2023



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Investigación y Desarrollo Educativo
Sede “Ituzaingó”

TRABAJO FINAL

“La necesidad de formación continua, para prevenir los casos de oblito en el sector de quirófano”

Docente: Jorge Alberto Sanchez

Alumna: Lic. Daniela Vanesa Badel

RESUMEN

El trabajo presente aborda la problemática en las prácticas quirúrgicas en torno al oblito. Para ello se caracteriza las funciones del instrumentador quirúrgico dentro de un quirófano. Para conocer los niveles de incidencias en el mismo se han realizado encuestas a los instrumentadores, las cuales han arrojado resultados preliminares. Esto tiene como objetivo la incorporación de una formación anual y continúa cuya finalidad sea la concientización de estos accidentes.

PALABRAS CLAVES: Instrumentadores quirúrgicos, oblito, capacitación continua.

Índice

RESUMEN 1

PALABRAS CLAVES: 1

1. INTRODUCCIÓN 3

2. TEMA DE INVESTIGACIÓN 5

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 6

4. JUSTIFICACIÓN 7

4.1 OBJETIVOS GENERALES ..... **¡Error! Marcador no definido.**

5. MARCO TEÓRICO 9

6. ESTADO DEL ARTE 25

7. DISEÑO METODOLÓGICO 26

7.1 VARIABLES OPERATIVAS 29

7.2 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN 30

7.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS 31

7.4 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS 32

8. CONCLUSIÓN 41

Anexo 42

9. BIBLIOGRAFÍA 45

1. INTRODUCCIÓN

El motivo de esta investigación es plantearnos un problema conocido por todos: el olvido de un elemento extraño en el cuerpo de un paciente luego de someterse a una cirugía (oblito). Los oblitos constituyen un gran número de problemas deontológicos, legales y económicos convirtiéndose así en un motivo de denuncia por mala praxis.

Por lo tanto, en nuestro estudio nos referiremos a los aspectos necesarios para la capacitación específica en el manejo del protocolo durante el proceso quirúrgico y el protagonista de nuestro trabajo es el Instrumentador Quirúrgico siendo el objetivo identificar los aspectos de una capacitación continua profesional vinculados a los casos de accidente y negligencia profesional.

Cuando la salud de un paciente se ha puesto en riesgo, existen culpas y responsabilidades legales y morales que serán adjudicadas a aquellos profesionales que debían velar por el bienestar psicofísico del paciente. Es por eso que nos parece tan importante dirigir nuestro estudio a dilucidar las razones que impulsaron nuestra investigación: conocer a qué se expone el instrumentador en un proceso judicial de estas características y cuáles son las responsabilidades legales que definirán su actuación.

La misión del técnico en Instrumentación quirúrgica es asistir, controlar, supervisar y evaluar aquello que atañe a su tarea específica: el proceso de atención al paciente desde su ingreso a la sala quirúrgica hasta su egreso a la sala de recuperación post-anestésica. En relación al acto quirúrgico prepara la mesa de operaciones, controla y dispone del instrumental e insumos necesarios para la cirugía. Por lo tanto, realiza como norma el recuento de instrumental, agujas y gasas.

Los profesionales de la instrumentación conocen sus obligaciones y responsabilidades, pero cuando existe daño desconocen las repercusiones legales que conllevan el incumplimiento de las normas establecidas para el ejercicio de su profesión. Por lo cual, cada vez que un instrumentador se halla inmerso en tal situación judicial, siente sobre su cabeza la espada de Damocles.

La investigación que llevamos a cabo pretende dar luz a un tema que perjudica a pacientes, cirujanos e instrumentadores y la tendencia en general es a permanecer oculto en el ambiente hospitalario. Por ello, nos detendremos también en dos aspectos: por un lado, en el análisis de cómo actuamos cuando nos encontramos con un oblito, y por otra parte qué conducta asumir cuando el conteo de material blanco es erróneo. La finalidad del estudio en estos aspectos es prevenir que sucedan más casos de olvidos quirúrgicos.

Y fundamentalmente, lo central de nuestra presentación, es plantearnos cuando exista daño, si es responsabilidad colectiva o individual con delimitación de funciones de los integrantes del equipo quirúrgico.

Finalmente, nos permitiremos la licencia de plantear algunos interrogantes para la reflexión, y esbozaremos nuestra opinión personal en lo que hace a una formulación ética con respecto a qué actitud a asumir frente a los pacientes que lo padecen y a los colegas que lo generaron, que en cierta manera y desde otra arista, también sufren con el oblito.

2. TEMA DE INVESTIGACIÓN

En octubre de 1974 se reglamentó la actividad de “Instrumentador de cirugía”. Con la creación de la Resolución N° 348 se determinó que el Instrumentador Quirúrgico tiene como misión asistir, controlar, supervisar y evaluar en lo que atañe a su tarea el proceso de atención del paciente desde su ingreso al quirófano hasta su egreso, comprendiendo que la labor implica el conteo de instrumental, gasas, agujas e insumos que entran y salen de la cavidad del paciente.

Una de las dificultades que pueden ocurrir en el marco de estas tareas es el oblito, se denomina "oblito", a todo cuerpo extraño olvidado dentro del organismo de un paciente, durante el curso de una intervención quirúrgica o procedimiento invasivo. El término proviene de un argentinismo derivado del latín "oblitum-oblivus" (olvidado-olvido) que hace referencia a este tipo de sucesos que ocurren dentro del sector quirófano y pone en riesgo la salud de los pacientes.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La llegada de los avances tecnológicos ha causado un impacto directo en todas las ciencias, y la medicina no es una excepción. En este sentido, el ámbito quirúrgico exige una actualización de saberes que actúe como herramienta para mejorar el desempeño de los instrumentadores; sin embargo, no existe en la actualidad una definición institucional de quién ha de ejercer el control sobre la capacitación del personal de quirófano. Los procesos de atención del paciente, la garantía de la calidad de la prestación del acto quirúrgico, el protocolo de cirugía segura, el uso racional de insumos de quirófano y su alta complejidad, se relacionan íntimamente con la capacitación y el nivel de conocimientos de quienes realizan estos procesos. En los últimos años y a partir de las últimas regulaciones, se ha comprometido al Instrumentador Quirúrgico con la atención directa del paciente en Quirófano, dominio tradicionalmente reservado para la enfermería. Los estándares para la formación de técnicos en Instrumentación Quirúrgica han sido definidos a nivel federal en la Resolución CFE Nº 34/07 - Documento Base para la Organización Curricular de la Tecnicatura Superior en Instrumentación Quirúrgica – dando lugar a modificaciones y ajustes en los Planes de Estudios de Instrumentación Quirúrgica. Estas modificaciones incluyen contenidos que se ajustan a actualizaciones del campo y a las normas que rigen el derecho de los pacientes.

En este sentido, la presente investigación tiene como objetivo poner de manifiesto: ¿qué aspectos de una capacitación sobre manejo del instrumental e insumos en las cirugías, debería abordarse para disminuir los casos de oblito de los instrumentadores quirúrgicos, en un Hospital del barrio de La Boca, ubicado dentro del territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina?

4. JUSTIFICACIÓN

Apoyándose en la actividad diaria del Instrumentador Quirúrgico, la educación continua debe plantearse como herramienta integrada, y no cursos aislados y descontextualizados. Para la Organización Panamericana de la Salud, la educación continua se define como “el entrenamiento posterior a la educación inicial, que ayuda al profesional de la salud, a mantenerse actualizado o a adquirir conocimientos propios de su actividad laboral para mejorar su idoneidad en el cumplimiento de sus responsabilidades”.

La misión del técnico en Instrumentación quirúrgica es asistir, controlar, supervisar y evaluar aquello que atañe a su tarea específica. El proceso de atención al paciente desde su ingreso a la sala quirúrgica, hasta su egreso a la sala de recuperación post anestésica. En relación al acto quirúrgico prepara la mesa de operaciones, controla y dispone del instrumental e insumos necesarios para la cirugía. Por lo tanto, realiza como norma el recuento de instrumental, agujas y gasas; según la resolución N°348 del año 1974, la cual reglamentó la actividad del instrumentador de la cirugía. Según, Roschke- Brito- Palacios (2002), indica en su trabajo que, a la capacitación por lo general se le pide:

- Mejorar el desempeño del personal en todos los niveles de atención y funciones del proceso de producción de la atención.
- Contribuir al desarrollo de nuevas competencias, como el liderazgo, la gerencia descentralizada, la autogestión, la gestión de calidad, etc.
- Servir de sustrato para los cambios culturales acordes con las nuevas orientaciones, como la generación de prácticas deseables de gestión, la atención y las relaciones con la población, etc.

Para ello, se necesita que los profesionales de la salud, puedan acceder a una formación continua, que permita conocer e incorporar la información y la formación correcta y necesaria para reducir el impacto de muertes o complicaciones severas de los pacientes a causa de oblito.

4.1 Objetivos generales

- Identificar los aspectos necesarios para la capacitación específica en el manejo protocolo, el instrumental y los insumos durante el proceso quirúrgico, focalizando una de las consecuencias directas: el oblito, como factor de riesgo en la vida del paciente.

4.2 Objetivos particulares

- Indagar, desde una dimensión experiencial, las necesidades de formación continua de los instrumentadores quirúrgicos.
- Planificar una actualización que abarque protocolo y manejo de los materiales necesarios para las cirugías.
- Construir una base de seguimiento para evaluar los resultados de las capacitaciones, en tensión con la práctica quirúrgica.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ¿A qué se le llama instrumentación quirúrgica?

En esta institución, la formación de técnicos en salud tiene características peculiares ya que la comunidad educativa está inserta en los hospitales públicos, en los servicios de salud, en la comunidad en red que conforman el sistema sanitario.

Hasta los años 60, los Técnicos en Salud, carecen de regulaciones sobre el ejercicio profesional. A partir de los años 70 comienza un proceso de centralización que se encuadra en un modelo normativo. En 1979 por Decreto se crea una Comisión para la unificación de las Escuelas Técnicas Municipales dependientes de la Secretaría de Salud Pública, con la finalidad de crear una Escuela de Técnicos Municipal.

En 1980, se habilitan los títulos y la matriculación profesional para los egresados que, a partir de ese momento, debían realizar la inscripción en la Subárea de Contralor del Ejercicio Profesional.

Aquí se inicia una etapa de cambios a la cual Mainero hace referencia diciendo: “La etapa que comienza a fines de los 80 y que se conoce como la década de los 90 aún, se caracteriza por el “Estado evaluador”, que se opone al modelo de «Estado benevolente», en donde la asignación de recursos es generosa sin exigir rendición de cuentas. Paulatinamente, empieza a abrirse paso la idea de la necesidad de «dar cuenta» del destino de los fondos que asigna el Estado, a la vez que la evaluación empieza a perfilarse en el mundo como mecanismo de regulación de políticas impulsadas desde los organismos internacionales” (Mainero, 2002).

En 1981 por Decreto se crea la “Escuela de Técnicos para la Salud” (ETPS) por la Ordenanza Nº 40.593 el “Estatuto del Docente Municipal para Áreas de Enseñanza Específica”. Con respecto al aspecto financiero depende de las partidas presupuestarias de la Secretaría de Salud.

En 2003 se firma la Resolución conjunta 779/03, con el objetivo de “otorgar a las carreras de la ETPS un estatus legal adecuado permitiendo

generar los actos administrativos necesarios para su reconocimiento de títulos y planes de estudio".

En noviembre 2007, se concretan acuerdos establecidos con el Ministerio de Educación de la Ciudad.

El Ministerio realiza el reconocimiento jurisdiccional de las Carreras que se dictan en la ETPS que se continúa realizando hasta la fecha en el marco de la Resolución 779/03.

Por Ley de la Legislatura se denomina "Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud" a la Escuela de Técnicos (ISTPS). En esta instancia solo se modifica el nombre sin la aprobación de la estructura por el Ejecutivo.

En el año 2011 una Comisión integrada por instructores, asesores pedagógicos y abogados concluye la elaboración del Reglamento Orgánico para el ISTPS, presentado al 0021-2012 ME-GCBA.

En la actualidad el Instituto Superior de Tecnicaturas para la salud cuenta con 8 sedes y 11 carreras (Asistente Dental, Esterilización, Hemoterapia, Hematología, Histología, Neurofio, Instrumentación Quirúrgica, Farmacia Hospitalaria, Análisis Clínicos, Radiología, Prácticas Cardiológicas) que se dictan en los hospitales pertenecientes al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dependientes del Ministerio de Salud. Cada año se inscriben más postulantes y actualmente se ofrecen 600 vacantes al año.

La asistencia que brindan los profesionales en Instrumentación Quirúrgica a la actividad del médico cirujano se remonta a los primeros años del siglo XX; sin embargo, la sistematización de la tarea y la capacitación formal de estos "ayudantes médicos" es relativamente reciente en términos históricos, en especial en nuestro país.

Los maestros de la cirugía de las primeras décadas del siglo XX detectaron la necesidad de contar con recurso humano idóneo para desempeñar tareas técnicas en el acto quirúrgico, que permitiera optimizar la sincronización de los tiempos operatorios. Tomaron el modelo de los países del centro de Europa y de los Estados Unidos de Norteamérica para formar a los primeros instrumentadores quirúrgicos (Aguirre, Graciela y otros.

“Recorriendo un largo camino” en Revista Asociación Argentina de Instrumentadoras, año 8, Número II. Buenos Aires, Argentina. AADI, noviembre de 2005.)

El Dr. Guillermo Bosch Arana dio bases científicas a la labor del instrumentador quirúrgico, fundamentando que su presencia permitiría economizar tiempo operatorio, un valioso ahorro de anestesia, evitar distracciones y contribuir al desarrollo técnico de la instrumentación quirúrgica, favoreciendo una acción eficaz con las consiguientes ventajas para el paciente. (Prof. Dr. Bosch Arana, Guillermo. Técnica quirúrgica sincronizada. Buenos Aires, Argentina. Ed. Aniceto López, 1937.)

Las primeras escuelas argentinas oficiales formadoras en Instrumentación Quirúrgica inician sus actividades a comienzos de la década del 30 en los Hospitales Guillermo Rawson, Cosme Argerich, Ramos Mejía, Bernardino Rivadavia, Carlos Durand y Hospital de Clínicas Gral. José de San Martín.

La práctica del instrumentador quirúrgico está vinculado a la salud dentro de un quirófano. Su objetivo es brindar atención segura al paciente, dentro y fuera del quirófano, a partir de la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y tecnológicos en intervenciones invasivas y no invasivas, por medio de procedimientos de esterilización, capacitado para el manejo de aplicación de normas de bioseguridad, salud pública, saneamiento, organización, administración de recursos humanos, soportes físico y tecnológico enmarcado dentro de las normas y principios éticos, orientados hacia el servicio social. De igual forma la asesoría y capacitación sobre el uso y manejo de equipos, dispositivos en los procedimientos de alta complejidad, mediante el área quirúrgica en los diferentes niveles de atención, en instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas.

El área de administración de quirófanos, centrales de esterilización, consultorios especializados, asesoría técnico científica y de desarrollo en empresas relacionadas con la industria y comercio de dispositivos médico quirúrgicos. La conformación de grupos interdisciplinares y multidisciplinares, con capacidad de liderazgo, creatividad, espíritu crítico, analítico y reflexivo, que reconoce sus límites profesionales en la investigación, docencia y

extensión, así como en la identificación y solución de problemas relacionados con su profesión y la comunidad, en el contexto social, ético, bioético asistencia y soporte directo.

5. 2 Funciones y normas del instrumentador quirúrgico

La misión del técnico en Instrumentación quirúrgica es asistir, controlar, supervisar y evaluar aquello que atañe a su tarea específica: el proceso de atención al paciente desde su ingreso a la sala quirúrgica hasta su egreso a la sala de recuperación post-anestésica. En relación al acto quirúrgico prepara la mesa de operaciones, controla y dispone del instrumental e insumos necesarios para la cirugía. Por lo tanto, realiza como norma el recuento de instrumental, agujas y gasas.

1. Normas del instrumentador quirúrgico en relación al paciente:

• Controla y supervisa el ingreso del paciente al Centro Quirúrgico.

• Recepción y verificación de la identidad del paciente con el parte diario de operaciones.

• Colabora con el equipo médico en la posición quirúrgica del paciente.

• Provee el cuidado del paciente durante el pre y post operatorio, dentro del Área Quirúrgica, en conjunto con los profesionales y técnicos actuantes.

2. Normas del instrumentador quirúrgico en relación al acto quirúrgico:

• Prepara la mesa de operaciones; controla y dispone instrumental e insumos necesarios para el acto quirúrgico.

• Coloca la vestimenta estéril al equipo quirúrgico.

• Realiza su lavado quirúrgico y su vestimenta personal estéril.

• Revisa el correcto funcionamiento de los aparatos y equipos necesarios durante el acto quirúrgico.

• Asiste al equipo quirúrgico aséptico, anticipándose a sus necesidades, apoyándose en sus precisos conocimientos de las técnicas quirúrgicas.

• Cuida la asepsia, manteniendo el campo estéril.

• Colabora en la colocación de los campos operatorios.

• Colabora en la limpieza y oclusión de la herida operatoria, una vez finalizado el acto quirúrgico.

• Hace el recuento del instrumental, agujas y gasas.

• Se encarga de retirar el material utilizado y su posterior acondicionamiento para la esterilización.

• Es responsable de la pieza operatoria que recibe, respecto a su identificación, rotulado y acondicionamiento hasta su salida del Centro Quirúrgico.

3. Normas en relación a la organización y funcionamiento del centro quirúrgico:

• Colabora en el ordenamiento del área quirúrgica.

• Planifica, supervisa, y controla la de ejecución de las normas técnico-administrativas y profesionales a su cargo.

• Colabora en la programación y diagramación de la actividad quirúrgica diaria.

• Organiza, controla y lleva registro de las actividades diarias y novedades, para su correspondiente documentación.

• Coordina con el área de compras y/o farmacia la lista de material, instrumental, equipos, etc. que son indispensables para el normal funcionamiento del centro.

• Procura el uso de insumos y equipos en forma conservadora y económica.

• Procura una interrelación adecuada con los servicios externos al centro quirúrgico.

• Colabora con el establecimiento de normas de selección y control de materiales y equipos de uso en los centros quirúrgicos. (Cascante, Contí, Krut, 2017.)

5.3- El oblito y su impacto en las cirugías.

En un acto quirúrgico intervienen un equipo de profesionales, cada uno de ellos con obligaciones y responsabilidades respecto al paciente: el cirujano actúa como jefe de la cirugía, a su cargo están los ayudantes cirujanos e instrumentadores; por otro lado, aparece el anestesiólogo quien tiene el mismo nivel de autoridad que el cirujano, pero responde individualmente por daños y perjuicios al paciente siempre y cuando estén asociados a las incumbencias de su profesión. El rol del instrumentador en las intervenciones está bajo la órbita de actividades de colaboración de la medicina, su ejercicio se encuentra bajo un régimen disciplinario dictado por resoluciones y decretos ministeriales.

La Real Academia Española[1] ha incorporado el vocablo oblito al diccionario de la Lengua Española para referirse a este hecho. Expresa que Oblito, proviene del latín (oblitum: olvidado) y se define como: “un cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica”.

Cuando existe este tipo de daño, la responsabilidad que se le atribuya al dueño o guardián es subjetiva; es decir, que la culpa surge de la acción del sujeto “con” la “cosa” desde su accionar humano. Por lo tanto, para eximirse de la culpa deberá acreditar su ausencia de culpa o la causa ajena que fractura el nexo causal para repeler las acciones que se adjudiquen en su contra.

Su incidencia oscila entre 1/8.000 - 18.000 intervenciones quirúrgicas (Chinelli, 2017), 1/1500 laparotomías aproximadamente, y aunque puede considerarse relativamente baja en comparación con otros eventos adversos, su importancia radica en que se trata de una situación potencialmente evitable. Probablemente su verdadera incidencia sea mayor, dado que a veces el oblito

[1] Real Academia Española (RAE) (2021, 25 de octubre). *Oblito*. https://dle.rae.es/oblito

es asintomático y nunca llega a diagnosticarse, y otros casos no sean reportados por los cirujanos o las instituciones asistenciales, dadas las implicancias médico-legales que puede tener.

Diversos factores de riesgo han sido propuestos y analizados, destacándose entre otros la obesidad, el sangrado intraoperatorio mayor a 500 cc y fundamentalmente la existencia de cambios en la constitución del personal (instrumentistas, circulantes, nurse) durante la cirugía.

Entre las estrategias para su prevención están la realización del recuento de material quirúrgico, así como de métodos auxiliares que pueden aplicarse en forma sistemática o bien ante recuentos incorrectos (radiografía intraoperatoria, rastreo de instrumental quirúrgico utilizando código de barras o radiofrecuencia, etc.), aunque ninguno de ellos en forma aislada o en conjunto han podido eliminar por completo el riesgo de aparición de oblitos, surgiendo así la hipótesis de que existan otros factores de riesgo aún no identificado.

El concepto de “cirugía segura” implica la certeza de que se estará libre de riesgo, por ejemplo, de daño o eventos adversos, lo cual es prácticamente imposible, ya que todo acto quirúrgico implica asumir riesgos.

La presencia de material quirúrgico retenido en forma no intencional es un evento adverso potencialmente evitable, incluido entre los denominados “*never events*”, es decir, aquellas complicaciones que jamás deberían suceder.

El primer reporte de caso data del año 1859, y ya a mediados del siglo pasado se apreciaba su impacto en términos de morbilidad y mortalidad, ésta última llegando hasta un 25% de acuerdo a la revisión de más de 500 casos realizada por los hermanos Crossen en 1940. Los materiales de uso quirúrgico que pueden encontrarse son, en orden decreciente de frecuencia: gasas/compresas, agujas e instrumentos. Las primeras se usan para diversos propósitos, pero fundamentalmente para absorber sangre u otros fluidos. Esto lleva a que cambien sustancialmente de color y de forma, por lo que pueden ser difíciles de visualizar y localizar posteriormente.

Estos olvidos, producen diversas complicaciones dependiendo del tipo de reacción que genera su presencia: una temprana, séptica, con la formación de abscesos, y otra más tardía, fibrótica, estéril, con la formación de masas o pseudo-tumores. También pueden originar y perpetuar fístulas digestivas, así como dar lugar a una oclusión intestinal. Las agujas, en general de pequeño tamaño y forma redondeada, no suelen dar complicaciones (si bien existe un riesgo teórico de migración y erosión de vasos y/o vísceras) por lo que es debatido si deben ser retiradas cuando se las identifica por imágenes en pacientes asintomáticos, sobre todo cuanto más alejado sea el postoperatorio.

El diagnóstico de oblito debe plantearse en cualquier postoperatorio (precoz o alejado) que presente alguna de las complicaciones ya mencionadas, en cuyo caso el estudio radiológico de mayor rendimiento y eficacia es la tomografía computada. El hallazgo más característico para el caso de las compresas es la de una imagen hipodensa redondeada, con centro hiperdenso (en probable relación a coágulos) y una cápsula también hiperdensa. De la misma forma también es típica la imagen aireada, o en “panal de abejas”. También se ha descrito la Resonancia Magnética, aunque su limitante radica en que los marcadores radio opacos que a veces contienen las compresas no son magnéticos o paramagnéticos por lo que pueden no visualizarse.

Existe controversia para establecer claramente cuáles son los factores de riesgo implicados, debido a que no todos los estudios realizados muestran concordancia en sus resultados. En un meta análisis reciente) que incluye los estudios de caso-control más relevantes por su tamaño muestral, se reconocen los siguientes: sangrado mayor a 500 ml, cirugía prolongada, realización de más de un procedimiento, ocurrencia de eventos imprevistos y falta de recuento de material quirúrgico o fallas en la realización del mismo.

En un estudio caso-control concluye que también la edad avanzada, la obesidad (para la cirugía abdomino-pélvica), y los hospitales docentes, se comportan como factores de riesgo que aumentarían la incidencia de casos. No todos los trabajos están de acuerdo en que la cirugía entre las horas 5 pm y 7 am (“*late procedures*”) constituya un factor de riesgo.

Una limitante de los estudios de caso-control, que componen la mayoría de la bibliografía escrita acerca de este tema, es que no pueden detectar diferencias clínicamente relevantes entre los propios factores propuestos. En la serie se ha podido comprobar la presencia de algunos de estos factores, como la obesidad, pero particularmente en un caso la coexistencia de varios de ellos (cambio de turno, recuento de material incorrecto y realización de procedimientos múltiples, fundamentalmente empaquetamiento hepático transitorio).

Con respecto al recuento de material que se realiza actualmente, casi sin excepciones, previo al cierre de una herida operatoria (e inmediatamente antes de finalizar la colocación de una malla protésica parietal), pueden darse dos situaciones en las que existe una falla: la más común es la del “falso correcto”, como pudimos comprobar en los pacientes de nuestra serie, que puede darse sobre todo durante procedimientos prolongados, de emergencia, con cambios en la constitución de personal de enfermería. La otra, lamentablemente mucho menos frecuente, es la del “verdadero incorrecto”, en la que el equipo quirúrgico es alertado del faltante de algún material. Esto ofrece la posibilidad de una exploración exhaustiva y minuciosa de la cavidad abdominal antes del cierre, y eventualmente de recurrir a algún otro método auxiliar de diagnóstico intraoperatorio, aunque éste último no garantiza por completo la localización del material u objeto faltante.

La profilaxis de un oblito es fundamental, ya que está demostrado que se trata de un evento adverso cuya frecuencia se puede reducir sólo si se actúa en forma sistemática. En primer lugar, se ha propuesto que solamente sea utilizado material quirúrgico que tenga marcadores radio-opacos, hecho que no se cumple en todas las instituciones. El hallazgo radiológico dependerá de la forma en que haya sido marcado (habitualmente una línea simple o doble) y de la que éste adopte en la cavidad corporal, que puede ser muy variable.

Recientemente en el Hospital Maciel ha sido elaborado un Protocolo de recuento de material quirúrgico que pasará a ser implementado. Tan importante como esto es el hecho de que todo el personal que se desempeña en block quirúrgico (incluido el personal médico) sea adecuadamente instruido e

informado, y sobre todo reevaluado en forma periódica para garantizar la correcta aplicación de los protocolos.

Un punto debatido es la implementación de radiografías intraoperatorias. En algunas instituciones como la Clínica Mayo se realizan de forma sistemática previo al cierre de cavidades. Algunos sugieren realizarlas sólo cuando se detectan factores de riesgo, o en casos de recuento incorrecto. El problema de realizarlas sistemáticamente es que su rendimiento en general es bajo, expone al personal a radiación en forma repetida, y se realiza con equipos portátiles cuyas imágenes no son de la mejor calidad, además deberían ser interpretadas por un radiólogo siempre.

Luego del análisis propuesto en el caso de oblito, teniendo en cuenta las causas y consecuencias, surge la necesidad de una formación continua que esté estrechamente ligada al desarrollo profesional y sus riesgos, las implicancias para la profesión en sí misma y para la salud de los pacientes. Una actualización académica es forzosamente una recuperación de los avances científicos y tecnológicos, dos aspectos esenciales que deben ser abordados desde la reflexión y el análisis de casos, ya que se supone que los participantes cuentan con una formación de base.

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de los aspectos necesarios para incorporar en una capacitación. Los autores que fueron citados como referencia: Burgos, Edith; Gómez, Paula; Silvero, Romina; Toscano, Tamara[2] ; han coincidido la responsabilidad y seriedad con la que abordan este tema. Tal como menciona el Cirujano Asistente en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, “La tutoría en los cirujanos e instrumentadores quirúrgicos en aprendizaje es muy importante. Debería ser fundamental una preparación de los profesionales en el área mucho más completa” De este modo se reducirían los riesgos por descuidos y con ello el número de demandas que se realizan por año.

Al respecto se destaca lo dicho en la Revista de cirugía del Uruguay[3], “Finalmente, es necesario saber que asistimos a una nueva era o cambio en

[2] http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/tesisytr/index/assoc/D1296.dir/tesis-burgos-gomez-silverotoscano.pdf(poner

[3] Chinelli, Rodrigo Hernández, Gustavo Rodríguez Temesio, Revista De Cirugía Del Uruguay Vol. 5 Núm. 2 (2021)

el concepto de “seguridad en el paciente quirúrgico”. Los avances tecnológicos y la creciente tasa de demandas judiciales en medicina plantean un escenario ideal en el que esta complicación jamás debería existir. “Sin embargo sabemos que pese a todas las consideraciones que hemos analizado, los oblitos seguirán existiendo en tanto existan los procedimientos quirúrgicos.

Se trata entonces de abordar el problema en forma sistematizada para reducir al mínimo su incidencia y morbilidad, para lo cual es necesario que todo el personal a cargo de la asistencia en block quirúrgico tome conciencia del cuidado y responsabilidad con la que debe manejarse el material quirúrgico, como ha sido señalado anteriormente por autores nacionales que se interesaron en el tema.”[4]

Para ello, se necesita capacitaciones que vayan acorde al nivel de responsabilidad y cuidados que deben tener los profesionales de la salud, en este caso Médicos cirujanos e instrumentadores quirúrgicos.

5.4 La formación continua

La enseñanza es una actividad compleja y por tal motivo resulta difícil poder catalogarla de una forma única. Describe Woods (1994) *La ciencia ha hecho importantes contribuciones para la comprensión de la enseñanza*, *pero también ha producido efectos nocivos. Ha simplificado ciertas situaciones complejas y ha priorizado el futuro (objetivos) en vez del presente (procesos*) Porque la misma enseñanza es un proceso complejo atravesado por un contexto social, político y hasta económico.

Brindar conocimientos teóricos y prácticos sobre las nuevas recomendaciones en seguridad del paciente persigue como finalidad, reforzar las prácticas seguras reconocidas, para tomar conciencia de que todos los instrumentadores/as quirúrgicas son responsables de la seguridad del paciente desde que ingresa hasta que egresa del quirófano.

[4] Perrier J. P., Berro G. Oblitos, “Aspectos quirúrgicos y médico-legales” 2017.

Dentro de toda propuesta educativa, el currículum es lo que permite ver qué tipo de organización de los saberes, de las experiencias y de los vínculos con los alumnos y con el mundo, propone la escuela. El currículum fija patrones de relación, formas de comunicación, grados de autonomía académica. Dussel (1997).

En este sentido, el currículum es una propuesta político-educativa en la medida en que se encuentra estrechamente articulado al, o a los, proyecto(s) político-social(es) amplio(s) sostenido(s) por los diversos grupos que impulsan y determinan su diseño y orientación, Alba (2013). En un sentido más específico, el currículum de las carreras técnicas se ha ido modificando, porque los avances tecnológicos y miradas más amplias del perfil profesional, junto con la inclusión en nuevos saberes lo ameritaban.

A su vez, Alba (2013) hace referencia a una de las dimensiones que forman un currículum: la social. Así sostiene que: *La educación no es en sí misma reproductora, conservadora o transformadora, el carácter que adquiere la función social de la educación está estrechamente vinculado con el o los proyectos socioculturales y político-económicos desarrollados en el seno de la sociedad, tanto en sus momentos de constitución como en los de su consolidación, desarrollo y transformación.* Si esto se observa en el currículum de Instrumentación quirúrgica se puede ver que está diseñado en un contexto social, político y económico, acorde con las transformaciones de salud y educación del país; en este sentido Esteva (1997) explica la dimensión tecnológica, que ella nos lleva a la necesidad de “pensar diferente”, el cambio no solo se da en el campo productivo, sino también en la sociedad.

Cabe mencionar que la relación entre tecnología y educación se han reconocido siempre, por una parte, se habla de tecnologías educativas, la cual mejora la eficacia y calidad de los procesos educativos. Por otra parte, se habla de transmisión tecnológica como transmisión de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la utilización de nuevas estrategias.

Al respecto, Palladino (1998) destaca el enfoque del currículum, como proceso tecnológico, lo fundamental es estructurar un ambiente enseñanza-aprendizaje con los medios apropiados, los modelos van a depender de la

teoría de aprendizaje y de la psicología educacional que oriente el diseño. Alba (2013) describe que es ineludible incorporar los avances de la ciencia y tecnología, prueba de ello es la propuesta del desarrollo sustentable que tiene como uno de los pilares más importante, tanto en su análisis crítico como en sus aspectos propositivos el desarrollo científico tecnológico actual.

Si se acuerda en que la tecnología avanza a pasos agigantados, esto se debe reflejar tanto en el aula, como en un quirófano (el campo de práctica del alumno de instrumentación quirúrgica). La tecnología desafía, obliga a estar actualizados y capacitados en forma continua para formar profesionales en salud. El Licenciado en Instrumentación Quirúrgica debe ser capaz de asumir la responsabilidad sobre los resultados del propio trabajo y sobre la gestión del propio aprendizaje, así como asumir roles de liderazgo y responsabilidad sobre el mejoramiento de la organización y de los resultados del trabajo de otros (Resolución del Consejo Federal nº 34/07).

Las demandas de formación específica, en especial en relación con las áreas vinculadas a la salud, se han incrementado en los últimos años. La aplicación de conocimientos científicos y las nuevas tecnologías en los diversos ámbitos de la vida cotidiana y profesional requieren de la formación de recursos humanos capacitados.

En función de las necesidades y requerimientos actuales de la práctica quirúrgica, en el contexto de la creciente participación de los técnicos en todas las fases de la misma, se evidencia la necesidad de fortalecer la calidad de la formación académica de la Tecnicatura Superior en Instrumentación Quirúrgica.

El rol del instrumentador quirúrgico ha evolucionado y se ha ampliado de tal manera que supone una rigurosa formación como técnico superior. Los nuevos desarrollos en el campo de la tecnología, la aparición de nuevo instrumental, las transformaciones de las características de las prácticas quirúrgicas en cuanto a su complejidad y disminución de su invasividad, el desarrollo de nuevos estándares técnicos y administrativos, las nuevas concepciones sobre la relación con el paciente y la defensa de sus derechos hacen necesaria la actualización del plan de estudios de la Tecnicatura

Superior en Instrumentación Quirúrgica. A su vez, esto permitirá la adecuada inserción laboral del Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica, para atender la demanda social y la complejidad actual de los procesos de trabajo. Asimismo, el plan de estudios se sustenta y se adecua a lo establecido por la siguiente normativa:

- Ley de Educación Nacional No 26206/06.
- Ley de Educación Superior No 24.521/95.
- Ley de Educación Técnico Profesional No 26.058/05.
- Resolución CFCyE No 238/05. Acuerdo Marco para Educación Superior no Universitaria –en las áreas Humanística, Social y Técnico Profesional–. Documentos para la Concertación, Serie A No 23. Abril de 2005.
- Resolución CFE No 13/07. Títulos y Certificados de la Educación Técnico Profesional.
- Resolución CFE No 34/07. Documento Base para la Organización Curricular de la Tecnicatura Superior en Instrumentación Quirúrgica.
- Resolución CFE No 229/14. Criterios Federales para la Organización Institucional y Lineamientos Curriculares de la Educación Técnico Profesional de Nivel Secundario y Superior.

5.4 Perfil del egresado

El Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica estará capacitado para realizar el proceso de instrumentación quirúrgica en las diferentes especialidades, contribuyendo con la salud integral del paciente. Además, podrá gestionar su ámbito de trabajo teniendo en cuenta las normas específicas de bioseguridad y calidad, los lineamientos y las características de la institución de salud pública y/o privada en la cual se desempeñe, trabajando bajo la coordinación y supervisión del médico cirujano.

Estará capacitado para efectuar las siguientes funciones:

- Instrumentar los procedimientos quirúrgicos en las diferentes especialidades en su desempeño como instrumentador/a aséptico/a, garantizando la calidad del servicio y colaborando con el control de infecciones.
- Circular y asistir al equipo quirúrgico en las diferentes especialidades al desempeñarse como instrumentador/a circulante.

Gestionar y administrar su ámbito y proceso de trabajo según se desempeñe como instrumentador/a aséptico/a o circulante, a partir de:

- Organizar el espacio de trabajo para abastecer el quirófano según tipo y características de cirugía/s a realizar.
- Administrar instrumental, insumos, materiales, accesorios, material biológico y piezas operatorias.
- Registrar la información requerida en los distintos documentos de su área de trabajo.
- Controlar las actividades a su cargo hasta su concreción para realizar acciones correctivas.
- Coordinar el ordenamiento del centro quirúrgico u obstétrico con otros profesionales.
- Participar en acciones educativas y de investigación.

La capacitación como herramienta para mejorar los desempeños profesionales, tiene innumerables desafíos entre ellos la reflexión sobre las fortalezas y debilidades que pueden observarse en el campo de la práctica; luego

de esta etapa se deberá planificar un proceso de formación continua que tienda a responder a estos análisis de campo.

En este sentido, la planificación estratégica plantea una nueva forma de diagnosticar la realidad, la explicación situacional. Esta surge de la necesidad de pensar la realidad no sólo a partir de nuestra auto referencia, sino además desde la visión de los otros. La referencia del otro, su explicación, producto de sus necesidades, condicionantes y aspiraciones, también forma parte de la realidad que tiene que ser explicada y comprendida en la explicación propia y en la de los demás.

6. ESTADO DEL ARTE

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de los aspectos necesarios para incorporar en una capacitación.

http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/tesisytr/index/assoc/D1296.dir/tesis-burgos-gomez-silvero-toscano.pdf

Los autores que fueron citados cómo referencia, han coincidido la responsabilidad y seriedad con la que abordan este tema. Tal como menciona el Cirujano Asistente en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, “La tutoría en los cirujanos e instrumentadores quirúrgicos en aprendizaje es muy importante. Debería ser fundamental una preparación de los profesionales en el área mucho más completa” De este modo se reducirían los riesgos por descuidos y con ello el número de demandas que se realizan por año.

Al respecto destacamos lo dicho en la Revista de cirugía del Uruguay. Finalmente, es necesario saber que asistimos a una nueva era o cambio en el concepto de “seguridad en el paciente quirúrgico”. Los avances tecnológicos y la creciente tasa de demandas judiciales en medicina plantean un escenario ideal en el que esta complicación jamás debería existir. “Sin embargo sabemos que pese a todas las consideraciones que hemos analizado, los oblitos seguirán existiendo en tanto existan los procedimientos quirúrgicos.

Se trata entonces de abordar el problema en forma sistematizada para reducir al mínimo su incidencia y morbilidad, para lo cual es necesario que todo el personal a cargo de la asistencia en block quirúrgico tome conciencia del cuidado y responsabilidad con la que debe manejarse el material quirúrgico, como ha sido señalado anteriormente por autores nacionales que se interesaron en el tema.”

Para ello se necesita capacitaciones que vayan acorde al nivel de responsabilidad y cuidados que deben tener los profesionales de la salud, en este caso Médicos cirujanos e instrumentadores quirúrgicos.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque: cualitativo.

Tipo de estudio: prospectivo, descriptivo y longitudinal.

Prospectivo: el estudio se basa en un diseño prospectivo. La recolección de datos se realiza luego de planificar el estudio.

Descriptivo: nuestro estudio está dirigido a caracterizar las variables que aparecen en la formulación de nuestro problema.

Transversal: el estudio es de este tipo cuando se analizan los datos obtenidos de un grupo de sujetos. Las encuestas son estudios transversales.

Muestra: instrumentadores de la planta quirúrgica de un Hospital del barrio de La Boca, en actividad, de todos los turnos incluso servicio de guardia.

El estudio de nuestra investigación está basado en un diseño investigativo prospectivo, es decir, que los fundamentos que avalan nuestro proyecto están referidos al análisis de los datos obtenidos en la actualidad mediante las técnicas de investigación empleadas.

Cronograma

X		2022					
X	Tiempo	control	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Tema de investigación	15 días						
Planteo del problema	15 días						
Justificación	15 días						
Objetivos	15 días						
Marco teórico	15 días						
Estado del arte	15 días						
Metodología	15 días						

Población

- Todos los instrumentadores quirúrgicos de un hospital público del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Muestra

- Los instrumentadores de la planta quirúrgica de un hospital del barrio de La Boca.

Unidad

- Cada instrumentador en actividad de planta quirúrgica y centro obstétrico de todos los turnos incluso servicio de guardia.

Criterios De Inclusión

- Los instrumentadores de la planta quirúrgica, centro obstétrico y servicio de guardia.

Criterios De Exclusión

- Los alumnos e instructores de la escuela de instrumentación.
- El investigador.
- Los instrumentadores que no asisten a quirófano.
- Los instrumentadores con licencia ordinaria o extraordinaria.

NÚMERO DE UNIDAD DE ESTUDIO: 50.

7.1 VARIABLES OPERATIVAS

Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorías
Registro documental en una cirugía	Documentación del recuento	Libro de cirugía	documenta
			No documenta
		Check List	Documenta
			No documenta
		Parte quirúrgico	Documenta
			No documenta
		Otros	Documenta
			No documenta
Olvidos quirúrgicos	Tipos de oblitos	Gasas	Si - No
		Agujas	Si- No
		Instrumental	Si - No
Conducta profesional	Conducta del recuento discrepante	Aviso al cirujano	Si- No
		Anota en libro de cirugía	Si- No
		Informar al supervisor	Si - No
Medidas de prevención	Prevención de oblitos	Realiza todas las normas establecidas	Siempre
			Nunca
		Realiza algunas normas establecidas	Siempre
			Nunca

7.2 Procedimientos para recolectar la información

Instrumentos de Medición

- Encuesta

El primer instrumento de medición elegido para llevar a cabo la comprobación de nuestro trabajo de investigación es la Encuesta. Debido a las características de nuestras variables, es el mecanismo de medición más confiable y válido para el desarrollo de las conclusiones finales. Nuestro objetivo de investigación está envuelto en una realidad subjetiva, ya que el tema problema depende de la conducta profesional que adoptan los profesionales implicados en nuestra problemática: Instrumentadores Quirúrgicos envueltos en casos de mala praxis por oblitos quirúrgicos. Nuestra encuesta está dirigida a medir el comportamiento profesional frente a diversas situaciones probabilísticas.

7.3 Procedimientos para la interpretación de los datos

- Matriz De Datos

Utilizamos una matriz para sistematizar la información recogida de la realidad mediante nuestras encuestas. En efecto, del análisis de la Matriz de datos obtenemos un conocimiento científico que describe y explica estadísticamente el comportamiento de los hechos.

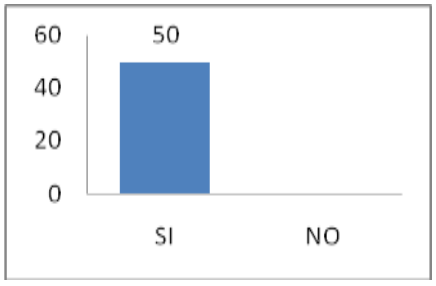
7.4 Presentación, análisis e interpretación de los datos

Pregunta N°1: ¿Sabe qué es un Oblito quirúrgico?

El objetivo de la pregunta es investigar si los Instrumentadores tienen conocimiento acerca del término utilizado para denominar a los olvidos quirúrgicos.

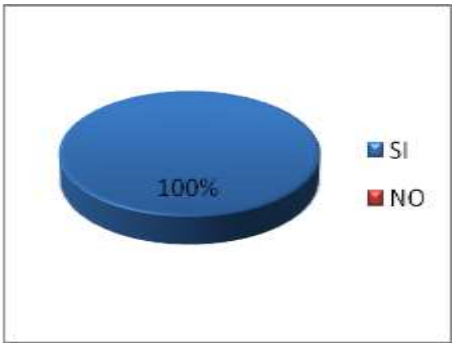
¿Sabe qué es un oblito?	Frecuencia Absoluta (Fa)	Porcentaje (%)
SI	50	100 %
NO	0	0%
Total	50	100%

Instrumentadores que conocen el término oblito.



Conclusión: De las 50 unidades de análisis todas responden que sí conocen el término Oblito.

Instrumentadores que conocen el término oblito.



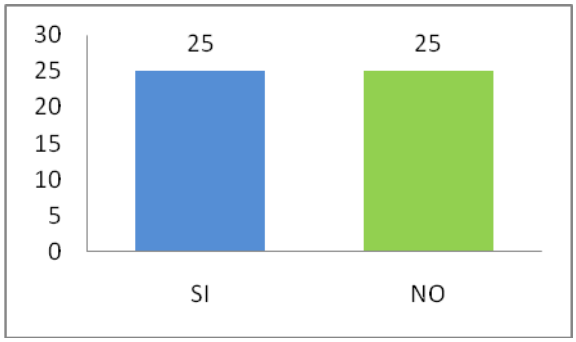
Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 100% responden que sí conocen el término Oblito.

Pregunta N°2: ¿Conoce los pasos a seguir en caso de oblito?

Saber si cada Instrumentador conoce cómo actuar profesionalmente en caso de denuncia.

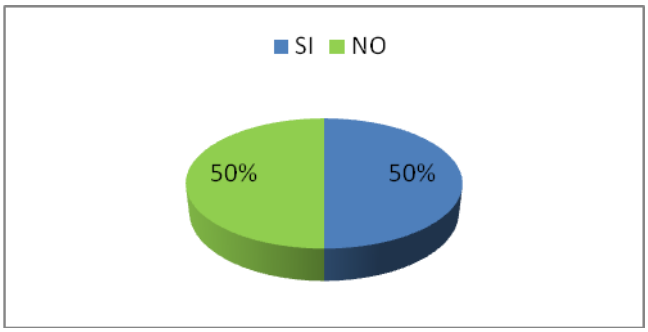
Pasos en caso de oblito	Fa	%
SI	25	50%
NO	25	50%
Total	50	100%

Conocimiento de los pasos a seguir.



Conclusión: La mitad de los encuestados desconoce los pasos a seguir en una denuncia por oblito.

Conocimiento de los pasos a seguir.



Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 50% no sabe cómo actuar en caso de oblito.

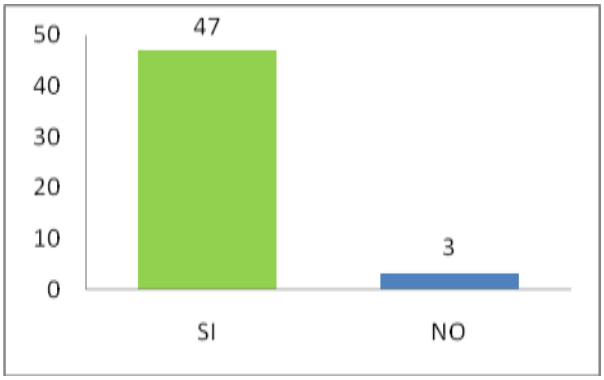
Pregunta N°3: ¿Cree que puede ser útil un protocolo de seguimiento en caso de oblito?

Averiguar si la implementación de un árbol decisorio responde de guía para los Instrumentadores involucrados en un caso de olvido quirúrgico.

Es útil un protocolo de seguimiento en oblito	Fa	%
SI	47	94%
NO	3	6%
Total	50	100%

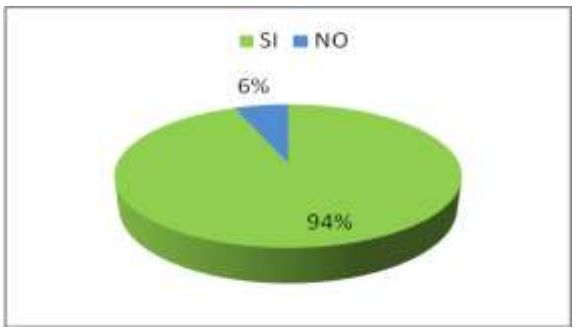
.

Importancia de un protocolo de seguimiento



Conclusión: De las 50 unidades de análisis, 47 cree que sí es importante un protocolo.

Importancia de un protocolo de seguimiento

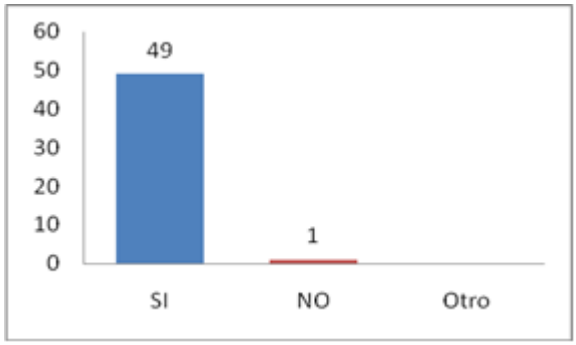


Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 94% concuerda que sería importante establecer un protocolo de seguimiento para saber cómo proceder cuando el Instrumentador es denunciado por un oblito

Pregunta N°4: ¿Cree que puede ser útil una capacitación de oblito por año?

Averiguar si la implementación de una capacitación anual aporta a los Instrumentadores involucrados en un caso de olvido quirúrgico.

¿Le resultaría útil una capacitación por caso de oblito por año?	Frecuencia Absoluta	%
SI	49	98%
NO	1	2%
OTRO	0	0
Total	50	100%



Conclusión: De las 50 unidades de análisis, 49 instrumentadores encuestados manifiestan que la capacitación es útil para poder reducir los casos de olvidos quirúrgicos.

Pregunta N°5: Teniendo en cuenta su experiencia ¿creé que todo el personal debería tener capacitaciones periódicas?

Averiguar si todo el personal que interviene en quirófano debería realizar capacitaciones periódicas sobre oblito.

Teniendo en cuenta su experiencia ¿creé que todo personal debería tener capacitación periódica?	Frecuencia Absoluta	%
Si	41	98%
No	9	2%
Otro	0	0
Total	50	100%

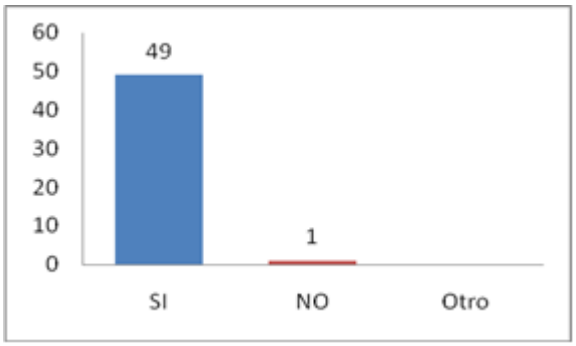


Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 98% de los instrumentadores encuestados dicen que sí es importante que todos los profesionales de la salud, deberían tener capacitaciones.

Pregunta N°6: Teniendo en cuenta su experiencia ¿creé que todo el personal debería tener capacitaciones periódicas?

Averiguar si todo el personal que interviene en quirófano debería realizar capacitaciones periódicas sobre oblito.

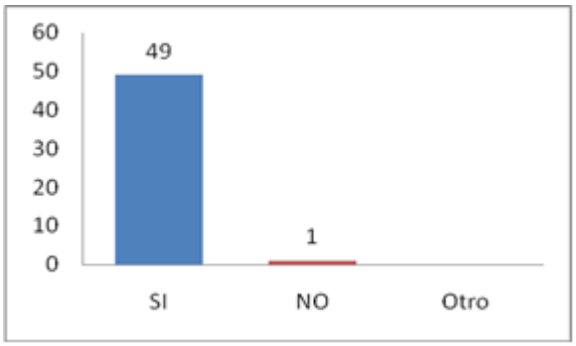
Teniendo en cuenta su experiencia ¿creé que todo el personal debería tener capacitaciones periódicas?	Frecuencia Absoluta	%
SI	49	98%
NO	1	2%
OTRO	0	0
Total	50	100%



Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 98% los Instrumentadores encuestados respondió que las capacitaciones mejoran la práctica profesional y reducen los olvidos quirúrgicos.

Pregunta N°7: ¿Cree que las capacitaciones mejoran la práctica profesional y reducen los olvidos quirúrgicos?

Teniendo en cuenta su experiencia ¿creé que todo el personal debería tener capacitaciones periódicas?	Frecuencia Absoluta	%
SI	49	98%
NO	1	2%
OTRO	0	0
Total	50	100%



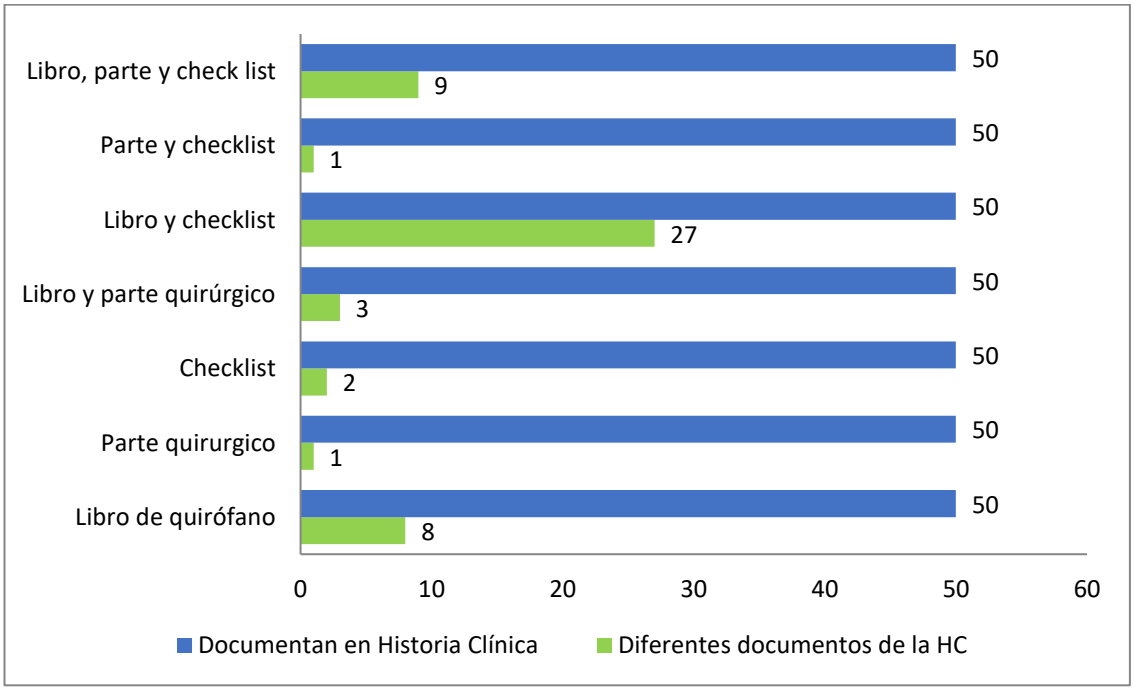
Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 49 los Instrumentadores encuestados respondió que las capacitaciones mejoran la práctica profesional y reducen los olvidos quirúrgicos.

Pregunta N° 8: ¿Dónde queda documentado el recuento?

Documentar los recuentos de materiales es una conducta profesional para evitar complicaciones legales.

¿Dónde queda documentado el recuento?	Fa	%
Libro de quirófano	8	16%
Parte quirúrgico	1	2%
Check list	2	4%
Libro y parte qx.	3	6%
Libro y Checklist	27	54%
Parte y Checklist	1	2%
Libro, Checklist y Parte Quirúrgico	9	18%
TOTAL	50	100%

Documentación de los recuentos



Conclusión: De las 50 unidades de análisis, todas documentan el recuento en algún registro documental de la cirugía. Existen 39 encuestados que anotan el recuento en distintos documentos de la historia clínica (Libro, checklist o parte quirúrgico).

Documentación de los recuentos



Conclusión: De las 50 unidades de análisis, el 100% realiza un registro de los recuentos de cada cirugía.

8. CONCLUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo comprobar que los Instrumentadores quirúrgicos necesitan capacitaciones periódicas en casos de mala praxis por olvidos quirúrgicos. La formación continua de los Instrumentadores Quirúrgicos reduciría, a través de capacitaciones, los casos de oblito.

Cuando la salud de un paciente es perjudicada, no sólo responderá el jefe del equipo, sino todos los integrantes. En la actualidad, el Instrumentador tiene responsabilidades propias, y lo que hasta ahora era sólo una responsabilidad médica, hoy puede terminar siendo una responsabilidad única de los Instrumentadores.

Según nuestra opinión el único camino a seguir es el que dictan las normas y la ley: dejar todo lo acontecido por escrito y comunicarlo.

La capacitación de los profesionales de salud reduciría:

- Alto porcentaje de Instrumentadores con conocimiento en casos de oblito.
- Los Instrumentadores no tienen consciencia real de los perjuicios en caso de oblito.
- No se cumplen todas las medidas de prevención necesarias.
- Todos los Instrumentadores se hacen responsables de documentar los recuentos en la Historia Clínica o en los libros accesorios.
- Los Instrumentadores realizan siempre el recuento de gasas, pero no de todos los elementos (agujas e instrumental).

Anexo

- **ENCUESTA**

Lugar_____ Fecha_____

Datos generales del encuestado

Profesión: _____

Turno laboral: _____

Antigüedad laboral: _____

Objetivo: conocer si los Instrumentadores Quirúrgicos saben qué perjuicios les puede traer estar involucrados en casos de oblitos.

Lea atentamente las preguntas y marque con una tilde la/ las opciones elegidas.

1. **¿Sabe qué es un oblito quirúrgico?**

- SI
- NO

2. **¿Conoce los pasos a seguir en caso de oblito?**

- SI
- NO
- Otro, aclare:

3. **¿Cree que puede ser útil un protocolo de seguimiento en caso de oblito?**

- SI
- NO
- Otro, aclare:

4. **¿Estuvo involucrado legalmente en un caso de oblito?**

- SI
- NO
- Otro, aclare:

5. **¿Cree que puede ser útil una capacitación de oblito por año?**

Si

No

Otro; aclare:

6. **Teniendo en cuenta su experiencia ¿creé que todo el personal debería tener capacitaciones periódicas?**

Si

No

Otro; aclare:

7. **¿Cree que las capacitaciones mejoran la práctica profesional y reducen los olvidos quirúrgicos?**

Si

No

Otro, aclare:

8. **¿Dónde queda documentado el recuento?**

- Libro de Quirófano
- Parte Quirúrgico
- Checklist
- Otro, aclare:

9. BIBLIOGRAFÍA

- Alba, A. (2013). Curriculum, crisis, mito y perspectiva. Bs. As. Ed. Miño y Dávila.
- Bueres, Alberto j., “Responsabilidad civil de los médicos”, ed. Hammurabi, Buenos Aires, 3ra. Edición renovada.2006.
- Burgos, Edith; Gómez, Paula; Silvero, Romina; Toscano, Tamara, “Accidentes con cortopunzantes en los instrumentadores quirúrgicos del Hospital Italiano de Buenos Aires”, en: http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/tesisytr/index/assoc/D1296.di r/tesis-burgos-gomez-silvero-toscano.pdf(poner
- Chinelli, Rodrigo Hernández-Gustavo, Rodríguez, Nemesio. Revista de cirugía del Uruguay. Vol.5. Num.2 (2021) http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2250-0039x2011000200004&lng=es&nrm=iso
- Dussel, I. (1997). Curriculum, humanismo y democracia en la escuela media argentina (18631920). FLACSO, Buenos Aires.
- Esteva, J. 1997. La dimensión tecnológica en la formación universitaria. En “El curriculúm universitario”. Alicia de Alba. UNAM.
- Esteva, J. 1997. La dimensión tecnológica en la formación universitaria. En “El curriculúm universitario”. Alicia de Alba. UNAM.
- Palladino (1998). Diseño curricular y calidad educativa. Bs As Ed. Espacio
- Perrier J. P., Berro G. Oblitos, “Aspectos quirúrgicos y médico-legales” 2017. Revista de Cirugía del Uruguay Vol. 5 núm. 2 (2021)
- Real Academia Española (Rae) (2021, 25 de octubre). *oblito*. https://dle.rae.es/oblito.