
PROTOCOLO EN DESARROLLO

El recuento o conteo de compresas en obstetricia y ginecología

José Lattus Olmos*

RESUMEN

El objetivo principal de esta presentación es establecer una normativa, hasta ahora inexistente en nuestro hospital, que asegure la máxima calidad en la prestación de cuidados al paciente que debe someterse a cirugía en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Los cuerpos extraños olvidados en el paciente constituyen la raíz de gran número de problemas deontológicos, legales y económicos. Con el objetivo de evitar estos problemas, cualquier quirófano debe tener establecido un protocolo para realizar el recuento de todo el material quirúrgico, y sobre todo las compresas, gasas y tómulas utilizadas en todas las cirugías, llámense laparotomías derivadas de la ginecología, operación cesárea y en el canal del parto en la atención del mismo o en el parto instrumentado.

Cómo y cuándo realizar el recuento, quiénes deben llevarlo a cabo, el registro, la actuación ante una incidencia, precauciones a tomar... son pautas importantes a seguir por todo el personal que trabaja en un quirófano. Incluyendo la existencia de protocolos para la manipulación de los distintos equipos auxiliares.

El estricto respeto de estos protocolos asegura al paciente una adecuada protección, y al personal que trabaja en quirófano, seguridad (control de infecciones, control de inventario, minimización de lesiones...). Este protocolo se ha llevado a cabo siguiendo la estructura de los manuales y procedimientos que existen en nuestro hospital y aquellos cuyos detalles son dados a conocer en las publicaciones respectivas.

Palabras clave: Recuento de compresas, cuerpo extraño, complicaciones y morbimortalidad.

SUMMARY

The target main of this presentation is establish a normative, until now non-existent in our hospital, that secure the maximum quality in the provision of care to the patient that must submit is to surgery in the service of Gynecology and obstetrics of the Hospital Santiago East Dr. Luis Tisné Brousse.

Forgotten foreign bodies in the patient constitute the root of large number of ethical, legal and economic problems. In order to avoid these problems, any operating room must have established a protocol to carry out the recount of all surgical material, and especially compresses, gauze and swab used in all surgeries, called laparotomy derived Gynecology, cesarean and in the care of the birth canal or in the instrumental delivery.

* Ginecólogo Obstetra. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Área Oriente-Peñalolén de Santiago. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse.

Correspondencia: doctorjoselattus@gmail.com

Recibido el 12 de diciembre, 2016. Aceptado el 2 de marzo, 2017.

How and when make the count, who should bring it to out, the record, the performance before an incidence, precautions to take... are guidelines important to follow by all the personal that works in an operating room. Including the existence of protocols for handling the various auxiliary equipment. Strict respect for these protocols ensures the patient adequate protection, and personnel working in the operating room, security (infection control, inventory control, minimizing injury...). This Protocol is carried out following the structure of the manuals and procedures that exist in our hospital and those whose details are given in the respective publications.

Key words: Compresses count, foreign body, complications and morbimortality.

INTRODUCCIÓN

El recuento o conteo de compresas en obstetricia y ginecología, es de suma importancia, ya que el conteo falsamente correcto por compresas pegadas, cansancio del equipo quirúrgico, operación difícil por sangrado profuso, en horario nocturno, imposibilidad de recuento (urgencia extrema, riesgo vital), múltiples equipos quirúrgicos, cambio de personal durante la cirugía, inesperado cambio del plan quirúrgico, compresas que se llevan fuera del pabellón por inexperiencia del personal, compresas en la basura, en la placenta, en la vagina, etc. Pone en riesgo, a veces vital, a una paciente y al equipo médico que interviene^{1, 2}.

Los cuerpos extraños olvidados en un paciente, en cualquiera de las circunstancias enumeradas anteriormente, constituyen un sinnúmero de problemas deontológicos, legales y económicos. La arsenalera, junto con la pabellonera y el cirujano responsable del quirófano en ese momento deben efectuar y responsabilizarse del correcto recuento de compresas, gasas, tómulas así como del material quirúrgico utilizado en la cirugía¹⁻³.

Los datos disponibles lo estiman en 1:8.800 cirugías generales y 1:1.000-1.500 cirugías abdominales. Y sobre todo que es un evento prevenible¹.

La Tabla 1, enumera los tipos de cuerpo extraño y los porcentajes de los diversos instrumentos, así como el porcentaje de los diversos sitios de retención.

Las medidas de seguridad a fin de evitar la pérdida de objetos quirúrgicos en una laparotomía o canal vaginal

incluyen ciertas reglas concernientes a su utilización. Estas reglas están casi universalmente aceptadas y deben ser seguidas con exactitud. Su infracción pone en peligro la vida del paciente, ya que se puede producir infección posoperatoria o una grave complicación si uno de los objetos antes numerados es olvidado en el procedimiento realizado. Las consecuencias de ello son sumamente graves, ya que el organismo responderá ante cualquier cuerpo extraño. El incremento de la inflamación en la herida operatoria quirúrgica, la fiebre y la infección de ella son evidentemente posibles⁴⁻⁸.

Por ello, para asegurarle a la paciente una adecuada protección, los materiales deben contarse antes y después de su uso. Las cantidades y tipos de compresas, gasas tómulas e instrumental utilizado varían en cada intervención quirúrgica⁹.

Dado que los recuentos de material se consideran como algo esencial para la práctica segura, y configuran la calidad de atención, el equipo quirúrgico que omite su recuento y el servicio que no establece procedimientos ni protocolos para dicho recuento o conteo podría estar en una seria posición legal¹⁰⁻¹³. Figura 1.

OBJETIVO

Estandarizar, actualizar y socializar el procedimiento de Recuento o conteo de Compresas y otros elementos utilizados en las diferentes intervenciones realizadas en el pabellón obstétrico y ginecológico, para disminuir el

Tipos de cuerpo extraño	
Se han descrito elementos retenidos de los más variados y asombrosos, pero los más frecuentes son:	
- Compresas	Uso frecuente, amorfas y pequeñas, 69% Mayor a 1 compresa retenida en el 7%
- Instrumental	31%
- Pinzas	7%
- Otros	24%
Las cavidades descritas más frecuentes como sitios de retención son:	
- Abdomen o pelvis	54 %
- Vagina	16-22 %
- Tórax	7,4 %
- Otros	17 %
	Canal espinal
	Cara
	Cerebro
	Extremidades

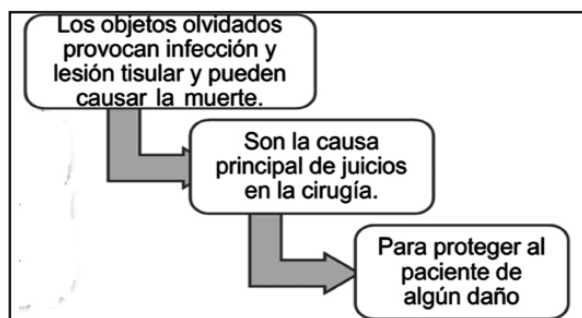


Figura 1. Importancia del recuento de compresas en una intervención quirúrgica.

riesgo de eventos adversos relacionados con el manejo de las compresas, controlar su uso y garantizar el bienestar de la paciente, lo que redundará en la calidad de la atención otorgada. Al mismo tiempo definir aquellos procedimientos quirúrgicos en los cuales se debe llevar un registro del recuento de compresas y elementos quirúrgicos.

Llevar un adecuado registro de la cantidad de compresas utilizadas para cada procedimiento quirúrgico en el formato establecido por la institución, para asegurar al paciente una adecuada protección, para ello los materiales se cuentan antes, durante y después de su uso en cada intervención.

Los recuentos también se realizan con el fin de controlar las infecciones, una compresa o aguja contaminada que pasa desapercibida al final de la intervención puede entrar en contacto con el personal que recoge y limpia el pabellón y realiza el inventario o revisión de la caja quirúrgica.

El control del inventario se verifica dando cuenta de la totalidad de instrumentos; así se asegura que éstos no se desechen accidentalmente con los paños, evitándose lesiones al personal que pudiese entrar en contacto con ellos.

Ámbito de aplicación

Este protocolo de actuación, frente al recuento o conteo de compresas, gasas y otros materiales quirúrgicos, es específico para el servicio del pabellón obstétrico y ginecológico y va dirigido a todos los profesionales médicos, matronas y técnicos de enfermería que laboran en un área quirúrgica y está orientado a disminuir los riesgos de oblitio en las cirugías, así como también, disminuir los riesgos de bioseguridad para el personal y de esta forma brindar una atención segura y de calidad en la atención de todas nuestras pacientes quirúrgicas.

Población a aplicar

Toda paciente que entre en el área quirúrgica, para cualquier tipo de procedimiento obstétrico, ginecológico o de parto, se le debe aplicar este protocolo para el conteo y recuento de compresas, gasas y otros objetos quirúrgicos.

Personal que interviene

Todo el personal debe participar para la realización de la técnica, procedimiento o proceso tal cual se describe a lo largo del protocolo.

Material

Las compresas son gasas de algodón finamente tejidas, contienen una cinta para su manipulación y una cinta radio opaca que ofrece una doble seguridad, se utilizan para el secado de manos poslavado quirúrgico, absorber sangre y líquidos corporales, proteger tejidos, aplicar presión o tracción y separar estructuras para una mejor visualización del área quirúrgica. Figura 2.

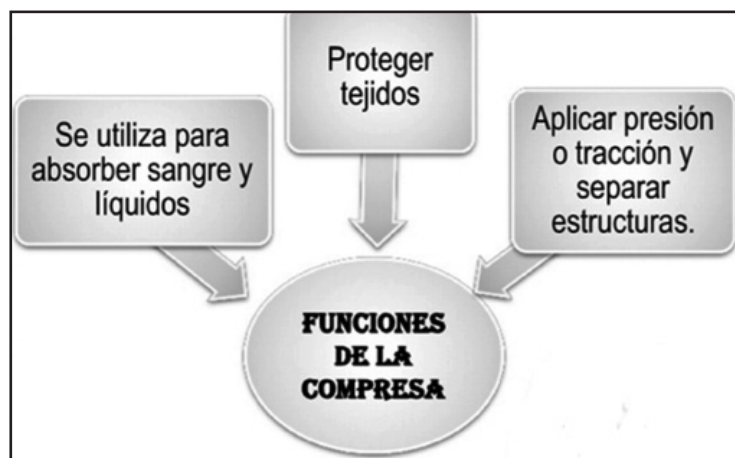


Figura 2. Utilidad de las compresas en intervenciones quirúrgicas.

Tipos de compresas

Existen diferentes tipos dependiendo de sus usos, pero aquí nos referiremos a las más utilizadas para nuestros procedimientos quirúrgicos y partos.

- **Compresas:** Con y sin cinta de contraste de igual tamaño. Las compresas con contraste se llaman compresas de laparotomía y están confeccionadas con un lazo de tela de algodón en una esquina mayormente de color azul para su mejor visualización y con el fin de aplicarse campos al lazo e impedir que quede dentro de la cavidad durante el cierre de la herida.
- **Gasas:** Con y sin contraste y de iguales dimensiones.
- **Tórulas:** Sin contraste. Deben ir siempre montadas en una pinza. Las que se colocan en la mesa y en el campo estéril deben ser detectables por los rayos X.

Instrumentos punzantes

- Hojas de bisturí.
- Hojas de bisturí electro-quirúrgico.
- Agujas quirúrgicas, desechables o reutilizables.
- Cualquier otro tipo de material punzante (iv, im, sc, catéter venoso, redón, etc.) que en un momento determinado pueda ser incorporado al campo.

Instrumental

Variará dependiendo del tipo de cirugía pero se debe contar siempre.

Secuencia de actuación

La regla general acerca de si se debe efectuar el recuento de objetos quirúrgicos o no, es:

- *“si un objeto puede perderse dentro de la herida quirúrgica, en una laparotomía, debe seguirse el procedimiento completo de recuento del mismo, antes de que se efectúe la primera incisión”.*

COMPRESAS

Medidas generales

En la mayoría de nuestros hospitales, existen paquetes con un número determinado de compresas gasas o tórulas que previamente se han retirado del servicio de esterilización o de negociador externo que provee de insumos al hospital correspondiente, son generalmente desechables. Si durante el recuento inicial o al incorporarlo al campo, el paquete contiene un número mayor o menor al indicado, el paquete entero se devuelve a la

pabellonera y se retira del pabellón. No es buena política intentar corregir errores o compensar discrepancias.

- Según se van usando las compresas se las arroja dentro de un cubo o compresero con ruedas o cualquier otro dispositivo preparado a tal efecto.
- Los recuentos se realizan de forma audible, deben realizarse de manera ordenada con numeración consecutiva, y no apresuradamente ni de forma sumatoria.
- Durante los recuentos cada compresa gasa o tórula debe separarse y contarse individualmente.
- Para el recuento la pabellonera utilizará unas pinzas o lo realizará con guantes.

Forma de contar

- La arsenalera toma en una mano el paquete completo de compresas, el pulgar debe estar sobre el borde de las compresas plegadas.
- Agita el paquete suavemente para separar las compresas.
- Con la otra mano, va sacando las compresas del paquete, una a una, numerándolas en voz alta mientras las apila sobre la mesa.

Procedimiento de recuento

Este es un método para responder de los utensilios que se depositan en la mesa estéril con el fin de ser usados durante la intervención quirúrgica.

Primer recuento

Lo realiza la persona que empaqueta los artículos en unidades estandarizadas para su esterilización. Si es una presentación comercial este recuento lo hace el fabricante.

Segundo recuento

La arsenalera, pabellonera e incluso con la colaboración del cirujano cuentan juntos todos los paquetes antes de que comience la intervención quirúrgica. Estos recuentos son el punto de partida para los siguientes recuentos.

La pabellonera anotará inmediatamente el número de artículos de cada tipo en el registro *ad hoc* o tablero.

Los paquetes adicionales se cuentan en lugar aparte lejos de los ya contados, por si fuera necesario repetir el recuento o desechar el artículo.

El recuento no debe interrumpirse. Si debido a una interrupción, un despiste o alguna otra razón, se debe dudar de que sea correcto, entonces se repite.

Tercer recuento

Antes de que el cirujano inicie el cierre de la laparotomía, o terminada la revisión y sutura del canal vaginal en el parto, se debe realizar recuentos en tres áreas:

1. Recuento en el campo operatorio: Esta área es la primera que debe contarse para no retrasar el cierre de la herida y prolongar la anestesia. El cirujano o el ayudante ayudan al instrumentista al recuento del campo quirúrgico.
2. Recuento de la mesa: La arsenalera y circulante cuentan juntos todos los artículos que hay sobre la mesa del instrumental y la mesa de Mayo, si se utilizó, mientras el cirujano y ayudante inician el cierre de la herida operatoria.
3. Recuento del suelo: La pabellonera cuenta las compresas y demás artículos que se han recogido del suelo o están fuera del campo estéril. Estos recuentos deben ser verificados por la arsenalera.

La pabellonera totaliza los recuentos del campo, de la mesa y del suelo. Si el segundo y el tercer recuento coinciden, el instrumentista le informa al cirujano que los recuentos están correctos (recuento completo). Lo ideal es que sean dos personas las que hacen el recuento.

Cuarto recuento o recuento final

En ocasiones, se realiza un recuento final al cerrar el tejido celular subcutáneo o la piel.

Sólo se le debe notificar al cirujano que un recuento es correcto cuando se haya terminado de contar físicamente, con números de forma sucesiva.

Solo se realiza para verificar los demás recuentos.

La pabellonera documenta en el registro del paciente qué se ha contado, cuántos recuentos se han realizado y por quién, y si los recuentos son correctos.

Si se retiene intencionadamente o deja alguna compresa o gasa, especialmente en los casos de canal del parto y cirugía vaginal ginecológica con bastante frecuencia, para hacer un relleno hemostático (taponamiento) o si

un instrumento tiene que permanecer junto al paciente, también debe documentarse en el registro del paciente, especialmente si queda profundamente instalado y no se ven sus extremos. Figura 3.

Recuento incorrecto

Si en cualquier momento durante el procedimiento quirúrgico el recuento no coincide con el número de elementos contados previamente, se repite el recuento a fin de verificar la pérdida. Se deben seguir ciertos procedimientos de forma estricta:

- Informar al cirujano inmediatamente.
- Repetir el recuento completo.
- Buscar el artículo de forma que:

La pabellonera buscará en los recipientes de basura, bajo los muebles y especialmente debajo de la mesa quirúrgica, en el suelo, en el cesto de la lavandería y por todo el quirófano.

La arsenalera buscará en los paños, y debajo de los artículos de la mesa de Mayo y del instrumental.

El cirujano buscará en la herida y en el campo quirúrgico, en el caso de cesáreas, en las zonas laterales que se relacionan con la perforación del paño quirúrgico para la incisión de la laparotomía.

La pabellonera llamará a su supervisor, en este caso a la matrona a cargo del pabellón obstétrico inmediatamente para que compruebe el recuento y ayude en la búsqueda.

Después de agotarse todas las opciones de búsqueda, y que se mantenga el conteo o recuento incompleto, la normativa estipula que se le realice una radiografía de abdomen simple al paciente antes de que éste abandone el quirófano, para observar las cintas radio opacas.

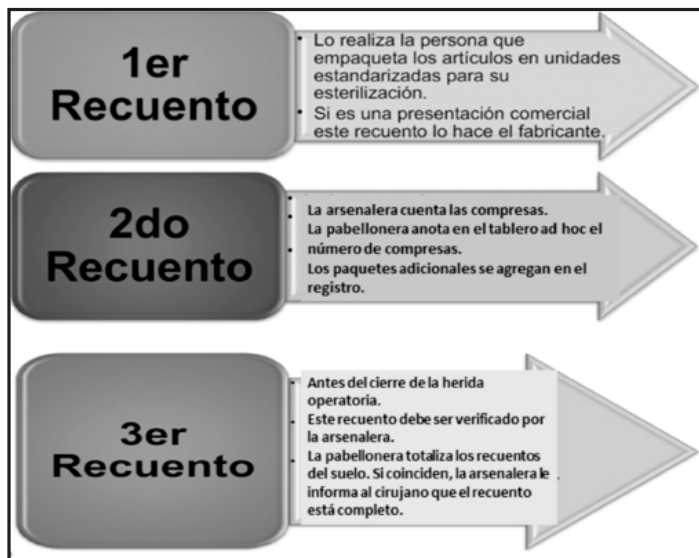


Figura 3.

Tanto la arsenalera como el cirujano pueden indicar que se tome una radiografía inmediatamente con un portátil, pero también a causa de la situación del paciente o por tener una seguridad razonable, basada en la exploración de la herida, de que el elemento no está en el paciente, el cirujano puede preferir completar primero el cierre.

Respecto de ello comentar: La radiología es una buena herramienta con que se cuenta para minimizar el riesgo de abandonar un cuerpo extraño. Algunos proponen la radioscopia rutinaria y otros, selectiva en algunos casos, como:

- Imposibilidad de recuento
- Conteo discrepante
- *Screening* en pacientes de alto riesgo (obesos, urgencia, etc.)

Se describen falsos negativos de la radioscopia, que puede llegar hasta 10%.

Algunos estudios han demostrado mayor seguridad cuando es interpretado por radiólogo.

Agujas menores a 17 mm tienen altos falsos negativos.

El costo/efectividad de realizar *screening* radiológico en pacientes de alto riesgo, es decir selectivo, se justifica si el costo de la radioscopia es menor a U\$100. Serían necesarias 300 radioscopias para detectar 1 cuerpo extraño retenido.

Se están estudiando otros sistemas de detección, como el uso de lectores de códigos de barras, pero sólo en etapa experimental.

La pabellonera debe escribir un informe del incidente, indicando todos los esfuerzos y acciones realizados para localizar el elemento extraviado, incluso cuando éste haya sido localizado en una radiografía. Este informe tiene trascendencia legal a la hora de verificar que se realizaron los esfuerzos pertinentes para encontrarlo. Si el elemento no se localiza en la radiografía, el informe servirá de llamada de atención al personal sobre la necesidad de hacer un recuento y un control más cuidadoso de todos los elementos utilizados en esa cirugía en ese pabellón y a la hora indicada.

El recuento puede fallar por varias razones:

- Falsamente correcto por compresas pegadas, cansancio del equipo quirúrgico, operación difícil por sangrado profuso, en horario nocturno, imposibilidad de recuento (urgencia extrema, riesgo vital), múltiples equipos quirúrgicos, cambio de personal durante la cirugía, inesperado cambio del plan quirúrgico, compresas que se llevan fuera del pabellón por inexperiencia del personal, compresas en la basura, en la placenta, en la vagina, etc.
- El 76% a 88% de los recuentos realizados en las cirugías en que se retuvo algún cuerpo extraño, fue informado como correcto.
- Recuento discrepante, es decir, no coincide con el recuento inicial. Por el contrario, un recuento incorrec-

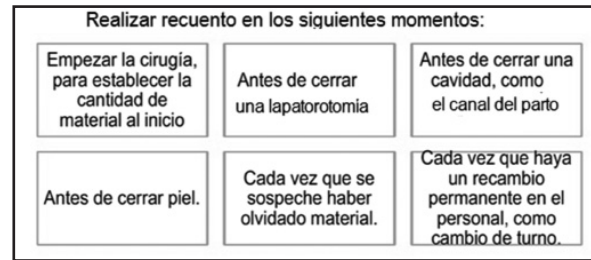


Figura 4.

to es aquel que falsamente coincide con el recuento inicial. Un recuento discrepante puede ser motivo de retención por:

- Ser ignorado por el cirujano.
- Por no reexplorar asegurando que no está dentro de la cavidad
- Falso negativo a la radiología

Instrumentos punzantes

El recuento se lleva a cabo según la etiqueta de cada paquete, teniendo en cuenta que algunos paquetes contienen varias agujas.

Instrumental

Forma de realizar el recuento:

Arsenalera

Extraer el material de la caja y colocarlo sobre un paño enrollado o cualquier otro mecanismo que permita una fácil visualización. Agruparlos según su uso facilita la manipulación y el recuento.

Luego de finalizada la cirugía, recuperar todo tipo de instrumental para que pueda contarse.

Pabellonera

Hacerse cargo de todas las partes desmontables y desarmadas a la hora de contarlas o durante su montaje.

Recuperar y guardar todos los fragmentos de cualquier instrumento que se rompa durante su uso. Reponerlo.

Cualquier instrumento añadido a la mesa después del recuento inicial, deberá tenerse en cuenta para el recuento final, exceptuando aquél que habiendo sido retirado del campo estéril, haya sido esterilizado. Si no se hubiera esterilizado debe ser retenido por la pabellonera y se añade al recuento correspondiente.

Precauciones

Relevos

Si la arsenalera o pabellonera son relevados de forma permanente por otra persona durante la intervención

quirúrgica, por cualquier circunstancia, la persona entrante debe verificar todos los recuentos antes de que la persona relevada abandone el quirófano, excepto en caso de enfermedad o lipotimia u otro evento. (La arsenalera y pabellonera que realizan los recuentos finales son las responsables de la totalidad de los recuentos).

El registro operatorio del paciente debe reflejar el cambio del personal y que el recuento de material haya sido firmado por la persona que deja el quirófano.

Situaciones de urgencias o emergencia

Si uno de los recuentos es omitido, debe ser a causa de una urgencia o emergencia y debe reflejarse en el registro del paciente, el incidente debe documentarse de acuerdo con las normas y procedimientos institucionales.

Cualquiera sea la causa o la ocasión en la que se omita, se interrumpa o se rechace un recuento por parte del personal responsable la razón debe documentarse por completo.

Excepto en las cirugías de urgencias o emergencia el equipo de pabellón no debe permitir que otros profesionales traten de disuadirle de que efectúen un recuento adecuado.

Rotura de objetos punzantes e instrumental

Si cualquier objeto punzante o cualquier pieza de instrumental se deteriorasen o rompiesen, la enfermera circulante y la enfermera instrumentista deben cerciorarse de que todos los fragmentos se recuperen o de que sean tenidos en cuenta si el cirujano decide no recuperar alguno de ellos. En ocasiones, el riesgo de recuperar un fragmento es mayor que el de dejarlo encapsulado en el tejido, y depende netamente del cirujano y su equipo, y es de su total responsabilidad. La pabellonera debe reflejarlo en el registro del paciente y debe llevar la firma del cirujano responsable.

Observaciones

El registro de la intervención puede ser requerido y aceptado como prueba médico legal.

La responsabilidad de hacer recuentos de todas las compresas, gasas y tórulas, objetos punzantes e instrumental antes de que comience la intervención quirúrgica y en el momento del cierre de la herida recae sobre la arsenalera, pabellonera y sobre el cirujano responsable del quirófano ya que juntos realizan los procedimientos de recuento tal y como se definen en las normas y procedimientos de la institución.

El cirujano dejará constancia del recuento de compresas completo en el protocolo quirúrgico estampando su firma al final de éste.

Métodos para proteger las compresas

Arsenalera

- Mantener las compresas de forma separada al resto del material en la mesa del instrumental. No cortar las compresas, ni retirar el hilo radiopaco.
- No mezclar en un mismo grupo para recuento, compresas, gasas y/o tórulas.
- No entregar la pieza para anatomía patológica si la hay, en una compresa, hacerlo en un paño *ad hoc* o en un riñón o depósito específico para tal efecto.
- No entregar el feto a la matrona con una compresa, ni permitir que ella lo reciba con una compresa de las mismas características a las que estamos usando.
- Dejar en el campo dos compresas e irlas intercambiando; poner las limpias antes de retirar las sucias.
- Una vez que se abre el peritoneo o la incisión se extiende profundamente en una cavidad corporal donde podría perderse una compresa, deben tomarse tres precauciones alternativas: Retirar todas las piezas pequeñas; utilizar sólo compresas de laparotomía y si éstas se usan para separar órganos, utilizar el lazo de algodón para identificarlas.
- Utilizar las torundas con pinzas.
- Entregar al cirujano las compresas de una en una.
- Contar con la pabellonera las compresas que se van añadiendo durante la intervención antes de humedecerlas o usarlas, y anotarlas en la pizarra *ad hoc*.
- No añadir ni retirar compresas del campo durante el recuento.
- Por ningún motivo ningún miembro del equipo quirúrgico está autorizado para abrir paquetes de compresas en el pabellón sin haber informado a la arsenalera o pabellonera.
- La arsenalera hace la Pausa Quirúrgica, informando el recuento definitivo de compresas al cirujano.

Pabellonera

En nuestro quirófano también participan otros profesionales que en algunos momentos utilizan gasas o compresas. Para que éstas no interfieran en el recuento de la pabellonera, una medida puede ser almacenarlas en un cubo o bolsa aparte e identificarlo y otra medida que incrementaría la seguridad, sería utilizar compresas o gasas de otro color para estos profesionales (Ej.: verdes para anestesia o para pediatras).

- Verificar que se encuentren vacías todas las cubetas dentro del quirófano antes de iniciar una cirugía, esto es de suma importancia.
- No permitir amarrar las manos del paciente con gasas largas (usar vendas o correas especiales).
- No sujetar las extremidades del paciente con compresas, especialmente en partos e intervenciones ginecológicas de periné.

- Desplegar o agitar suavemente las compresas para asegurarse que no hay adheridas otras entre ellas, especialmente en la placenta y anexos ovulares en cesáreas.
- Contar las compresas utilizadas en múltiplos o submúltiplos del número total del paquete, habitualmente de cinco. Apilarlas en unidades separadas para cada tipo de compresas.
- Adicionar las compresas cuando a la arsenalera le resulte cómodo contarlas. Contarlas y registrarlas en seguida.
- Recoja todas las compresas sucias en una bolsa de plástico tras el recuento final. Si ha usado guantes, deséchelos en esa misma bolsa y lávese las manos inmediatamente.
- No se deben utilizar las compresas radiopacas para el vendaje de la herida pues distorsionan radiografías posteriores.
- No retirar las compresas del quirófano hasta que la intervención haya acabado.
- No permitir el retiro de las papeleras o cubetas dentro del quirófano hasta tanto no salga el paciente.

Métodos para hacerse cargo de los instrumentos punzantes

Arsenalera

- Deje las agujas en su propio envase, éste debe permanecer cerrado hasta su utilización.
- Entregue las agujas al cirujano en forma de intercambio, es decir, entregue una cuando le devuelvan otra.

- Utilice las agujas y portaagujas como una unidad. No deben estar sueltos por la mesa.
“Ninguna aguja sobre la mesa sin un portaagujas y ningún portaagujas sin una aguja”

Pabellonera

- Abrir sólo el número de paquetes de sutura que calcule se vayan a usar, y los que le solicite la arsenalera.
- Los instrumentos punzantes que ya se han contado no deben sacarse del quirófano durante la intervención.
- Un instrumento punzante se retirará del campo estéril cuando pinche, corte o desgare el guante de un miembro estéril del equipo. Debe retenerse y añadirse al recuento final de la mesa y del campo.

Finalmente como corolario:

Son dos las doctrinas jurídicas aplicadas en este tema en EE.UU., implicando jurisprudencia en diferentes estados:

- “Res ipsa Loquitur”, es decir, las cosas hablan por sí solas. El cuerpo extraño se olvidó como consecuencia de un acto negligente. Es el tipo de cosas que no ocurren a menos que exista alguien negligente.
- “Capitán del buque”, es decir, el cirujano es el responsable final, ya que es quien colocó la compresa olvidada. Este principio es cada día menos aplicado y verdadero. Todo el equipo quirúrgico tiene algún grado de responsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. GAWANDE A, STUDDERT D, ORAV J, BRENNAN T, ZINDER M. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *N Engl J Med* 2003; 348: 229-35.
2. CAMPAÑA V, GONZALO Rev. *Chilena de Cirugía*. Vol 58 - Nº 5, Octubre 2006; págs. 390-392. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos. Surgical adverse events. Prevention. Chapter III: Retained sponges and others.
3. Recommended Practices for Sponge, Sharp and Instrument Counts. AORN Recommended Practices Committee. Association of Perioperative Registered Nurses. *AORN J* 1999; 70: 1083-9.
4. BERRY & KOHN. Versión en español de la 8ª edición de la obra original en inglés. *Enfermería MOSBY “Técnicas de quirófano”*, 8ª edición. Elsevier, 1998.
5. DONABEDIAN, A. La calidad asistencial: el modelo industrial sobre el modelo de calidad de la salud. Prensa médica, México, 1993.
6. FULLER J. Traducción de Editorial Médica Panamericana. Instrumentación Quirúrgica “Principios y practica”, 3ª edición; Panamericana; México; 2002.
7. MALAGON-LONDOÑO Y COL. Garantía de calidad en salud. Edit. Panamericana. Madrid 2000.
8. VUORI HI. El control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Edit. Masson. Barcelona, 1998. *Enfermería Global* Nº 7 Noviembre 2005 Página 15.
9. LAUWERS PR, VAN HEE RH. Intraoperitoneal Gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg* 2000; 24: 521-7.
10. CYHAN, BULENT, MENTEP, TAPCILAR, KAYHAN, UCAN ET AL. Surgical Gauze Pseudotumor Eroding into the Intestine. *Gazi Medical J* 1997; 8: 122-5.
11. GIBBS V, AUERBACH A. The Retained Surgical Sponge. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Chapter 22.
12. KAISER CW, FRIEDMAN S, SPURLING KP, SLOWICK T, KAISER HD. The Retained Surgical Sponge. *Ann Surg* 1996; 224: 79-84.
13. ZUFFOLETTO JM. Nurses vs Surgeons Responsibility for Sponge Counts. *AORN J* 1993; 57: 1457-8.