&lng=es&tlng=es)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55<sup>a</sup>

Asamblea Médica Mundial, 5-12-2001.

[https://www.apps.who.int/gb/ebwaha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](https://www.apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf)

Palmer, R., Colton, J., & Kramer, L. (1995). A history of the modern world (Vol. 2). New York, United States: JSTOR

<http://cep.unep.org/download/1010288-file.pdf>

Pelluchon, C. (2013). LA AUTONOMÍA QUEBRADA Bioética y filosofía. Revista Colombiana de Bioética, 6, 2 <https://es.scribd.com/document/376127150/La-Autonomia-Quebrada-Corine-Pelluchon>

Peirano, J. (1981). Responsabilidad extracontractual. 3ª ed. Bogotá, Ed. Temis. P.401

Perrier, PJ., Berro, G. (). El olvido. Aspectos quirúrgicos y médico-legales.

[www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/oblito\\_trabajo\\_conferencia.pdf](http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/oblito_trabajo_conferencia.pdf).

Quevedo, E. (1990) **La Salud en Colombia** Análisis Sociohistórico (Documento que hace parte del Estudio Sectorial realizado entre 1988 y 1989, como parte del Proyecto de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, y publicado por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación en 1990).

<http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/informe.htm>

Tole, H. (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., & Cadavid, N. (2018). Instrumentador quirúrgico: Iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*, 27(2).

<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n2.2018.185>

Tolino, M. (2009). OBLITOS. Causas, consecuencias clínicas y legales. Prevención. Rev. Argent.Cir 2009. Vol. 13. p:89

[https://nanopdf.com/download/oblitos-causas-consecuencias-clinicas-y-legales-prevencion\\_pdf](https://nanopdf.com/download/oblitos-causas-consecuencias-clinicas-y-legales-prevencion_pdf)

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. In *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03727.x>

Rüegg, W. (2004). A history of the university in Europe. 3. Universities in the nineteenth and early twentieth centuries:(1800-1945). Cambridge, England: Cambridge University Press.

[https://assets.cambridge.org/97805213/61071/frontmatter/9780521361071\\_frontmatter.pdf](https://assets.cambridge.org/97805213/61071/frontmatter/9780521361071_frontmatter.pdf)

Ruiz Orejuela, W. (2004). Responsabilidad Médica Estatal. Primera edición. Medellín. Colombia: librería jurídica Sánchez R, Ltda.

Santos, J. (2006). Instituciones de responsabilidad civil. Tomo III. Ed. Universidad Javeriana, Bogotá.

Sappic D. Integrantes del equipo Quirúrgico y sus roles.

<http://www.vet.unicen.edu.ar/html/Areas/Cirugia%20general/Documentos/3-Equipoyroles.pdf>

Serrano, L. (2000). Nuevos conceptos de responsabilidad médica. Ediciones doctrina y Ley.

Smith A, Alderson P. (2012) Guidelines in anaesthesia: Support or constraint? Br J Anaesth. 2012;109:1–4.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0007091217329215?token=84E69B5C7B0F43D20EBBE79153EBFE3EF8C903B10EB57080C86AEF91770753D84DCC58DF9217CCC90EF411B05EA8ED8D&originRegion=us-east-1&originCreation=20210419033446>

Tamayo, J. (1999). De la responsabilidad civil, Tomos I, II y III. Editorial Temis S.A., Santa Fe de Bogotá – Colombia, 1999

Tamayo, J (2007). Tratado de Responsabilidad Civil. T I. & II. Editorial Legis S.A., Bogotá.

Uribe, H, (2006). El médico anesthesiólogo y su responsabilidad civil ASPECTOS GREMIALES Vol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006 pp S109-S112

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cmas061u.pdf>

Vargas, P, (2011) Posición del equipo quirúrgico en la enseñanza, Revista de Actualización Clínica Investiga- v. 15 La Paz dic. 2011

[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682011001200012&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011001200012&lng=es&nrm=iso)

Vásquez, R. (1993). Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina, 1ª edición colombiana, Editorial Dike, Pág. 199 a 201

Velásquez, o. (2013) Responsabilidad civil Extracontractual, editorial Temis, Bogotá

[https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=bfz1DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=responsabilidad+civil+en+colombia+definicion+&ots=mCrJweCEni&sig=YvjTsIszN06PNKXQ-60fMI451H8&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=bfz1DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=responsabilidad+civil+en+colombia+definicion+&ots=mCrJweCEni&sig=YvjTsIszN06PNKXQ-60fMI451H8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)



Vilca, V. (2013). Proceso de atención de enfermería en las etapas pre, trans y posquirúrgicas y la integridad de la piel del paciente sometido a largas horas de cirugía en el centro quirúrgico del hospital eugenio espejo

<http://45.238.216.28/bitstream/123456789/4572/1/TUAMEQ006-2013.pdf>

Yepes, S. (2004) La responsabilidad civil médica. Colombia: Medellín. Biblioteca jurídica Dike

Zimmerman, L. M. & Veith, I. (1961). Great ideas in the history of surgery. Baltimore, United States: Williams & Wilkins Baltimore.

<https://www.worldcat.org/title/great-ideas-in-the-history-of-surgery/oclc/1439503>

### **Legislación**

Constitución Política de Colombia de 1886

Constitución Política de Colombia de 1991

Decreto 2831 de 23 de septiembre de 1954 código de Moral Medica

Decreto 3380 del 30 de noviembre de 198, por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981.

Ley 30 de 20 de octubre de 1886, por lo cual se creó la Junta Central de Higiene en la capital de la Republica o en las de los Departamentos o ciudades principales

Ley 35 de 22 de noviembre de 1929, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina en Colombia.

Ley 67 de 04 de diciembre de 1935, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina y la cirugía.

Ley 14 de 28 de abril de 1962, por la cual se dictan Normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía.

Ley 23 de 18 de febrero de 1981, por lo cual se dictan Normas en materia de Ética Médica.

Ley 6 de 14 de enero de 1982, por la cual se reglamenta la profesión de Instrumentación Técnico – Quirúrgica.

Ley 784 del 23 de diciembre de 2002, por medio la cual se reforma la Ley 6 de 14 de enero de 1982.

Resolución 2003 de 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social

### **Jurisprudencia**

Consejo Estado, Sentencias de 3 de septiembre de 1992, expediente N° 72213 del Consejero Ponente Julio Uribe.

Consejo Estado, Sentencia de 3 de noviembre de 1992, expediente N° 73364, del Consejero Ponente Daniel Suárez

Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 8 de julio de 2009, expediente: 16.451.

Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 19 de agosto de 2009, exp. 18364,

Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia de 24 de marzo 2011, Consejero Ponente Enrique Gil Botero, radicado 05001-23-24-000-1996-02181-01 (20836)

Corte Constitucional en sentencia T -104 de 2010

Corte Constitucional en Sentencia T-118ª de 2013

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil mayo 5 de 1940, Magistrado Ponente Liborio Escallón

Corte Suprema de Justicia, sentencia del 1 de septiembre de 2011, Magistrada Ponente Ruth María  
Díaz Rueda

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil Sentencia del 18 de mayo de 2005, Magistrado  
Ponente Jaime Alberto Arrubla Pucar. Exp. 14415

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia de 16 de julio de 1985  
Magistrado Ponente Dr. Horacio Montoya Gil, Expediente No.2419

**BIBLIOGRAFIA**

- Fernández, M. (2002), Aspectos históricos de la responsabilidad médica. *Revista chilena de cirugía* vol. 54- N° 6 pags. 563-565.  
[https://www.cirujanosdechile.cl/revista\\_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002\\_06/Rev.Cir.6.02.%2801%29.pdf](https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202002_06/Rev.Cir.6.02.%2801%29.pdf)
- Pérez, A., Novoa, M., Guerra, N., Ramírez, V., García, E. (2018). Propuesta epistemológica para una práctica axiológica en la instrumentación quirúrgica. Barranquilla- Colombia, Universidad simón bolívar.
- Pita, L., Pérez, E., González, J., & Morales, I. (2010). Fecaloma, oblitio y oclusión intestinal: informe de un caso, comentarios y una propuesta. *Revista Cubana de Cirugía*, 49(1)  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932010000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000100007&lng=es&tlng=es).
- Quiroz, P.; Cabarcas, G. (2002). La responsabilidad civil medica en nuestra legislación colombiana. Trabajo de Pregrado.  
<http://hdl.handle.net/11323/1223>
- Rodríguez, H. (2016) 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. Argentina. Recuperado de  
[http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez\\_heidi\\_veronica.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf)
- Rodríguez, S., Cisneros, M., Neto, A., Bedia, M., Villegas, L. (2011). Olvidados e infrecuentes: oblitos. Recopilación de casos. Venezuela. Recuperado de

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2886/1/Olvidados-e-infrecuentes%3A-oblitos.-Recopilacion-de-casos>

Salazar, B., & Quintana, R. (1993), La mala praxis: responsabilidad penal del profesional en medicina. Artículo Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial, Costa Rica. Recuperado de

<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/2911/art7v10n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vázquez, R (Sf). La responsabilidad de los Médicos

[http://www.sideme.org/doctrina/articulos/respcivmed\\_rvf.pdf](http://www.sideme.org/doctrina/articulos/respcivmed_rvf.pdf)