

OBLITOS QUIRÚRGICOS: ¿IATROGENIA, ERROR INVOLUNTARIO O NEGLIGENCIA? SU ANÁLISIS MÉDICO- FORENSE, JURÍDICO Y DEONTOLÓGICO

SURGICAL OBLITES: ¿IATROGENESIS, INVOLUNTARY ERROR OR NEGLIGENCE? ITS MEDICAL-FORENSIC, JURISTIC AND DEONTOLOGICAL ANALYSIS

Araujo-Cuauro J.C.
Profesor de Medicina Legal.
Universidad del Zulia (LUZ)
Maracaibo.
Venezuela.

Correspondencia: j.araujo@sed.luz.edu.ve

Resumen: El oblito o retención de cuerpo extraño después de un procedimiento quirúrgico es un problema real, vigente, prevenible, que afecta la seguridad del enfermo quirúrgico. Su incidencia se desconoce a ciencia cierta, ya que existe un subregistro de su ocurrencia debido al riesgo potencial de conflictos deontológico, médico legal y forense. El objetivo de este artículo fue analizar, si su ocurrencia es debida a un error involuntario o negligencia en el ejercicio de la cirugía y cuál es su transcendencia deontológica e inclusive jurídica. La aparición de un oblito quirúrgico, es una responsabilidad médico legal que solo figura en cabeza del cirujano principal como jefe de la sala quirúrgica; es por ello, la importancia de evaluar la responsabilidad médico legal de todos los participantes del acto quirúrgico, establecer quien es el responsable y quien debe asumir las consecuencias del perjuicio que este genere. Es evidente, que ante la presencia de un oblito quirúrgico existe un responsable deontológico-legal que tiene la obligación de reparar el daño causado. Se concluye, que es evidente, que el error principal no es del médico cirujano; sin embargo, la responsabilidad recae sobre él por ser el líder dentro de la sala quirúrgica. 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.

Palabras clave: Oblito quirúrgico, error, negligencia, cirugía, deontológica, médico legal.

Abstract: The oblite or foreign body retention after a surgical procedure is a real, current, preventable problem that affects the safety of the surgical patient. Its incidence is unknown for certain, since there is under-recording of its occurrence due to the potential risk of deontological, medical-legal and forensic conflicts. The objective of this article was to analyze whether its occurrence is due to an involuntary error or negligence in the practice of surgery and what its deontological and even legal significance is. The appearance of a surgical oblite is a legal medical responsibility that only appears in the head of the main surgeon as head of the surgical room; For this reason, it is important to evaluate the medical-legal responsibility of all participants in the surgical act, establish who is responsible and who must assume the consequences of the damage it generates. It is evident that in the presence of a surgical oblith there is a deontological-legal person responsible who has the obligation to repair the damage caused. It is concluded, which is evident, that the main error is not that of the surgeon; However, the responsibility falls on him to be the leader within the surgical room. It is not true that the responsibility lies solely with the doctor, which is why it cannot be individual, but on the contrary, attribute to each of the members the responsibility that corresponds to each one.

Keywords: Surgical oblite, error, negligence, surgery, deontological, legal medicine.

“Por lo general, un error médico no tiene por qué ser una imprudencia o negligencia médica, pero una imprudencia o negligencia sí tiene un error médico como origen”

INTRODUCCIÓN

En el mundo de la asistencia médica tiene gran relevancia el área profesional dedicada al manejo del material e instrumental médico quirúrgico y a la asistencia en el quirófano que requiere dirección, ejecución, supervisión por parte del personal salud que allí elabora. Debido a que los daños frecuentes en cirugía son los oblitos (cuerpos extraños), las quemaduras y las fallas de asepsia y antisepsia³, las cuales no permiten una reparación total del daño, ya que pueden o

dejan secuelas o lesiones que afectan y cambian la calidad de vida del paciente. Por esto la importancia de la prevención para el grupo quirúrgico.

No obstante, cuando se ejerce la atención en salud siempre esta latente y existe el riesgo de daño al paciente, aunque el procedimiento sea permitido, sea beneficioso y consentido. Es por ello, que el solo hecho de que un paciente visite una institución de salud puede significar un posible daño causado por el ambiente y en consecuencia vulnerar su carácter anímico. En la actualidad el enfoque que se busca es la seguridad del paciente y en el área de quirófano tiene que ser más estricta por la complejidad que representan los procedimientos quirúrgicos ⁽¹⁾.

Ya que la máxima de la medicina hipocrática "*Primum non nocere*" es inseparable al médico, pero el ejercer la medicina tiene riesgos aún en las mejores situaciones. Es por ello que los errores médicos son parte inseparable del ejercicio de la medicina. Al momento de un acto médico, se puede afirmar que no existe ningún estándar de oro que permita detectar a todos los eventos adversos o errores en medicina. El error cobra importancia a punto de partida de la producción de un daño o injuria en quien lo padece, circunstancia que se opone a esta máxima griega.

La reiteración y continuidad de acontecimientos adversos y de complicaciones es una circunstancia de sumo interés en la valoración de la calidad de atención quirúrgica. Siempre hemos escuchado la frase "*Errare humanum est, sed perseverare diabolicum*" ("Errar es humano, pero persistir en el error es diabólico"), a partir de la cual se aceptó la falibilidad del ser humano y que, por lo tanto, habrá errores siempre y en todas las actividades que este desempeñe. Ya desde los antiguos babilonios en el Código de Hammurabi se aprecia la secuencia error-culpa-castigo para los cirujanos ⁽²⁾.

Habitualmente, la reacción inicial ante la ocurrencia de un error es buscar a un culpable: en muchos sistemas de salud como el venezolano existe una "cultura del error prevalente" que supera el enfoque sobre los sistemas de atención como causa del "error", lo que significa que todo error es seguido, en mayor o en menor grado, por la búsqueda, categórica o no, de un culpable o responsable ^(1,2).

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. Es por esto que el concepto de cirugía segura conlleva la certeza de que se estará exento de riesgo, es decir, de daño o eventos adversos, lo cual es prácticamente utópico, ya que todo acto quirúrgico implica arrojarse riesgos. La existencia de material médico quirúrgico retenido, es decir cuerpos extraños, denominados antiguamente "*corpus alienumintrabdominal*", sin ningún efecto terapéutico, pero que pueden suscitar un grave problema de morbimortalidad y derivar en un problema médico legal. Pero se tiene que tener presente que están excluidos de esta denominación todos aquellos componentes que se encuentran en el organismo cumpliendo una función terapéutica estética como lo representan; las prótesis, suturas metálicas, parches mallas, otros. Hoy día se le conocen como oblitos en forma no deliberada, premeditada y/o intencionada, es un evento adverso potencialmente evitable, incluido entre los designados "*never events*", es decir, aquellas complicaciones que jamás deberían suceder ⁽³⁾.

Si bien es cierto el léxico del término "oblito quirúrgico" es redundante, pero en lo general se acepta su empleo. La palabra deriva del vocablo latín "*oblitumoblivus*" (olvidado-olvido). ¿Qué es un oblito? este define como a todo aquel objeto o cuerpo extraño olvidado que persiste en el interior de una cavidad corporal o sitio quirúrgico durante una intervención quirúrgica de un individuo en forma no intencional una vez que este abandona la sala quirúrgica hospitalaria, en oposición a lo que ocurre con otros objetos o materiales quirúrgicos como clips metálicos o prótesis que son colocados intencionalmente con mucho mayor frecuencia. El oblito o retención de un cuerpo extraño después de un procedimiento quirúrgico es un problema real, vigente y prevenible que afecta la seguridad del paciente quirúrgico ^(1,2).

En cuanto a su incidencia esta oscila entre 1/8.000 – 18.000 intervenciones quirúrgicas, 1/1500 laparotomías aproximadamente, y aunque puede estimarse parcialmente baja en comparación o semejanza con otros eventos adversos, su trascendencia reside en que se trata de una circunstancia potencialmente evitable. Esta estimación se basa exclusivamente en reclamos por mala praxis.

No obstante, la verdadera incidencia de cuerpos extraños olvidados en los pacientes es sumamente difícil de determinar debido a la dificultad para obtener datos precisos acerca de nuevos casos, el pánico a las posibles implicancias y acciones médico-legales hace que este hecho suela permanecer como confidencialidad de quirófano ^(2,3).

En cuanto a los factores de riesgo, determinados procedimientos quirúrgicos y situaciones conllevan mayor riesgo de oblitos, son diversos los estudios que han revelado algunos factores de riesgo asociados a la retención de cuerpos extraños, los que la literatura ha mencionado, entre los que se destacan: (1). Cirugías de Urgencia ($p < 0,001$) la probabilidad de olvidos en estos casos es nueve veces mayor que en cirugías electivas; (2). Cambio inesperado del plan quirúrgico ($p < 0,001$); (3). Imposibilidad de recuento por urgencia extrema, riesgo vital ($p = 0,01$); (4). Obesidad ($p = 0,04$); (5). Múltiples equipos quirúrgicos ($p = 0,05$); (6). Excesiva pérdida de sangre (> 700 ml) ($p = 0,06$); (7). Cambio de personal durante la cirugía ($p = 0,16$), es típico el cambio de la instrumentadora y la circulante porque terminó su turno, es decir su horario; (8). Cansancio del equipo quirúrgico; (9). Procedimiento difícil; (10). Horario nocturno; (11). Fin de semana; y (12). Múltiples procedimientos en el mismo acto quirúrgico ⁽³⁾.

Con respecto a los tipos de cuerpo extraño, se han reseñado elementos retenidos de los más diversos y sorprendente, pero los más frecuentes son: (a). Compresas 69% (en el 7% de los casos es más de una compresa); (b). Instrumental 31%; (c). Pinzas 7%; y (d). Otros 24%. Mientras que las cavidades corporales más descritas como los más frecuentes sitios de retención del oblito son: (i). Abdomen o pelvis 54%; (ii). Vagina 16-22%; y (iii). Tórax 7,4%. Finalmente, el tiempo transcurrido entre la cirugía inicial y la detección del oblito, va de 1 día a 6 años (promedio 21 días) ⁽¹⁻³⁾.

Es por lo antes expuesto que debería existir una norma actualizada para establecer qué se debe contar, quién debe hacerlo, cuándo y cómo. También debe abordar la responsabilidad de la documentación del recuento y la conducta a adoptar ante recuentos discrepantes. Las instituciones deberían revisar sus políticas actuales referidas a este tema y determinar si se requieren cambios. En casi el 90% de las cirugías en que se retuvo algún cuerpo extraño y se realizó el recuento el mismo fue informado como correcto. Este error en el conteo puede muchas veces vincularse al cansancio del equipo o a la complejidad del procedimiento, en casi el 90% de las cirugías en que se retuvo algún cuerpo extraño y se realizó el recuento el mismo fue informado como correcto.

Desde la perspectiva médico legal y forense, se le valora como un hecho incidental infortunado, inoportuno y/o desacertado; incidental, porque es realmente un hecho imprevisto que acontece en el transcurso de una tarea y tiene con ésta algún enlace. Infortunado, porque no es únicamente producto de la buena suerte, que provoque felicidad, ni resultado de ella.

El abandono u olvido de un cuerpo extraño (oblito) en la cualquiera cavidad de la anatomía corporal del paciente, posteriormente o seguidamente de ejecutada una intervención quirúrgica, se encamina, más allá de toda duda razonable, un supuesto de culpa. Su presencia indica y demuestra una omisión, una negligencia que es atribuible e imputable al cirujano jefe del equipo quirúrgico, aun cuando este no se ocupase personalmente de éstos; responde por la conducta de sus componentes, cuyas actividades en aquel acto orienta y coordina.

Es por esto que la doctrina jurídica aplicada en este tema es: “*Res ipsa Loquitur*”, las cosas hablan por sí solas. El cuerpo extraño se olvidó como consecuencia de un acto negligente. Estas cosas no ocurren a menos que exista alguien negligente. Todo el equipo tiene algún grado de responsabilidad ^(3,4).

En estos supuestos de "oblito quirúrgico", si bien participa de manera preponderante, una cosa en la producción del daño, en realidad es el hecho humano deficiente el que con dicha cosa causó el daño. Por lo que, en los supuestos de oblito quirúrgico, el fundamento de la responsabilidad médica consiste en el daño causado por el médico con la cosa, valiéndose de ella (artículo 1.193º y 1.185º Código Civil venezolano), existiendo una inversión de la carga de la prueba; en consecuencia, los daños ocasionados al paciente en virtud del oblito, crean una presunción de responsabilidad en contra del profesional interviniente. Dicha presunción solamente podrá ser destruida acreditando una conducta diligente y prudente ⁽⁵⁾.

La motivación del presente artículo es analizar, por un lado, si el oblito quirúrgico es siempre un ¿Error involuntario o negligencia en el ejercicio de la cirugía? Y por el otro lado cual es la transcendencia deontológica, médico legal y forense.

Esta investigación será de carácter médico-jurídico y se efectuará bajo el aspecto de un estudio documental y hermenéutico.

IATROGENIA Y ERROR EN EL EJERCICIO MÉDICO QUIRÚRGICO. UNA PRESENCIA INEVITABLE

El ejercicio de la medicina como ciencia o arte contiene infinita la posibilidad intrínseca de errores o daños, incluso en las mejores condiciones y con los más perfectos y óptimos cuidados disponibles. Esto da origen a la reflexión de que, no dañar implica no actuar o quizá, se pueden ocasionar mínimos daños a cambio de grandes beneficios. Es por ello que la cualidad humana está ligada al error en cualquiera de las actividades y donde el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción.

Es necesario contextualizar el término Iatrogenia, concepto médico legal construido por las raíces griegas *iatros* (médico) y *genia* (engendrar). Sin embargo, para una definición correcta es necesario ampliar el término, es así como el concepto que *iatros* significa médico en griego y génesis es crear o *iatros* que significa medicina, y *degennam* que es ocasionar un error, la palabra también describe los daños que presenta el paciente derivado del procedimientos diagnóstico, terapéutico, medicamento o acto, desencadenando en una complicación, patología o muerte. Otros la definen como como *iatros*-médico y *geno*-producir ⁽⁶⁾.

Iatrogenia es una palabra derivada que implica daño o bien la afección que le produce al paciente un determinado método de estudio o terapéutico, así como las relacionadas con los "inconvenientes derivados de la aplicación de la terapéutica más elaborada posible", daños producidos por una palabra, droga, procedimiento médico o quirúrgico, pero que el médico administra o realiza con una indicación correcta, con un criterio justo.

La iatrogenia es un fenómeno social de la clase médica y paramédica, existe desde los tiempos de Hipócrates. Es el daño producido por un medicamento, procedimiento médico o quirúrgico, pero que el médico administra o realiza con una indicación correcta y un criterio justo ⁽⁷⁾.

Partiendo de que el actuar médico busca principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, no siempre que exista una iatrogenia es con voluntad del profesional, sino que son daños que se pueden producir por la misma atención en salud. Sin embargo, para la medicina, la iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del profesional médico en la producción del daño o la lesión, sino es producto de un hecho imprevisto (o mejor imprevisible) que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

Existen diversos tipos de iatrogenia: (a) Por ignorancia, inmoral o deliberada, social y clínica; (b). Probables (o previsibles) siempre se debe tener en consideración que las lesiones o daños probables son inherentes de una consecuencia primaria, inciertas (o aleatorias) estas pueden ocurrir de manera excepcional durante un procedimiento

médico quirúrgico, y por negligencia (o ignorancia o impericia), son por ineptitud denominadas también como “*malpraxis*”.

Igualmente es conveniente citar que se mencionan así mismo dos tipos de iatrogenia: (c). Negativa necesaria es cuando el médico tiene conocimiento del daño que puede causar, es un riesgo esperado, que se reconoce como un riesgo propio; (d). Negativa innecesaria es la acción médica que ha producido un daño que no tenía por qué ocurrir; y (e). Mientras que otros tipos de iatrogenia son: la medicamentosa, psioiatrogenia, iatrogenia en infectología y la quirúrgica (8,9).

El error médico siempre precede a la iatrogenia, que se define como el daño que puede producirse a un paciente o sus familiares de forma involuntaria por el profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones y que no se acompaña de indolencia, negligencia o incapacidad. En la atención médico quirúrgica siempre está latente la posibilidad de errar de un médico/a, como lo es en las especialidades quirúrgicas la cual nunca puede excluirse. Esto se debe y está dado a que el error es un fenómeno netamente humano, de naturaleza noseológica y que puede conllevar en esencia un conocimiento falso de la realidad. Por todo lo anterior, el error médico es entonces una categoría a tener en cuenta y presente cuando se logra un diagnóstico verdadero se trata. Es así que el error médico, el acto médico o paramédico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponde con el problema real de salud en cuestión; y cuya causa no es la mala fe, la negligencia, la indolencia o la incapacidad personal la pregunta a responder es ¿Entonces es el error médico una causa de iatrogenia? Por lo que es indispensable definir el error en el ámbito de la salud ya que es importante no confundir la iatrogenia con la negligencia médica (10).

El error, que es una característica humana y un mecanismo de aprendizaje, se convierte en una amenaza para el mismo hombre en el escenario de la práctica médica. Es por ello que volvemos a traer a colación la frase *Errare humanum est, sed perseverare diabolicum*. Entonces ¿Qué es un **error**? Se denomina error a un efecto o consecuencia no deseada de un determinado accionar, el cual debe distinguirse de aquello causado con intención, en tanto y en cuanto esta circunstancia compromete a la voluntad libre de quien la provoca. Por el contrario, en el error no se debe a una búsqueda deliberada, sino que constituye un accidente. El término error tiene su origen en el latín. Proviene de error, *erroris* y éste del verbo erro, *errare, erravi, erratum* cuyo significado es errar, extraviarse, fallar, no dar en blanco, equivocarse, andar errante (11).

¿Qué es error humano? El error humano resulta confuso como concepto hoy en día, sin embargo, puede definirse como la expresión que indica que un suceso desfavorable a un evento adverso que está fuertemente condicionado por la actividad de las personas que participan directa o indirectamente en la realización y control de un proceso, a veces se puede atribuir a una mala praxis de las personas implicadas. Aún los seres humanos mejor formados y competentes puede cometer errores debido a problemas sistémicos. A su vez, un evento adverso atribuible a un error es un evento adverso prevenible, y un evento adverso negligente es un evento adverso prevenible que satisface los criterios legales para determinar negligencia (12).

Esa misma cualidad humana en el aspecto a la atención en salud, es procedente suponer que sucedan errores. Cada ser humano está circundado de su correspondiente entorno biopsicosocial, lo que perjudica la interacción personal en su actuación, su pericia, su concentración, su manera de pensamiento y su resolución a los procesos patológicos. En el entorno de la atención en salud quien interactúa, no sólo debe estar comedido a su actividad y a la relación personal con un solo individuo o con varios a la vez, sino también al funcionamiento apropiado de los demás componentes implicados como son la tecnología, los equipos y el instrumental empleado, entre otros, lo cual resulta habitualmente complicado de sostener en circunstancia insuperable por prolongado tiempo, fomentando la aparición del error (8-13).

Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, lo que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de la atención en salud quien interactúa, no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con un solo individuo o con varios a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás elementos involucrados en la prestación de la atención como son; la tecnología y los equipos y el instrumental empleado para llevar a cabo el acto, entre otros., lo cual resulta habitualmente complicado de sostener en circunstancia excelente por prolongado tiempo, fomentando la presencia del error.

Asimismo, hay procedimientos y/o técnica de atención en salud, donde la condición clínica del paciente o la interacción concurrente de una multitud de personas con el individuo, incrementa el riesgo al error; tal es el caso de los pacientes ancianos o inmunosuprimidos, o los internados en las unidades de cuidados intensivos ⁽¹⁴⁾.

Los errores son más o menos factibles precisando de tres factores latentes: (1). El propio estado físico o psíquico de la persona (por ejemplo, si el profesional está fatigado, no tiene experiencia, o tiene temor); (2). El entorno ambiental (por ejemplo, la presencia de distracciones, la necesidad de transferencia de atención frecuentes, la falta de disponibilidad de equipos, o la falta de tiempo); y (3). Factores relacionados con la tarea en cuestión (por ejemplo, la necesidad de realizar tareas complicadas o que carecen de redes de seguridad y/o funciones forzosas cuando la dosis de un medicamento está fuera de rango). Claramente, los factores sistémicos como la estructura (personas, recursos, normas de la organización), los protocolos, el diseño del trabajo y la tecnología deberían facilitar el trabajo de las personas y dificultar la comisión de errores. Una cultura centrada en la seguridad y confiabilidad de los procesos también reducirá el potencial de errores ⁽¹⁰⁾.

¿Qué es un error médico? Se define como error médico algún acto de omisión o comisión o uno que no consigue u obtiene el efecto deseado, el desperfecto de una acción planificada que no pudo ser concluida como se le planeo o programo (error en su ejecución), el empleo de un propósito o intención errada para alcanzar o lograr el efecto anhelado (error de planificación) o la desviación del proceso de cuidado del paciente ⁽¹⁵⁾.

Otros lo definen como aquel resultado de un proceder médico que se ejecuta en torno a una rigurosa observancia de las previsiones científicas adecuadas de normas técnicas establecidas específicamente para el mismo, por causas ajenas a cualquier forma de imprudencia en la conducta del médico, que trae como consecuencia una situación de peligro o lesión para la salud del paciente, o pérdida de la vida del mismo.

También como un acto de omisión o comisión en la planeación o ejecución, que contribuye o puede contribuir a un resultado no intencionado. Un efecto no intencionado ocasionado por una deficiencia en la atención y asistencia de la salud de un paciente. Esta parte es crucial, ya que indiscutiblemente, el médico no pretende errar ni dañar a un paciente. Un error médico es una acción equivocada o errónea, bien sea de omisión o de acción, pero no intencional, realizada durante el diagnóstico o el tratamiento de un paciente, que puede llevar a causarle daño o la muerte, o una acción que no tiene el resultado esperado ⁽¹⁶⁾.

Para muchos autores el término “error” lo consideran negativo ya que tiende a perpetuar la cultura de la culpa, asimismo de invocar sentimientos de ira y/o depresión. Hoy día se emplea indistintamente el termino “incidente”, que es una deficiencia en la toma de decisiones que puede causar o que causa un evento adverso al paciente en este caso.

¿Cuál es la génesis de los errores médicos? Esta puede relacionarse con la organización e implementación del servicio: (a) Por exceso de servicio (*overuse*): procedimientos terapéuticos innecesario o que tiene pocas posibilidades de beneficios (por ejemplo: uso de antibióticos en infecciones de probable etiología viral); (b) Por insuficiencia de servicios (*underuse*): el no empleo o retrasar un servicio o la acción terapéutica altamente oportuna, lo que acarrea

como consecuencia complicaciones, muerte prematura y altos costos (por ejemplo, no dar profilaxis con la vacuna antiinfluenza a los diabéticos o inmunosuprimidos); y (c) Por diagnóstico inapropiado (*misuse*): errores en el diagnóstico, por diferentes diagnósticos que demoran o atrasan una conducta oportuna o tratamiento y causan eventos adversos. Se considera que este grupo incluye la mayoría de las causas de error médico ^(17,18).

¿Cuál es su causalidad? Lo primero a tener presente y en cuenta es que el error médico no solamente es privativo del médico, sino que incluye a todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución y el sistema. La mayoría de los errores médicos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, mucho más frecuentes que en otros sectores, las evidencias son aplastantes en reconocer que el error médico se debe a múltiples factores y raramente a falta de cuidado o de un solo individuo ⁽¹⁹⁻²²⁾.

El error médico puede ocurrir a nivel individual o a nivel del sistema de salud. Los resultados del error son complejos, entretanto determinados errores no tienen consecuencias letales, otros errores pueden incluso terminar con la vida de una persona que tenía una alta expectativa de vida o acelerar la de una persona que va a tener una muerte inminente.

Los errores médicos nacen de factores internos y externos al individuo como: fatiga, descuido, temor, falta de conocimientos, sobrecarga cognitiva, inexperiencia, juicio defectuoso, confianza excesiva, deficiencias de comunicación interpersonal, procesamiento imperfecto de la información, merma en las capacidades, alteraciones de la personalidad y el síndrome de agotamiento profesional o *burnout*. El error médico traumatiza al paciente y suele ser devastador para el médico ⁽²³⁾.

Existen múltiples clasificaciones del error en medicina. Una comúnmente se divide en activo y latente. El activo es cometido por un individuo, tiene consecuencias inmediatas, y se relacionan a negligencia e impericia. La negligencia se asocia al descuido, la desidia y/o la falta de atención, mientras que la impericia es la falta de conocimiento, destreza o habilidad. El error latente, requiere de tiempo para notarse y se responsabiliza al sistema, el diseño, la organización, el entrenamiento, el mantenimiento y/o la capacitación del lugar de trabajo.

Los profesionales de la salud en general ya se destacan en comparación con graduados de otras profesiones por su alta capacitación, motivación y meticulosidad. Saben que su trabajo es trascendente y son conscientes de su enorme responsabilidad. Instarlos a “esforzarse más” o a “tener más cuidado” no los protegerá contra errores. Por otro lado, no se puede tapan el Sol con un dedo, el error en medicina constituye actualmente un problema de salud pública y se debe afrontar como tal ⁽²⁴⁾.

El error médico muchas veces se trata como tabú en una cultura médica de falsa solidaridad que evita que se evidencien estos casos ¿Por qué en medicina no se habla del error? Si bien es cierto que es un hecho renombrado que los médicos tienen una gran dificultad para afrontar el error cuando este ocurre. Por ejemplo, en unas entrevistas realizadas por el Grupo de estudio del error humano de la Universidad de Texas encontraron que más del 50% de los médicos entrevistados manifestaron su dificultad para hablar del error cuando eran conscientes del mismo. El 76% adujo temor a afectar su reputación personal, el 71% temor a las demandas y el 68% a las altas expectativas que tienen de ellos la familia o la sociedad ⁽²⁵⁾.

En la mayoría de los casos los médico/as se consideran perjudicados emocionalmente cuando cometen errores graves en su acto médico que lesionan, dañan o y/o causan la muerte a sus pacientes, pero muy poca vez coexiste la aptitud de considerar la causalidad del desacierto y mucho menos el apoyo emotivo para realizarlo. Generalmente esta vivencia se transita bajo un proceso solitario donde se mezclan una diversidad sentimientos de culpa, temor, rabia, frustración y humillación que imposibilitan obtener un aprendizaje realmente del hecho sucedido.

Las cifras que se mencionan son muy variables de acuerdo con los estudios, pero todas coinciden en algo: el problema tiene unas magnitudes imprevisibles. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos estima que los errores médicos no intencionales provocan más 251,000 (70%) muertes al año son causadas por errores médico mortales, sin embargo, esta cifra estimada de este último informe podría ser bastante bajo, ya que no hay una categoría separada para los errores médicos en los certificados de defunción, lo cual se hace difícil rastrear este tipo de muerte ⁽²⁶⁾.

Los errores médicos, incluyen todo, desde errores de diagnóstico hasta destrezas inadecuadas, el juicio pobre y la impericia y problemas más sistémicos como los fallos de comunicación pueden resultar directamente en el daño y muerte de un paciente. El rol del error puede ser complejo. Mientras que muchos errores no son consecuentes con daño, un único error puede poner fin a la vida de alguien con una expectativa de vida larga o acelerar su muerte inminente ⁽²⁷⁾.

¿Por qué se comenten errores en medicina ósea porque se equivocan los médicos? En la proporción en que se incrementen las fuentes cognitivas necesarias para resolver un problema, aumenta también la probabilidad de una equivocación. Dada la complejidad de la práctica médica y la multiplicidad de intervenciones que cada paciente recibe, no es sorprendente esta alta frecuencia de errores. Esta influencia de la complejidad en la ocurrencia del error, se manifiesta en tasas más altas de error con consecuencias adversas para los pacientes. El error médico es inevitable. Hoy en día, su comunicación al paciente forma parte de la práctica médica correcta ⁽²⁸⁾.

Entre los errores médicos más frecuentes se encuentran los siguientes: (1). Error en la medicación. Este tipo de errores son los más comunes, aunque son fáciles de prevenir. Un ejemplo de este tipo de errores se da cuando no se tiene en cuenta las alergias del paciente y si le suministra un medicamento al que es alérgico; (2). Infecciones asociadas a la atención en salud. Este tipo de infecciones tienen un riesgo muy alto, ya que afectan principalmente a personas con patologías previas. Aunque los hospitales son zonas muy limpias, también pueden tener focos de infección; (3). Transfusiones sanguíneas. Las transfusiones sanguíneas pueden conllevar un riesgo si se realizan sin tener en cuenta los riesgos que conllevan; y (4). Errores quirúrgicos. Este tipo de errores son los más graves. Pueden ir desde olvidar material quirúrgico dentro del paciente a equivocarse de la parte del cuerpo que debe ser tratada.

Es una temática donde el problema es inextinguible, complicado, controvertido y difícil de estudiar, por estas y otras razones determina cierto rechazo para su abordaje y, además, por su desconocimiento ⁽²⁶⁻²⁸⁾.

OBLITO QUIRÚRGICO “RES IPSA LOQUITUR”. TRANSCENDENCIA DEONTOLÓGICA Y JURÍDICO FORENSE

La pura existencia de un oblito quirúrgico demuestra un descuido en el conteo de los elementos utilizados durante un acto médico quirúrgico, le es imputable al cirujano principal aun cuando no se encargase personalmente de éstos o de su retiro, pues como jefe del equipo de las personas que realizaron el acto quirúrgico, puesto que su deber no se limita a la actividad quirúrgica propia, sino que responde por la conducta de sus colaboradores, cuyas actividades en aquel acto coordina y orienta.

La responsabilidad médica siempre ha sido un tema que ha incitado poderosamente el interés de la comunidad jurídica mundial e inclusive a la venezolana, ya que el incremento en la posibilidad de acceder de los individuos para reclamar una reparación por los daños derivados de una inadecuada prestación de servicios médicos, como la manifestación de la medicina, junto a la sofisticación que han desarrollado los jurista para asumir el tema de los cuerpos extraños no deseados, extraviados u olvidados (oblitos), 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. Y que pueden despertar los casos de la responsabilidad médica profesional en la sociedad ⁽²²⁾.

El error que se comete en el campo quirúrgico (oblito), es un efecto que no deriva justamente en la culpa del médico como jefe de una sala de cirugía, sino que por el contrario puede ser el efecto de un error colectivo que

compromete al resto del equipo interviniente en el procedimiento quirúrgico entre ellos el instrumentista, como estime que es el profesional comprometido con el control y supervisión del equipo médico quirúrgico destinado durante la cirugía.

Durante una intervención quirúrgica, cada uno de los profesionales de la salud que intervengan del procedimiento detentan 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 solo recaiga 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 ⁽²⁹⁾.

Frente a los casos de oblitio es fundamental afrontar el tema de la responsabilidad, ya que, si bien es verdad, la intervención quirúrgica es un acto que ejecuta el cirujano; igualmente es verdad y manifiesto que éste requiere de un conjunto de profesionales que procedan de forma simultánea con el mismo, recayéndole a cada uno un grado de responsabilidad, es decir que el cirujano como jefe de la sala de cirugía puede supervisar y fiscalizar las funciones y deberes de cada uno de los componente del equipo quirúrgico, pero no puede hacerse responsable en todo o parte de las funciones del resto ⁽³⁰⁾.

El cirujano jefe, puede y debe supervisar y vigilar que el instrumentista quirúrgico realice el conteo de los elementos médicos quirúrgicos como estrategia para un excelente procedimiento, pero no es a él a quien le corresponde realizar el conteo de estos elementos, ya que es una tarea propia del instrumentista quirúrgico por tanto merece un grado de responsabilidad, la misma postura se destina con el anestesiólogo, cirujanos ayudantes, enfermera circulante, entre otros.

En la responsabilidad médica frente al oblitio, se antepone la distinción de la conducta individual constantemente y continuamente de la manera de proceder del instrumentista quirúrgico y el circulante; no obstante, ni el/la instrumentista quirúrgico ni el circulante se percatan en la mayoría de las veces la franca y real responsabilidad que comprende el hecho del oblitio, así como la normativa y los jueces en la oportunidad de manifestar un veredicto nunca han sido diáfanos con respecto a este hecho, toda vez que siempre colocan la responsabilidad en cabeza únicamente del médico cirujano, por ser éste el jefe del equipo en la intervención médico-quirúrgico ⁽³¹⁾.

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

Con respecto a la responsabilidad del cirujano y tomando en cuenta la denominada posición de “jefe de la sala quirúrgica”, es el cirujano el único responsable de todo cuanto ocurra en la sala de operaciones, específicamente cuando se refiere a oblitos; sin embargo, en estos casos el cirujano debe responder por su conducta en el cumplimiento propio 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 participando en el procedimiento quirúrgico ⁽¹⁹⁾.

Por tanto, cuando el instrumentista quirúrgico en cumplimiento de sus tareas por descuido olvida un dispositivo o instrumentos médico quirúrgico y no lo reporta ante su superior inmediato, este debe responder de forma individual por su error, exonerando al cirujano de toda culpa, ya que el cirujano antes de cerrar la cavidad corporal intervenida, su cometido y su deber como supervisor es solicitarle al instrumentista quirúrgico que efectuó el conteo de todo el material quirúrgico que se utilizó en la cirugía ⁽³²⁾.

Casi, exclusivamente las decisiones de los tribunales estiman al oblitio como un componente constitutivo de la imprudencia y/o negligencia médica, entendiéndola a esta como a la falta de adopción de las precauciones necesarias. Por

lo general se estima que faltó hacer algo más para impedir que el hecho aconteciera. La relación de causalidad entre la falta o el acto profesional incriminado los daños y perjuicios. El “factor de atribución” es la razón suficiente por la cual se justifica que el daño que ha sufrido una persona se traslade económicamente a otra. En el caso del médico la razón suficiente sería la culpa (factor de atribución subjetivo). Por lo que La doctrina concurre unánimemente en que quien demanda la indemnización por un daño debe demostrar y probar la existencia del mismo y la culpa de su autor ⁽³³⁾.

Sin embargo, en esta temática sobre los oblitos los dictámenes normalmente se desestiman de este principio genérico fundamentando que, consagra la existencia del oblito, le competará al cirujano argumentar y demostrar que procedió sin culpa, ya que la misma se presume en estos. Es por lo que en este caso se invierte así la carga de la prueba bajo el principio “*res ipsa loquitur*” (“la cosa habla por sí sola”). Menos aún se podrá absolver al cirujano alegando que sus colaboradores (ayudantes, anestesiólogo, instrumentadora o circulante) le informaron de un recuento o conteo correcto y completo.

Es obligación del cirujano jefe del equipo quirúrgico inspeccionar, vigilar y controlar la ejecución de las indicaciones u ordenes que comunique a su ayudantes o asistentes y, asimismo, de que éstos procedan exactamente dentro de los márgenes de su asentimiento, siendo solidariamente responsables si por su exiguo o insuficiente control de las actividades por éstos ejecutados, se derive un daño para terceras personas ⁽¹⁹⁾.

Muchas ocasiones una de las grandes amenazas del cirujano es su forma de pensar, es el desconocer que todo “acto médico es un acto jurídico” y que por lo tanto tiene consecuencias jurídicas. El pensamiento mágico soy buen cirujano y a mí no me va a pasar. El cirujano, no le ponen un alto, ni un límite a sus actividades con los pacientes es tanto que operan todo el día y citan a sus pacientes a consulta nocturnas las cuales se prolongan hasta alta horas de la noche e inclusive madrugadas, por lo cual no existe y no puede estar en las condiciones físicas y psíquicas adecuadas para un desenvolvimiento óptimo de la especialidad, lo que genera una contradicción con lo establecido en el artículo 13° de la Ley de Ejercicio de la Medicina que expone: “Para la prestación idónea de sus servicios profesionales, el médico debe encontrarse en condiciones psíquicas y somáticas satisfactorias”.

Es por ejemplo caso de un cuerpo extraño olvidado (oblito) en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. En defensa el cirujano, si es verdad que es cierto que este no puede intentar argumentar que la extrema complejidad o premura de una intervención deriva en un campo quirúrgico confuso, repleto de instrumental, luchando contra la hemorragia (la mayoría de los casos) a pesar de que puede ser así, cuando lo cierto es que en contra de su propio agotamiento en situaciones estresantes y prolongadas debido a la falta de descanso. El cirujano debe estar en las condiciones psicológicas y físicas idóneas para realizar cualquier procedimiento quirúrgico ⁽³⁴⁾.

Es importante recordar que es frecuente que en la actividad médica los profesionales de la salud utilicen cosas en el desarrollo de su labor, y también es posible que de su empleo se deriven daños hacia el paciente. Es así que en la medicina actual es usual la aplicación de sueros, implantes, medicamentos, líquidos de contraste para la realización de estudios, entre otros., como también de instrumentos sofisticados que son susceptibles de ocasionar daños sobre aquellos a quienes se les aplica.

La atribución de responsabilidad cuando ello sucede entre el daño causado con la cosa y por la cosa. En el primer párrafo del artículo 1.193° del Código Civil dispone: “Toda persona es responsable del daño causado por las cosas que tiene bajo su guarda, a menos que pruebe que el daño ha sido ocasionado por falta de la víctima, por el hecho de un tercero, o por caso fortuito o fuerza mayor”.

Ahora es bien, sabido es que son múltiples las actividades del cirujano que involucran cosas; basta mencionar, por ejemplo, el uso de bisturí en las intervenciones quirúrgicas, pinzas, gasas, compresas, entre otras. Sin embargo, se considera esencial distinguir si el daño que sufre el paciente se debe al hecho mismo de la cosa, derivado de su propia

gravitación, o si, por el contrario, dicha circunstancia no tiene entidad frente al acto médico en sí, el que absorbería la incidencia de la cosa.

Ello así, puesto que como bien lo manifiesta la doctrina, en tanto y en cuanto el daño sea ocasionado mediante la utilización de una cosa, pero estando ésta supeditada al hecho científico, no podrá hablarse de un daño provocado por la cosa, dado que el perjuicio deberá ser imputado al "acto médico puro" ⁽³⁵⁾.

Se insiste, acertadamente según nuestro parecer, en que si las cosas desempeñan un rol secundario puesto que han sido un "instrumento puramente pasivo y obediente de su guardián", de escasa gravitación en el objetivo final perseguido, y de su utilización se derivan daños, éstos deberán ser considerados como resultantes del hecho humano del profesional actuante y no de la participación de la cosa, dado que el papel desempeñado por esta última es accesorio y de escasa relevancia, siendo lo verdaderamente importante el hecho científico del médico actuante.

En tal caso, se debe destacar que más allá de que el daño sea encuadrable en el ámbito de la responsabilidad contractual o extracontractual lo importante es que se está ante la presencia de un supuesto de responsabilidad por el hecho propio o personal, pero no de la cosa. Resulta evidente, pues, que la responsabilidad objetiva por riesgo sólo puede configurarse cuando el daño es causado por el hecho de la cosa y de ningún modo por el hecho científico del profesional (acto médico puro) como puede suceder en el ámbito propio de las intervenciones quirúrgicas practicadas por los cirujanos, ya que aun cuando adquiera importancia la utilización del instrumental necesario para realizar el acto, en la medida que éste no cree un riesgo anormal que escape al control del profesional que lo manipula, lo más relevante en tal caso es la actividad desplegada por el cirujano en función de la técnica operatoria empleada y de sus conocimientos de la ciencia médica ⁽³⁶⁾.

En cambio, se debe hablar de "hecho de la cosa" cuando ésta ha sido la causante del daño como resultado de su riesgo o vicio, superando el control que la conducta humana pudiera tener sobre ella como puede ocurrir, por ejemplo, cuando a pesar del buen uso que el médico efectúa de la cosa, los defectos que ésta posee son los que provocan el daño.

En este caso, cabe decir que el perjuicio se ha producido con independencia del acto médico puro en sí mismo. A modo de ejemplo, podemos decir que encuadran en este concepto: (a) un electrobisturí que provoca algún tipo de descarga anormal y ocasiona quemaduras al paciente

Entonces cuando existe daño causado con la cosa, la responsabilidad que se le atribuye al dueño o guardián es eminentemente subjetiva, y les bastará a éstos acreditar su ausencia de culpa o la causa ajena que fractura el nexo causal para repeler las acciones que se interpreten en su contra. A diferencia de ello, cuando el daño es ocasionado por la cosa en razón de su vicio o de su riesgo la responsabilidad es objetiva y el responsable sólo podrá eximirse acreditando la causa ajena, es decir, la culpa de la víctima, el hecho de un tercero por quien no se deba responder o el caso fortuito / fuerza mayor ⁽³⁷⁾.

Pero contemplemos, qué sucede en los casos de olvidos quirúrgicos, se hará referencia expresamente a los casos de olvidos de esas cosas en los cuerpos de los pacientes durante las cirugías (comúnmente denominados "oblitos quirúrgicos"), en donde el daño que se provoca reconoce su causa inmediata en el uso que de ellas hace el cirujano, dando lugar a reclamos judiciales por parte de quien padece el perjuicio.

Si bien es ciertos que en muchos casos estos elementos olvidados por los cirujanos en los organismos de los pacientes resultan ser inocuos, no menos cierto es que también en muchas situaciones pueden ser la causa de graves e importantes consecuencias dañosas e incluso la muerte para el paciente ⁽³⁸⁾.

Surge el primer supuesto dilemático con su consecuencia jurídica y deontológica.

La responsabilidad médica ante la presencia del oblitio, 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 oblitio existe un responsable que tiene la obligación de reparar el daño causado, también que, la función propia del instrumentista quirúrgico 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 instrumentista y el equipo quirúrgico.

Sin embargo, tal como lo advertiremos al momento de analizar la responsabilidad civil y/o penal del cirujano y a tenor de la clasificación que se ha efectuado supra entre "actos médicos puros" y "hechos de la cosa", el caso de los oblitos quirúrgicos es difícil de ser enmarcado en forma contundente e indiscutible en cualquiera de ellas, por lo cual se debe analizar qué tipo de deber de responder genera en el cirujano que lo ejecuta.

Al respecto, se estima que, si bien en ellos participa una cosa de modo preponderante en la producción del daño, no se puede afirmar a ciencia cierta que ella haya superado el control de la actuación del cirujano principal o de sus ayudantes, como ocurría en el supuesto de los daños ocasionados mediando cosas defectuosas. Ello así, puesto que, si bien ha existido una intervención de la cosa que parece haber excedido el obrar humano, éste último sigue prevaleciendo aun cuando ha sido efectuado en forma deficiente ⁽³⁹⁾.

La presencia de un oblitio en el cuerpo del paciente configura el incumplimiento de una obligación de medios, demuestra un descuido en el conteo de los elementos utilizados para la operación, imputable al cirujano aun cuando no se encargará personalmente de éstos o de su retiro, pues como jefe del equipo o grupo de personas que realizaron el acto quirúrgico, su deber no se limita a la actividad propia, sino que responde por la conducta de sus componentes, cuyas actividades en aquel acto dirige y ordena.

Y que el problema planteado por él debe resolverse en el ámbito de la culpa del cirujano, frecuentemente, estos olvidos se deben a situaciones de imprudencia, impericia y negligencia de los profesionales, que pierden el control de los elementos utilizados durante un acto quirúrgico ⁽⁴⁰⁾.

La esencia de la culpabilidad profesional del cirujano se asentará, en tales casos, en la omisión en que ha incurrido el cirujano al prescindir de aquellas situaciones preventivas que le permitirían advertir el olvido, como puede ser, por ejemplo, el recuento de las gasas y de las compresas utilizadas en el acto quirúrgico, en donde el campo operatorio hemorrágico posiblemente provoque la confusión de dichos elementos con los tejidos al estar saturados con sangre. Por lo tanto, la sola presencia del oblitio hará presumir un comportamiento negligente por parte del cirujano que ha incurrido en él, quien tendrá que demostrar a fin de exonerar su responsabilidad médico legal su ausencia de culpa y su actuar diligente (por ejemplo, que se estaba ante una operación de urgencia y que estaba en serio riesgo la vida del paciente).

Pues bien, tratándose de supuestos de daños ocasionados con la cosa, resulta la aplicación como lo expresamos en los párrafos anteriores lo señalado en el artículo **1.193°** del Código Civil venezolano, donde dicha situación puede encuadrarse en el marco de la relación médico-centro-asistencial-paciente en la órbita extracontractual, puesto que lo relevante en ellos es que el hecho humano prevalece en la comisión del daño, mientras la cosa que se encontraba *ab initio* sometida al control humano adquiere autonomía o se escapa del marco del acto médico propiamente dicho.

En el supuesto de que se trate de una relación contractual, la responsabilidad encontrará fundamento en la obligación de seguridad que está a cargo del facultativo (artículo. **1.193°** Código Civil). Lo importante, en tales casos, es que continúa prevaleciendo el hecho humano a pesar de ser defectuoso.

A diferencia de lo que ocurría en el daño ocasionado por el riesgo o vicio de la cosa, en el caso de los olvidos quirúrgicos que, como hemos expresado son supuestos de daños ocasionados con las cosas, la responsabilidad será

subjetiva, ya que su fundamento residirá en la culpa del cirujano; en consecuencia, se liberará de su obligación de responder en la medida que logre acreditar su falta de culpabilidad.

Es por esto que en materia extracontractual dicha culpa se presumirá por tratarse de un daño causado con la cosa, mientras que, en el ámbito contractual, si bien la obligación es de medios, la culpa quedará también presumida pues en estos casos resultará de aplicación el principio del "*res ipsa loquitur*" (las cosas hablan por sí mismas) como ya lo expresamos anteriormente o la prueba de presunciones que obliga al cirujano a desvirtuarla acreditando que actuó en la ocasión con idoneidad, prudencia y diligencia.

Es decir, la sola presencia del oblitio le permitirá al juez inferir la culpa del cirujano a partir de determinados indicios probatorios, presumiendo que no ha adoptado los mecanismos adecuados (recuento de materiales) para impedir que ello sucediera. Por supuesto está que se tratará, en definitiva, de una presunción *juris tantum* que debe admitir la prueba en contrario (la inculpabilidad del cirujano).

El principio "*res ipsa loquitur*" y la presunción de culpa al ser generalmente el deber de los cirujanos "de medios o de actividad", le compete al paciente por regla general la carga de la prueba de la culpa del cirujano; ello obedece a una especial razón de ser: el incumplimiento en una obligación de medios se debe probar con la culpa del deudor, por lo cual, una vez acreditada ésta, la falta de pago de la obligación queda evidenciada.

Finalmente, de comprobarse el nexo de causalidad y el daño ocasionado por la cosa que gravito en la cavidad corporal del paciente intervenido el código in commento en su artículo 1.196° señala. "La obligación de reparación se extiende a todo daño material o moral causado por el acto ilícito".

Los oblitos son aquellas situaciones que colocan al médico en la posibilidad de ser sometido a alguno de los castigos previstos en el Código Penal y leyes complementarias. Cuando el tipo penal exige que la conducta realizada por el agente produzca un resultado determinado (así, en los denominados delitos de resultado), será necesaria, además de la constatación de dicho resultado, la verificación de una relación de causalidad que permita afirmar que la conducta en cuestión ha sido antecedente del mismo, exigiéndose en consecuencia una relación de causa y efecto. De esta forma, pues, se exige que el resultado haya sido ocasionado por la conducta desplegada por el autor, comprobándose así un nexo causal entre resultado y la acción.

La responsabilidad penal en los delitos culposos está supeditada a la comprobación de la culpa del agente, es decir, está sujeta a la prueba de que el acusado actuó con imprudencia, negligencia, impericia o infracción de ley, con las respectivas cargas para las partes.

Todo delito implica una acción típica, antijurídica y culpable. El último elemento, la culpabilidad, que hace referencia al aspecto individual de la responsabilidad, es el que permite distinguir las dos clases de delitos que existen atendiendo al requisito subjetivo: los delitos dolosos y los delitos culposos.

El Código Penal venezolano no brinda una definición de culpa como forma de culpabilidad. Tampoco contiene una norma general de la que se pueda deducir su concepto. En cuanto a los delitos y de las penas en particular haciendo referencia, generalmente, a los modos comisivos "imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes de su cargo".

Por lo que la negligencia: Consiste en no actuar con la diligencia que las circunstancias imponen. Está más cerca de una conducta omisiva que de un actuar positivo, sin dejar de tener en cuenta que en cualquier acción puede presentarse la falta de la diligencia debida. Al efecto de identificar gráficamente a la negligencia se la suele señalar con un signo negativo (-), queriéndose indicar que se está en presencia de un defecto en el actuar.

Mientras que la imprudencia hace alusión al acto torpe, craso, descuidado que apareja un perjuicio. Así como identificamos a la negligencia con el signo (-) por cuanto implicaba un defecto en el obrar, a la imprudencia lo hacemos

con el signo positivo (+) aludiendo a un exceso en la conducta. Es conveniente aclarar, que no obstante las diferencias que marcamos entre la negligencia y la imprudencia, ambas pueden representar las dos caras de una misma moneda. Y así, por ejemplo, el médico que no exija el contaje del material médico quirúrgico (compresas, gasa, instrumental quirúrgico, entre otros) antes del cierre de la cavidad corpórea intervenida, actúa negligentemente. pero también es imprudente por no solicitarlo, lo que implica un acto torpe ⁽⁴¹⁾.

El delito comisivo culposo o imprudente es aquel en el que el sujeto agente no quiere la realización del tipo penal, no obstante, la acción o conducta desplegada violó el deber objetivo de cuidado generando un resultado valorado negativamente por el ordenamiento jurídico; adicionalmente, el autor debió haberlo previsto y confiado en poder evitarlo o no habiéndolo previsto debió haberlo hecho.

En otras palabras, comete un delito culposo quien lleva a cabo una acción que viola un deber objetivo de cuidado y que debió preverse el resultado porque era previsible, o habiéndose previsto el resultado, se confió en poder evitarlo. Pero tales distingos pierden importancia de inmediato a que se advierta que la impericia y la inobservancia de los deberes o reglamentos no son otra cosa que ejemplificaciones de la imprudencia o negligencia, como así también que una misma actitud torpe puede ser imprudente o negligente según la postura de observación que se adopte. Hacemos esta observación porque esa es la fórmula generalmente más usada en algunos casos sólo refiere a la negligencia.

Así pues, el cirujano que practicando una cirugía deja un cuerpo extraño olvidado, no deseado, no intencionado (oblito) ocasiona un daño e inclusive la muerte, estará cometiendo un delito imprudente si con su conducta violó un deber objetivo de cuidado y si su conducta era previsible y en tal caso pudo haberla evitado o, en caso de no haberla previsto debió haberlo hecho. Esta definición dogmática del delito comisivo culposo es la que fue recogida por nuestro legislador en los artículos del código penal venezolano:

Artículo 422°. “El que, por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, ordenes o disciplinas, ocasione a otro algún daño en el cuerpo o en la salud, o alguna perturbación en las facultades intelectuales será castigado...”.

Artículo 411°. El que, por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, órdenes o instrucciones, haya ocasionado la muerte de alguna persona, será castigado con prisión de seis meses a cinco años.

Ambos artículos tienen dos elementos que deben satisfacerse con la conducta: El primero de ellos es la infracción o violación al deber objetivo de cuidado. Y el segundo tiene que ver con la previsibilidad del resultado o con la posibilidad de previsibilidad de este. Por último, se tiene que tener en cuenta que la responsabilidad penal no excluye a la civil y viceversa, pudiéndose encontrar en ambas situaciones en forma separada o simultánea del autor de un hecho delictuoso. Así, lo contempla el artículo 113° del Código *in commento*. “Toda persona responsable criminalmente de algún delito o falta, lo es también civilmente”.

Surge el segundo supuesto dilemático con su consecuencia jurídica y deontológica.

El oblito 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 sí solos” (*res ipsa loquitur*).

La presencia de un oblitio en el organismo de un paciente luego de un acto quirúrgico es una, ¿**responsabilidad colectiva**? 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.

A su vez, desde lo médico legal, el espectro va desde el error por falibilidad propia del arte de curar hasta la culpa (impericia, negligencia o imprudencia). Respecto de la responsabilidad por oblitio, sin discrepancias los jueces deciden que el oblitio es un daño, aunque no haya tenido todavía ninguna manifestación que afecte la salud. Muy lejos está este concepto del que tienen los cirujanos, que saben que hay materiales que es preferible dejarlos (por ejemplo, agujas que se rompen o pierden dentro de un órgano macizo o los proyectiles de las armas de fuego o esquirlas de diferente origen ya que “el remedio (intentar extraerlos) puede ser peor que la enfermedad (dejarlos)”.

Se destaca que existen dos posiciones para los juristas. Por un lado, la concepción de que “el oblitio denotaría por sí solo un comportamiento negligente”, “*res ipsa loquitur*” “los hechos hablan por sí solos”, según la cual el oblitio en si crea una inferencia de culpa. Por el otro, los que consideran que no “toda vez que existe un oblitio, hay necesariamente culpa” y se cita un “fallo del Tribunal de Catania, que enunció la máxima: “No hay culpa por el solo hecho de que un cuerpo extraño quede en el interior del organismo”. Lo que de esta manera se quiere expresar es que no estamos ante un principio rígido y de aplicación mecánica, sino que la decisión debe tomarse caso por caso y según las circunstancias que rodean a cada uno.” “En todos los casos pueden intervenir circunstancias que escapan al control del cirujano jefe y vuelven inevitable el extravío”.

La falsa premisa según la cual el cirujano jefe será siempre responsable de todo lo que ocurra en la sala de operaciones y en particular de los oblitos en los pacientes. Si bien la intervención quirúrgica es un acto del cirujano, está claro que no puede realizarla sin un grupo de personas que actúan en forma coordinada y sincronizada. Un verdadero equipo, compuesto por otros médicos con autonomía técnico-científica (anestesiólogos, cirujanos ayudantes, enfermera instrumentadora, técnicos auxiliares, entre otros).

Por otro lado, el desarrollo de la ciencia ha llevado a que el equipo integrado por otros profesionales con autonomías técnicas y funciones propias ya no pueda ser controlado por un cirujano que pueda efectivamente prevenir el acto dañoso o culpable.

Sin embargo, debe igualmente quedar claro que en aquello que debió ejercer su control y no lo hizo, responderá por no ejercerlo y no por la culpa del otro. Pero no es tampoco posible un reproche de falta de control cuando este es imposible de hacerse efectivo en determinados aspectos concretos. En otras palabras, la culpa “*in vigilando*” que engloba el hecho ajeno, solo será atribuible objetivamente cuando el cirujano tenía efectivamente posibilidades de prevenir el acto culposo.

La responsabilidad colectiva por riesgo ha sido legislada en algunos países, legitimándose como responsables solidarios a todos los participantes de un grupo cuya actividad sea riesgosa y no se identifique al causante del daño. Intentar trasladar al equipo quirúrgico los fundamentos y razones que justifican la atribución objetiva por riesgo a todos los integrantes del grupo, es un intento que se torna inadmisibles.

No solo no es comparable el grupo; no es una solución de equidad trasladar esa responsabilidad colectiva a un equipo que busca el beneficio del paciente (equipo quirúrgico) y en pos de ese beneficio que procura, asume determinados riesgos. Nótese que de acogerse esta solución se responsabilizaría por igual a enfermeras, instrumentistas, técnicos y profesionales médicos, sin que ninguno pudiera exonerarse de responsabilidad, es a todas luces una solución injusta.

Solo mediante una norma expresa podría admitirse la responsabilidad colectiva, en nuestro medio el artículo **1.195°** del Código Civil venezolano expresa: “Si el hecho ilícito es imputable a varias personas, quedan obligadas solidariamente a reparar el daño causado”.

Asimismo, el Código penal venezolano en su artículo **124°**. “Si el hecho punible es imputable a varias personas, quedan estas obligadas solidariamente por el daño causado.

Este precepto legal que plantea la responsabilidad solidaria y objetiva por el daño proveniente de actividad riesgosa para terceros cuando es proveniente de un equipo quirúrgico, porque entre otros argumentos jurídicos en contra, como por ejemplo el de traslado de normas extracontractuales a situaciones contractuales, no se asienta en la equidad, ni tiene razonable fundamento.

Se insiste, que no es lo mismo el riesgo-peligro que el riesgo-beneficio. En la actividad quirúrgica se crea un riesgo-beneficio, que no es asimilable al peligro para el cual esta norma de responsabilidad colectiva fue pensada y ejecutada por el legislador. No es lo mismo el riesgo de los oblitos quirúrgicos a las cosas arrojadas por ejemplo en una puja deportiva o desde un edificio. La función esencial de la responsabilidad no es el castigo de los actos injustos, sino la indemnización de los daños injustos.

Surge el tercer supuesto dilemático con su consecuencia jurídica y deontológica.

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. Este es el caso en cuanto a la **división del trabajo asistencial**, tanto en sentido horizontal como vertical, en estos casos la relación que se origina entre la relación **cirujano-anestesiólogo** y **cirujano-instrumentista quirúrgico**. La primera es la que se da entre profesionales, que, por su capacitación, competencia e independencia, se encuentran en situación de igualdad, mientras que la segunda es la que se establece entre el cirujano jefe y los dependientes en sentido estricto (ayudantes quirúrgicos, instrumentadoras, personal de enfermería, entre otros.). La división del trabajo en sentido horizontal es la que se aplica al vínculo entre cirujano y anestesiólogo y cirujano e instrumentista quirúrgico.

En estos casos primero la relación **cirujano-anestesiólogo**, el concepto de jefe de equipo impone la figura central en cabeza del cirujano jefe, que responde y es responsable por los actos de sus dependientes. La división del trabajo en sentido horizontal es la que se aplica al vínculo entre anestesiólogo y cirujano. No obstante, en esta autonomía mencionada, el anestesiólogo puede ser alcanzado en su responsabilidad en los casos en que pudo o debió vigilar los actos del cirujano, por ejemplo, en el caso del conteo o recuento del material médico-quirúrgico en la sala de operaciones sea dudoso o incorrecto es su deber insistir en que todo sea el correcto.

En segundo la relación **cirujano-instrumentista quirúrgico e instrumentista-enfermera circulante**, en la responsabilidad médica frente al oblitio, prima el análisis de la conducta individual y frecuentemente la actuación del instrumentista y el circulante. En la sala quirúrgica la instrumentista quirúrgico tiene como propósito la coordinación y funcionamiento eficaz y eficiente de la cirugía, asistiendo al cirujano con el equipo y elementos necesarios para cada procedimiento quirúrgico; esta debe velar por el manejo, empleo, 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 cirujano el procedimiento quirúrgico; mientras el cirujano dedica su tiempo realizando la cirugía, el instrumentista quirúrgico se dedica a vigilar que lo que entrega al cirujano para el procedimiento sea devuelto de manera óptima para facilitar el conteo final.

En cambio, la enfermera circulante, es la profesional no estéril dentro del área de cirugía, comisionada de revisar, reportar, de ejecutar las anotaciones detalladas del procedimiento médico quirúrgico en la historia médica, así

como todo cuanto ocurre o acontece en sala de cirugía, sirve de soporte a los profesionales que se encuentran estériles, igualmente, sirve de intermediaria entre los miembros del equipo quirúrgico y lleva un control exacto del material utilizado en la zona no estéril.

Al finalizar, la cirugía esta junto con la instrumentista hacen el conteo y 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.

Sin embargo, siendo que estas dos últimas quienes tienen las responsabilidades específicas y propias de sus funciones y como tal debe estar incluida como uno de los principales responsables cuando se confronta ante la presencia de un cuerpo extraño en cavidad (oblito), 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. Variadas son casi siempre las circunstancias donde estos no se percatan de la verdadera responsabilidad que rodea el hecho del oblitio en la cavidad corpórea de un paciente.

Si es muy cierto que el cirujano jefe del equipo interviniente, puede y debe vigilar que el instrumentista 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 instrumentista quirúrgico por tanto merece un grado de responsabilidad, la misma situación aplica con el anestesiólogo, médico ayudante, enfermera circulante, entre otros.

Por tanto, cuando el instrumentista quirúrgico 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 instrumentista quirúrgico que realice el conteo de todo el material quirúrgico que se utilizó en la cirugía. Una vez se haya cerrado al paciente, el cirujano confió en la información suministrada por el instrumentista quirúrgico, 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.

Por lo que existe el “principio de confianza” el cual denota en que cada uno de los miembros del equipo médico quirúrgico es responsable de lo que hace y, por lo tanto, el entorno de su responsabilidad se demarca en razón de las funciones que le son propias y por la forma de ejercerlas. Es por esto que la actuación incorrecta es responsabilidad de cada miembro del equipo quedando los demás exonerados al actuar correctamente.

En este caso la responsabilidad ya no sólo afecta a quien actúa negligentemente, sino que se extiende a los demás miembros que podrían haber evitado el daño causado. Es decir, se crea una responsabilidad solidaria como contempla el artículo 1.221° del Código Civil, están obligados a una misma cosa, de modo que cada uno pueda ser constreñido a resarcir el daño, a pesar de que cada uno es, pues, responsable de sus actos.

Así mismo el artículo 124° del Código Penal contempla la responsabilidad solidaria de las personas al exponer: “Si el hecho punible es imputable a varias personas, quedan estas obligadas solidariamente por el daño causado”.

Surge el cuarto supuesto dilemático con su consecuencia jurídica y deontológica.

Sobre las consideraciones **deontológicas, ética-bioéticas** ante un diagnóstico presuntivo de oblitio, ya sea propio o de un colega, el cirujano se encuentra en una postura de problemática. ¿Qué debe comunicarle al paciente, a los familiares o representantes legales? Algunos sustentan o respaldan que por principio ético-bioético y por obligación legal deben consignar y registrar dicha realidad en la historia clínica y comunicárselo al paciente que es lo más conveniente.

Para esto el cirujano deberá valorar y considerar la circunstancia clínica, la fortaleza de la relación médico-paciente, los antecedentes operatorios, la magnitud de la lesión y las probables complicaciones futuras. Ante un olvido propio o de un colega la actitud del cirujano suele ser individual, debiendo optar por lo que le parezca más adecuado para ese paciente y para un ejercicio más humanitario de la medicina, aun corriendo riesgos.

Si bien a estos cirujanos les asiste la razón, tampoco merecerían ser cuestionados los cirujanos que enmascaran un poco la realidad haciendo valer el privilegio terapéutico y no ofrecer al paciente una información de manera severa y cruda, pudiendo aumentar el daño emocional y psíquico.

Sólo podrían ser defendibles y justificables algunos casos precisos de emergencias quirúrgicas, con hemorragias importantes y cirujanos "apurados" por los anestesiólogos para culminar el procedimiento por riesgo de descompensación del paciente. Podría entenderse en estos casos la falta de conteo o recuento y el consecuente olvido.

Es en este tipo de situación que es de suma importancia que el parte quirúrgico refleje el dramatismo de la trágica posición. No bastará ni convendrá entonces para la defensa el redactar "procedimiento según técnica". La documentación en la historia clínica del conteo y recuento del material médico quirúrgico, así como de los mecanismos de prevención utilizados, ya que esto puede ser muy útil al momento de planear una estrategia defensiva ante probables reclamos judiciales.

Artículo 124°. Consagra:

“La negligencia, la impericia, la imprudencia, serán investigadas por los Tribunales Disciplinarios en los colegios de médicos u otras organizaciones médico-gremiales, los cuales podrán recomendar al ministro o ministra del Poder Popular con competencia en materia de salud, la suspensión del ejercicio profesional, sin perjuicio de las sanciones establecidas en el Código Penal”.

Surge el quinto supuesto dilemático con su consecuencia jurídica y deontológica.

¿Cómo ven la responsabilidad las autoridades judiciales en aquellos casos donde se ve involucrado un **profesional en la instrumentación quirúrgica y la institución de salud**? Tal como se han ido presentando, los casos más comunes por los que se demanda a un profesional de la instrumentación quirúrgica se deben a olvidos de material quirúrgico en cirugía (olvido quirúrgico), quemaduras in situ operatorio distinto al que se iba a intervenir y casos donde el paciente presenta infección intrahospitalaria.

Al respecto, los jueces, acogidos a lo que enseña la doctrina donde, se emiten fallos condenatorios bajo el principio jurídico de “*res ipsa loquitur*”, el cual traduce que los hechos hablan por sí solos. Es clara al precisar que: y el olvido quirúrgico, o sea, el olvido de gasas, compresas, tetras, ganchos, pinzas, entre otros., en el interior del paciente son conductas reveladoras de culpa o falla en sí mismas, toda vez que los hechos hablan por sí solos”. Lo anterior denota que la visión de la autoridad judicial frente a estos casos, donde el principal protagonista el profesional de la instrumentación quirúrgica, es una culpa casi probada de este facultativo, en tanto resulta evidente que un olvido quirúrgico se ve como un acto de mala práctica en la realización del procedimiento y, en especial, al momento de ejecutarse las funciones del experto en instrumentación.

Ahora, surge una pregunta lógica y es: ¿Qué se está haciendo para prevenir estos errores en el campo de la instrumentación quirúrgica que derivan en una reclamación judicial? Según la experiencia diaria que se aprecia en nuestros procesos judiciales, pareciera que las instituciones y los mismos profesionales de la salud a lo largo de tiempo, han implementado pocos mecanismos o barreras efectivas para contrarrestar situaciones adversas e indeseadas en el campo de la instrumentación quirúrgica como las ya descritas y por ello daremos algunas recomendaciones puntuales: (1). En cada acto operatorio, realizar un adecuado conteo y custodia de todo el material que ingrese al campo

quirúrgico, (2). El profesional en la instrumentación quirúrgica debe dejar trazabilidad (escribir) en la historia clínica, sobre el conteo y custodia del material que ingresa y sale del quirófano en cada procedimiento. En tal descripción debe dejarse claro la cantidad y la calidad de dicho material, bien se utilice o no dentro del campo quirúrgico, (3). Reportar oportunamente a las instituciones de salud, el inadecuado estado del material que se utilice para el procedimiento quirúrgico, y (4). Revisar las anotaciones de los demás profesionales de la salud, en especial de las auxiliares de enfermería, las cuales deben coincidir armónicamente con lo que usted describe como instrumentador quirúrgico.

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 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 y consecuencia vitales y legales. No obstante, en el procedimiento quirúrgico se encuentran además de los riesgos inseparables, 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 una cavidad corporal del paciente quirúrgico, siendo este un riesgo previsible, aunque no sea visto como tal dentro del derecho.

CONCLUSIONES

El oblito quirúrgico, en la actualidad representa un problema médico-jurídico, ocasionando un cúmulo y un sinnúmero de complicaciones y en algunos casos la muerte del paciente, si no es detectado a tiempo y atendido con oportunidad. Ninguna persona, en la sala de cirugía está libre de incurrir en errores; no obstante, el oblito quirúrgico se puede generar en cualquier instante y ocasión con desenlaces médico-legales-deontológicos graves. Por lo que no es un secreto, que la responsabilidad en estos casos siempre es atribuida al médico cirujano principal, sin embargo, los demás integrantes del equipo de la sala quirúrgica adquieren una responsabilidad importante de acuerdo a sus funciones.

Es incuestionable, que el error principal no es del médico cirujano principal, no obstante, la responsabilidad recae sobre él por ser el líder de la sala quirúrgica. Pero no es cierto, que la responsabilidad es solo del médico, por eso no puede ser individual, sino por el contrario atribuirle a cada uno de los integrantes la responsabilidad que le corresponde a cada uno. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gabrielli O.A. Imputación por error médico prevenible. importancia médico legal de las listas de verificación Gac. int. cienc. Forense. 2021N° (41). Disponible en: https://www.uv.es/gicf/2TA1_Gabrielli_GICF_41.pdf
2. Chinelli Ramos javier, Olivera E, Rodríguez G. Oblitos en cirugía: analisis de casuística y estrategias para su prevención. An Facultad Med (Univ Repúb Urug) [Internet]. 2017;4(2):18-6. Disponible en: <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/197>.
3. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med 2003; 348:229-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12529464/>

4. Lamy Roberto, Amicucci Roberto, Tripoloni Daniel, Cohen Roberto. Oblito intrapericárdico: un hallazgo de autopsia. Rev. argent. cir. [Internet]. 2011 dic; 101: 46-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2011000200004&lng=es.
5. Trigo Represas, Félix, "Responsabilidad civil de los médicos por el empleo de las cosas inanimadas en el ejercicio de la profesión ", La ley, 1981-B 777.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Error es de humanos: construir un sistema de salud más seguro. Washington, DC: National Academy Press, 2000. Capítulo 1: Creciente consenso sobre el error médico. Disponible en: <http://libros.nap.edu/catalog/9728.html>.
7. Romero Reinaldo, Yanet. La iatrogenia en la práctica médica actual. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-9349-6831>.
8. Tole, Henry David Cadavid, Nicole. Instrumentador quirúrgico: iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/download/185/192>.
9. García-Garduza. A propósito de los vocablos Iatrogénico y Iatropatogénico. Una reflexión. [Internet]. Revista CONAMED. 2015; 20 (3): 131-136. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojsvconamed/index.php/revconamed/article/viewFile/212/313>.
10. Iriarte-Sánchez MJ. Iatrogenia malpraxis médica. Rev inv e info Salud. [Internet] 2008; 3 (7): 73-5. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=55937&id_seccion=2493&id_ejemplar=5660&id_revista=130.
11. García FM, García GA, García FM. Iatrogenia y Dyspraxis Médica: Un enfoque bioético. RFM [Internet]. 2005; 28(1): 6-11. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000100002&lng=es.
12. Rodríguez Núñez, Blanca Rosa. Morell Alonso, Danny. Análisis del error médico como causa de iatrogenia, MEDICIEGO, 1999;5(2). Disponible en:
13. Romero, MP. González, RB. Rodríguez. MS. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. Rev Fund Educ Med, 20 2017: 169-174. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027>
14. Villarreal-Pérez, Jesús Zacarías. Gómez-Almaguer, David Bosques-Padilla, Francisco J. Error es humano. Medicina Universitaria. 2011; 13(51): 69-71 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>.
15. Portela Romero, Manuel. Bugarín González, Rosendo. Rodríguez Calvo, María Sol. Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. Educación Médica. 2019; 20(S1): 69-71 Disponible en: DOI: [10.1016/j.edumed.2017.07.027](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.027)
16. Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL Jr. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. Ann Fam Med. 2004 Jul-Aug;2(4):317-26. Disponible en: doi: 10.1370/afm.126.
17. Beltrán Domínguez, L y Guerrero Chamorro, L. (2021). *Oblito quirúrgico error involuntario en el ejercicio de la instrumentación*. Corporación Universidad de la Costa. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/8503>

- 18 Alvarado-Guevara Ana Teresa, Flores-Sandí Gretchen. Errores medicos. Acta méd. Costarricense [Internet]. marzo de 2009; 51(1): 16-23. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000100004&lng=en.
20. McLennan SR, Engel-Glatte S, Meyer AH, Schwappach DL, Scheidegger DH, Elger BS. Disclosing and reporting medical errors: cross-sectional survey of Swiss anaesthesiologists. Eur J Anaesthesiol. 2015; 32:471-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/259>
21. Fornasini Bascompte, Gemma. Muñoz, Erika. Baldeón, Manuel. Fornasini Marco. El error médico en la prestación de salud. 2018;7(10): 1-5. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1000252/document>
22. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, Zuckerman B, Abreu M, Medina L et al. Errores en la interpretación médica y sus posibles consecuencias clínicas en los encuentros pediátricos. Pediatría. 2003; 111: 6-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932006000100004
23. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiología del error médico. BMJ. 2000; 320:774-777. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10720365/>
24. Sagon, Candy. Los errores médicos son la tercera causa de muerte en EE.UU. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2016/errores-medicos-causa-muerte-estados-unidos.html>
25. Vázquez-Frías, José Antonio. Villalba-Ortiz, Patricia Villalba-Caloca, Jaime. Montiel-Falcón, Héctor. Hurtado-Reyes, Carlos. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? Anales Médicos. 2011; 56(1): 49 – 57. Disponible en: [www. Medigraphic.org.mx](http://www.Medigraphics.org.mx)
26. Martín-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y medicolegales. Med Clin (Barc). 2019; 152:195-9. Disponible en: <https://medes.com/publication/143873>
27. Gallagher, TH, Lucas, MH. Should we disclose harmful medical errors to the patients? If so, how? JCOM. 2005; 12:253-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228626046_Should_we_disclose_harm
28. Rodríguez, S., Cisneros, M., Neto, A., Bedia, M., Villegas, L. (2011). Olvidados e infrecuentes: oblitos. Recopilación de casos. Venezuela. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2886/1/Olvidados-e-infrecuentes%3A-oblitos.-Recopilacion-de-casos>
29. Tolino, M. Oblitos. Causas, consecuencias clínicas y legales. Prevención. Rev. Argent. Cir 2009; 13. Disponible en: https://nanopdf.com/download/oblitos-causas-consecuencias-clinicas-y-legales-prevencion_pdf
30. Navarro, S., Mansilla, G. La importancia del instrumentador quirúrgico en la prevención de oblitos, Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud 2016; 2(8): 19-29 Disponible en: <http://portalderevistas.unsa.edu.ar/ojs/index.php/RCSA/article/view/919/889>.

31. Delsalto, E., Muñoz, M. Responsabilidad del equipo médico quirúrgico frente al oblitio a partir de La Constitución Colombiana de 1991. Universidad Santiago De Cali. 2018. Disponible en: <http://www.aciteq.org/9-noticias/9-articulo-3.html>.
32. Tole, H., & Cadavid, N. (2018). Instrumentador quirúrgico: Iatrogenia, eventos frecuentes y responsabilidad en el quirófano. *Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía*, 27(2). Disponible en: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n2.2018.185>.
33. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.22519/21455333.517>.
34. Szafrir, Dora. Silva, Celso, Oblitos en Cirugía. Responsabilidad Colectiva o Individual, *Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir /UFRGS*. 2014; 1(3) Disponible en: DOI: [10.22456/2317-8558.50249](https://doi.org/10.22456/2317-8558.50249)
35. Campaña V Gonzalo. Errores médicos en el ambiente quirúrgico: Como prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos. *Rev Chil Cir [Internet]*. 2006; 58(5): 390-392. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000500015>.
36. Martínez-Velasco IG, Jiménez-López R, Veliz-Pradel N, Cadena-Vázquez MA, Reyes-García A. Oblitoma en la cirugía ginecoobstétrica: un problema creciente. Reporte de un caso. *Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]*. 2017; 85(3): 202-211. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000300202&lng=es.37. Rovira G. Oblitos, ¿responsabilidad colectiva o individual? Aspectos médico-legales. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://derechoymedicina.webcindario.com/documentos/oblito2007rovira.pdf>
38. Rehman A, Ul-Ain Baloch N, Awais M. Gossypiboma (Retained Surgical Sponge): an Evidence-Based Review. *Open J Surg*. 2017;1(1):8-14. Disponible en: [https://www.semanticscholar.org/paper/Gossypiboma-\(Retained-Surgical-Sponge\)%3A-an-Review-Rehman-Baloch/406309d09340e87896a](https://www.semanticscholar.org/paper/Gossypiboma-(Retained-Surgical-Sponge)%3A-an-Review-Rehman-Baloch/406309d09340e87896a)
39. Manrique JL, Pelisch AM, Marino M, MradJL, Kanhé M. Oblito: incidencia, consecuencias médicas, legales y éticas. *Rev Argent Cirug* 2003; 85:31-5. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/l>
40. Chóez Chilingua, E. N., Zambrano Pérez, M. F., Barros Carvajal, M. V., Chuquirima Lima, M. de J., & Calle Mendoza, D. de la N. (2021). Aspectos médico legales y quirúrgicos de los oblitos. Presentación de un caso. *Anatomía Digital*, 4(2), 142-152. Disponible en: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v4i2.1.1695>
41. Calvo Costa, Carlos A. La responsabilidad del médico ante los olvidos quirúrgicos: el principio "res ipsa loquitur". 2009. 1a. ed. Buenos Aires En: [Tratado jurisprudencial y doctrinario : derecho civil : responsabilidad civil](#)
42. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.453 (Extraordinario).
43. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina. *Gaceta Oficial* N° 39.823 de 2011.
44. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela Código Penal de Venezuela (2005). Con Ley de Reforma Parcial, según *Gaceta Oficial* N° 5.768, Extraordinario. Incluye Sentencia del Tribunal

Supremo de Justicia Nº 1.942 del 15/07/03, publicada en La Gaceta Oficial Nº 38.412 del 04/04/2006. Editorial Hermanos Vadell.

45. Congreso de la República Bolivariana de Venezuela Código Civil de Venezuela Gaceta Nº 2.990 Extraordinaria del 26 de Julio de 1982.

46. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica 2004. Aprobada finalmente durante la CXL reunión extraordinaria.