

ORIGINAL RESEARCHES



DOI: 10.5281/zenodo.8212724

UDC: 616.381-003.6:615.468.2+614.25

ASPECTE ETICE ȘI MEDICO-LEGALE ALE CORPURILOR STRĂINE TEXTILE REȚINUTE ÎN CAVITATEA ABDOMINALĂ ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF RETAINED TEXTILE FOREIGN BODIES IN ABDOMINAL CAVITY

Serghei Guțu^{1,3}, Beatrice Gabriela Ioan², Gheorghe Rojnovanu^{1,3}

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

² Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

³ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Obiective. Studiarea și sinteza viziunilor chirurgilor operatori privind evaluarea și abordarea problemelor etice asociate cu abandonarea corpurilor străine textile în cavitatea abdominală, precum și opiniile acestora referitoare la cea mai bună modalitate de a gestiona potențialele consecințe legale ale unor astfel de cazuri în comparație cu actualele standarde internaționale.

Materiale și metode. Acesta este un studiu observațional transversal realizat prin intermediul unui sondaj distribuit sub formă de chestionare tipărite sau electronice, în principal chirurgilor abdominali și obstetricieni-ginecologi operatori, precum și o trecere în revistă a literaturii medicale de specialitate.

Rezultate. Au fost recepționate 241 de chestionare completate cu răspunsuri detaliate despre specificul specialității chirurgicale și vechimea în muncă a medicului; experiența personală cu corpurile străine textile abdominale omise, inclusiv numărul de cazuri cunoscute și timpul de diagnosticare; factori de risc și măsuri preventive; evaluarea și abordarea problemelor etice asociate cu reținerea corpurilor străine, precum și opiniile lor cu privire la modul cel mai bun de a gestiona potențialele implicații legale. Majoritatea chirurgilor abdominali și ginecologilor operatori au întâlnit cazuri de corpuri străine textile reținute, în cadrul activității lor profesionale. Jumătate dintre respondenți au caracterizat corpuri străine textile ca fiind o eroare medicală gravă care se încadrează în definiția de malpraxis.

Concluzii. Studiul de față a relevat contradicții semnificative între angajamentul declarat al chirurgilor și ginecologilor față de cerințele eticii medicale moderne și aplicarea acestora în practica cotidiană. Riscul de eroare umană nu poate fi eliminat complet într-un mediu chirurgical imprevizibil și complex, astfel încât responsabilitatea individuală pentru cazurile de corpuri străine textile reținute trebuie să fie însoțite de îmbunătățiri sistemice.

Cuvinte cheie: corp străin textil, cavitatea abdominală, siguranța pacientului, etica medicală, complicație postoperatorie, malpraxis, probleme medico-legale

Summary

Objectives. To study and summarize the opinions of operating surgeons in evaluating and addressing the ethical issues associated with textile foreign bodies left behind in the abdominal cavity, as well as their views on the best way to manage the potential legal consequences of such cases in comparison with current international standards.

Materials and methods. This is a cross-sectional observational study conducted by means of a survey, distributed in the printed or electronic questionnaires, mainly to abdominal surgeons and operating obstetrician-gynecologists, as well as a review of the international medical literature.

Results. We received 241 completed questionnaires with detailed responses about the specifics of surgical specialty and the physician's seniority; personal experience with missed abdominal textile foreign bodies, including number of known cases and time of detection; risk factors and preventive measures; assessing and addressing ethical issues related to foreign body retention, as well as their views on how best to deal with potential legal implications. Most abdominal surgeons and operating gynecologists have encountered cases of textile foreign bodies retention during their professional activity. Half of the respondents characterized textile foreign bodies as a serious medical error that falls within the definition of malpractice.

Conclusions. Our study revealed significant contradictions between the stated commitment of surgeons and gynecologists to the requirements of modern medical ethics and their application in daily practice. The risk of human error cannot be completely eliminated in an unpredictable and complex surgical environment, so individual responsibility for leaving textile foreign bodies must be accompanied by systemic improvements.

Keywords: textile foreign body, abdominal cavity, patient safety, medical ethics, postoperative complication, malpractice, medico-legal issues

Introducere

Dintre numeroasele complicații chirurgicale eventuale, reținerea neintenționată a obiectelor și instrumentelor chirurgicale în câmpul operator rămâne a fi una dintre cele mai grave. Obiectele chirurgicale lăsate în corpul pacientului după operație sunt considerate de către comunitatea chirurgicală internațională în același rând cu astfel de erori

iatrogene precum efectuarea intervenției greșite, pe partea greșită a corpului sau pe pacientul greșit [1]. Conform opiniilor actuale, acestea sunt așa-numitele „never events”, adică evenimente care nu ar trebui să se producă nici într-un caz, deoarece sunt completamente prevenibile și cauzate exclusiv de eroarea umană [2, 3]. Cu toate acestea, ele se întâmplă, iar rapoartele despre aceste evenimente continuă

să apară atât în literatura medicală de specialitate, cât și în mass-media. Cel mai frecvent (70-90%) ele sunt reprezentate de corpuri străine textile (CST), datorită utilizării universale a acestora în toate intervențiile chirurgicale, dimensiunii lor mici și structurii amorse, în special atunci când meșa / tamponul sunt îmbibate cu sânge și devin dificil de observat [4, 5, 6]. Totodată, mai mult de 50% din toate incidentele care implică CST reziduale au fost raportate în cadrul procedurilor chirurgicale abdominale, ceea ce se explică prin volumul mare și complexitatea anatomică a cavităților peritoneale și pelviene [7, 8].

Meșe chirurgicale rămase în cavitatea abdominală după o intervenție chirurgicală pot provoca diverse complicații, uneori destul de neobișnuite, și care pot fi foarte grave și chiar fatale [3]. Pe lângă complicațiile acute care determină necesitatea unor laparotomii repetate de urgență, în perioada postoperatorie îndepărtată posibilitatea prezenței unui corp străin este rareori luată în considerare, iar acestea sunt adesea diagnosticate eronat, ceea ce conduce la aplicarea investigațiilor și procedurilor invazive, și efectuarea intervențiilor chirurgicale radicale inutile [5, 9]. Totodată, pe lângă aspectele pur medicale, un CST abdominal uitat poate avea implicații juridice și etice grave și poate conduce la consecințe devastatoare pentru chirurgul operator [7]. Standardele etice și medico-legale actuale impun recunoașterea, documentarea obligatorie și informarea pacientului privitor la cazurile de reținere a CST, ceea ce presupune suplimentar scuze față de pacient, pedeapsă pentru personalul medical implicat, potențiale litigii și plata de către spital a tuturor costurilor suportate ca urmare a incidentului [2, 4, 10]. Din acest motiv, cazurile de CST abdominale pretutindeni nu sunt descoperite, incidența acestora nu poate fi determinată cu exactitate și par a fi subraportate, atât din cauza dificultății de identificare a cazurilor, cât și din cauza reticenței medicilor și a spitalelor de a dezvălui astfel de erori [11, 12].

Scopul acestui studiu este analiza răspunsurilor a chirurgilor generaliști licențiați (inclusiv chirurși pediatri și oncologi) și obstetricienilor-ginecologilor operatori referitor la problemele etice asociate cu abandonarea CST intra-abdominal, precum și opiniile lor cu privire la modul gestionării implicațiilor juridice potențiale ale unor astfel de cazuri.

Material și metode

Acest studiu face parte din Proiectul aprobat de Comitetul de Etică al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” cu nr. 48 din 12.02.2022. Acesta este un studiu observațional transversal în care culegerea datelor s-a realizat cu ajutorul unui chestionar care a fost trimis sub formă tipărită sau electronică prin intermediul Google forms, chirurgilor generaliști licențiați (inclusiv chirurși pediatri și oncologi) și obstetricienilor-ginecologilor operatori. Completarea chestionarului s-a făcut voluntar și anonim. Nu au fost colectate informații care ar permite identificarea participanților, iar răspunsurile (și, prin urmare, respondenții) au primit un număr aleatoriu.

Întrebările din chestionar pot fi împărțite în patru

compartimente. Prima parte se referea la informații despre specialitatea chirurgicală și vechimea în muncă a medicului, precum și despre tipul de spital în care acesta activează. A doua parte conținea întrebări despre experiența personală cu CST abdominale uitate, inclusiv numărul de cazuri cunoscute, momentul determinării, manifestările clinice, metodele înlăturării și consecințele pentru sănătatea pacientului. A treia parte a evaluat factorii de risc și măsurile eventuale de prevenire a CST uitate în abdomen. Și ultima, a patra parte, s-a axat pe modul în care medicii evaluează și abordează problemele etice asociate cu abandonarea CST intra-abdominal, precum și opiniile lor cu privire la modul gestionării implicațiilor juridice potențiale ale unor astfel de cazuri.

Niciunul dintre răspunsuri nu a fost obligatoriu, deși posibilitatea de a răspunde la unele dintre întrebări presupunea o experiență personală în tratamentul sau identificarea CST abdominale. Unele întrebări presupuneau doar un singur răspuns, în timp ce altele ofereau posibilitatea de a specifica mai multe răspunsuri. În orice caz, toate întrebările lăsa deschisă posibilitatea unui răspuns mai desfășurat al respondentului, dacă acesta nu era specificat în opțiunile oferite.

Rezultatele răspunsurilor au fost introduse într-un tabel electronic Microsoft Excel și analizate cu ajutorul unor instrumente statistice standard.

Rezultate

Am primit 241 de chestionare completate. Majoritatea respondenților au fost chirurși generaliști / abdominali – 143 (59,3%), obstetricieni-ginecologi operatori – 64 (26,6%). Restul 34 (14,1%) de participanți au reprezentat alte subspecialități chirurgicale, cum ar fi chirurșii pediatri, oncologi, urologi și vasculari. Dintre ei, 114 (47,3%) respondenți își desfășoară activitatea profesională în instituții medicale republicane, 50 (20,7%) – în spitale municipale, 61 (25,3%) – în cele raionale, iar alți 16 (6,6%) – în spitale departamentale sau private. Experiența profesională a chirurgilor chestionați a fost de până la 5 ani pentru 33 persoane (13,7%), de 5-15 ani – pentru 54 (22,4%), de 15-25 ani – pentru 55 (22,8%), de 25-35 ani – pentru 52 (21,6%) și de peste 35 ani – pentru 47 (19,5%) dintre respondenți.

Întrebați dacă își amintesc în timpul carierei un incident în care un CST (meșă, tampon, globulă) a fost lăsat din greșeală în cavitatea abdominală, 193 (80,1%) de medici de specialități chirurgicale au răspuns pozitiv. Mai mult, 116 (48,1%) respondenți s-au confruntat cu astfel de cazuri de mai multe ori, iar doi dintre respondenți – de mai mult de 10 ori. Așa cum era de așteptat, incidența CST reținute în cavitatea abdominală a fost în funcție directă de durata activității chirurgicale (**Figura 1**). Astfel, cu o experiență profesională de sub 5 ani, 60,6% dintre respondenți s-au confruntat cu CST, între 5 și 15 ani – 72,7%, între 15 și 25 de ani – 80%, între 25 și 35 de ani – 90,4%, iar peste 35 de ani – 91,5%.

Una dintre întrebările cheie din chestionar a fost oferirea definiției etice și juridice a retenției neintenționate a CST în cavitatea abdominală. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul 1.

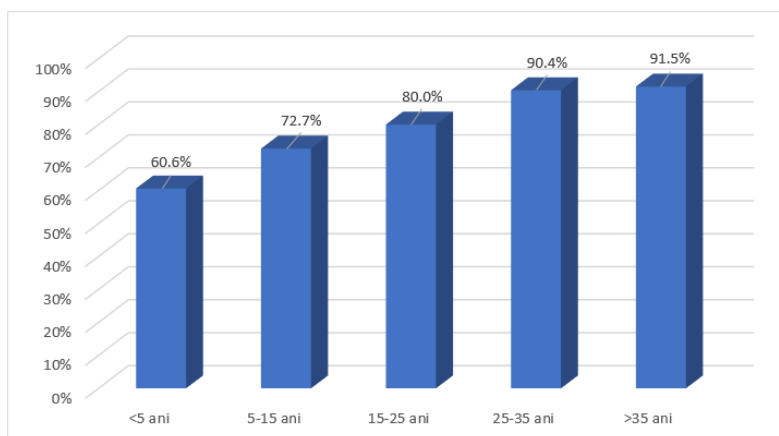


Figura 1. Experiența personală cu CST abdominale în funcție de vechimea activității chirurgicale a respondenților

Tabelul 1

Definiția evenimentului reținerii neintenționate a CST abdominal, atribuită de către respondenți

| Definiția | n (%) | Aprecierea |
|--|------------|-------------------------------------|
| Accident medical | 42 (17,4%) | „Precaută” 113 (46,9%) |
| Incident medical | 47 (19,5%) | |
| Eveniment advers | 5 (2,1%) | |
| Complicație postoperatorie | 19 (7,9%) | |
| Deficiență medicală | 11 (4,6%) | „Realistică” 126 (52,3%) |
| Eroare medicală | 41 (17%) | |
| Eroare de organizare | 19 (7,9%) | |
| Neglijență medicală | 42 (17,4%) | |
| Malpraxis | 13 (5,4%) | |
| * Definiția evenimentului nu a fost atribuită în 2 (0,8%) cazuri | | |

Pentru a simplifica analiza datelor, am considerat oportună combinarea definițiilor într-un grup de așa-numite evaluări „precaute”, care tratează abandonul CST ca pe un eveniment medical neplăcut, dar nu ieșit din comun; și al doilea grup cu așa-numitele aprecieri „realistice”, care descriu evenimentul relevant ca fiind excepțional și inadmisibil. Este interesant faptul că grupurile „precaute” și „realistice” nu diferă în ceea ce privește specialitatea chirurgicală, vechimea în muncă și prezența sau absența experienței personale privind la tratamentul CST.

Majoritatea respondenților (198 / 82,2%) consideră că este necesară indicarea veridică în protocolul chirurgical și în diagnosticul postoperator a identificării în cursul intervenției chirurgicale a unui CST abdominal. În același timp, 163 (67,6%) dintre participanții la sondaj nu acceptă posibilitatea unei descrieri false a constatărilor intraoperatorii, atunci când un CST uitat este identificat și extras din cavitatea abdominală. Totuși, aceeași întrebare privind documentarea reală a cazurilor de CST abdominale cunoscute din experiența personală relevă date variate. Astfel, doar 107 (44,4%) respondenți au afirmat că faptul constatării și înlăturării unui CST uitat în cavitatea abdominală a fost reflectat în întregime în protocolul chirurgical și în diagnosticul final, nu a fost notat – în 76 (31,5%) de răspunsuri și a fost doar „parțial” dezvăluit – în alte 21 (8,7%) de cazuri. Alți 37 (15,4%) de

respondenți au lăsat această întrebare fără răspuns sau s-au referit la necunoaștere. Totodată, doar 74 (30,7%) dintre respondenți au răspuns afirmativ la întrebarea privind necesitatea informării complete a pacientului și a rudelor sale despre CST abdominal, 52 (21,6%) au răspuns negativ, iar 115 (47,7%) au considerat că această decizie depinde de alte circumstanțe.

Următorul set de întrebări se referea la responsabilitatea personalului medical și a instituției medicale pentru cazurile în care CST sunt lăsate în abdomen. Întrebarea privind responsabilitatea personală a membrilor echipei operatorii presupunea un singur răspuns, iar rezultatele sunt prezentate în **Figura 2**. Spre deosebire de opinia larg răspândită despre principala vină a chirurgului operator, respondenții au insistat la repartizarea responsabilității pe întreaga echipă operatorie (39,0%) sau împărțirea acesteia între chirurg și asistenta de operație (24,5%), sau chiar plasarea acesteia în întregime pe asistenta de operație (6,2%).

De asemenea, reprezintă interes opiniile respondenților despre consecințele asupra personalului medical răspunzător pentru uitarea unui CST abdominal, precum și o comparație cu consecințele/penalizările suportate în cazurile reale (**Tabelul 2**).

Rezultatele obținute arată că chirurgii și ginecologii intervievați consideră discuția profesională internă drept cea

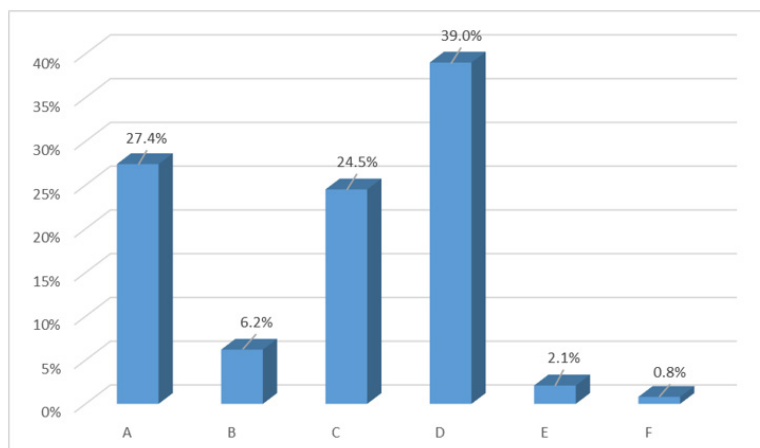


Figura 2. Atribuirea responsabilității principale a personalului medical pentru CST uitate în cavitatea abdominală

A – Chirurul operator

B – Asistenta de operație

C – Ambii (chirurul operator și asistenta de operație) în măsură egală

D – Toată echipa chirurgicală în măsură egală, inclusiv chirurgii asistenți

E – Instituția medicală

F – Nimeni

Tabelul 2

Consecințele asupra membrilor echipei operatorii după dezvăluirea cazului de CST reținut neintenționat în cavitatea abdominală

| Gradul responsabilității | Teoretic – opinia respondenților n (%) | În practică – experiența personală a respondenților n (%) |
|--|---|---|
| Niciuna, cazul a fost ascuns | - | 38 (15,8%) |
| Discuția profesională internă | 198 (82,2%) | 138 (57,3%) |
| Sanctiune disciplinară (administrativă) | 33 (13,7%) | 16 (6,6%) |
| Răspunderea civilă cu achitarea compensației | 5 (2,1%) | 4 (1,7%) |
| Răspunderea penală | 1 (0,4%) | 3 (1,2%) |
| Fără răspuns | 4 (1,7%) | 42 (17,4%) |

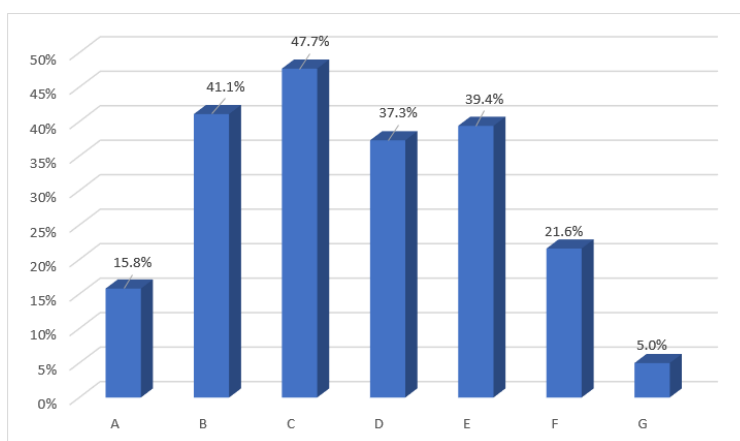


Figura 3. Opinia respondenților cu privire la forma convenită de implicare a instituției medicale în cazul unei petiții / unui proces judiciar pentru lăsarea CST în cavitatea abdominală.

A – Sancționarea echipei chirurgicale

B – Participarea la încheierea unui acord informal între părți (echipa chirurgicală și pacient/rudele)

C – Îmbunătățirea sistemului de siguranță a pacientului

D – Introducerea asigurării de răspundere obligatorie pentru chirurgi

E – Implicarea avocatului sau a juristului din spital

F – Plata despăgubirii în cazul pierderii procesului legal

G – Nu trebuie implicată instituția

mai adecvată reacție la abandonul CST, în același timp fără a exclude aplicarea sancțiunilor disciplinare. Totodată, doar un număr minim de respondenți au considerat că este potrivită răspunderea juridică civilă sau penală. Important este că, în realitate, cazul a fost ascuns și a rămas fără consecințe în 15,8% dintre cazuri.

Astfel, 172 (71,4%) de respondenți consideră că, în cazul unei reclamații sau al unui proces juridic pentru abandonarea unui CST abdominal, alături de echipa operatorie, ar trebui să fie responsabilă și instituția medicală. Întrebați cu privire la modul de implicare a spitalului în astfel de evenimente (au fost posibile mai multe răspunsuri), respondenții au indicat cel mai adesea îmbunătățirea siguranței pacientului, participarea la încheierea unui acord informal cu pacientul și rudele acestuia, participarea avocatului spitalului la procesul juridic, introducerea unei asigurări obligatorii de răspundere civilă pentru chirurghi și plata despăgubirilor în cazul pierderii litigiului (**Figura 3**). Doar 5% dintre respondenți au considerat că nu este necesară nicio implicare a spitalului în rezolvarea problemei.

Discuții

Chirurgia presupune lucrul în sala de operație, care este un mediu specific cu niveluri ridicate de stres, presiune și riscuri în condițiile deficitului semnificativ al timpului, ce însoțesc procedeele complexe din punct de vedere tehnic [12, 13]. Ca urmare, activitatea chirurgicală este asociată cu o amenințare constantă a erorilor medicale, ale căror tipuri variază foarte mult datorită complexității extreme și eterogenității sarcinilor [4, 7]. În aceste condiții, aplicarea unor practici de siguranță fiabile și standardizate este de o importanță primordială, care ar trebui să aibă ca scop eliminarea sau reducerea la minimum a vătămării accidentale aduse pacienților pe întreaga perioadă de spitalizare, inclusiv timpul petrecut în sala de operație [2, 5, 14].

Corpurile străine rămase în interiorul pacientului după operație reprezintă unul dintre cele mai frapante exemple de erori medicale asociate cu procedurile chirurgicale. Conform standardelor moderne de siguranță a pacientului chirurgical, CST sunt clasificate drept „*never events*”, adică evenimente care nu ar trebui să apară în nicio circumstanță, se datorează exclusiv erorilor umane și sunt complet prevenibile [2, 3, 15]. Deși incidența reală a CST este necunoscută, se raportează că este de un caz la 1.000-1.500 de intervenții chirurgicale pe abdomen [4].

Cu toate acestea, este în general acceptat faptul că incidența raportată a CST abdominale este mult subestimată din cauza reticenței medicilor și a spitalelor de a dezvălui acest tip de eroare de teama consecințelor medico-legale și reputaționale [16, 17]. În orice caz, indiferent de frecvența reală a acestui eveniment iatrogen, se cunoaște cu siguranță că aceasta este mai mare decât zero [18] și că se produce în continuare în întreaga lume [19]. Natura observațională a studiului a permis de a stabili că mulți chirurghi se confruntă cu CST abdominale în timpul carierei lor profesionale. Astfel, mai mult de jumătate (61%) dintre chirurghii începători au o experiență personală cu CST uitate, și aproape toți (92%) dintre cei cu activitate profesională peste 20-25 de ani.

În ultimele decenii s-a înregistrat o creștere dramatică a atenției, atât a specialiștilor, cât și a publicului, față de problemele morale și etice legate de acordarea serviciilor medicale. Interesul sporit pentru etica medicală a fost alimentat de factori, precum perfectarea tehnologiilor în medicina modernă, creșterea gradului de informare medicală a pacienților și eforturile societății civile de protejare a drepturilor populației [20]. Un aspect important al eticii medicale contemporane este raportarea reală și amănunțită a tuturor evenimentelor adverse legate de activitatea medicală. Două motive principale sunt invocate în sprijinul dezvoltării informației: imperativul etic de a spune întotdeauna adevărul și necesitatea de a evalua realitatea cu mai multă acuratețe și de a dezvolta sisteme mai sigure de asistență medicală [21, 22], pe baza cunoștințelor despre condițiile în care s-au produs evenimentele și despre modul de prevenire a repetării acestora [23]. În SUA, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) consideră cazurile de reținere neintenționată a unui obiect străin în corpul pacientului după o procedură chirurgicală drept așa-numitele „*sentinel events*”, care ar trebui să fie raportate în mod obligatoriu într-un registru național [24]. În anul 2006, în cadrul Programului național de îmbunătățire a calității în chirurgie (ACS NSQIP), Colegiul American al Chirurghilor a elaborat un ghid privind prevenirea corpurilor reziduale postoperatorii, care prevede, de asemenea, raportarea obligatorie a acestor cazuri la nivel național [25].

Cu toate acestea, în țările mai puțin dezvoltate, situația este și mai alarmantă, iar practica de a „ascunde” cazurile de CST abdominale, chiar și față de colegii din aceeași clinică, este pe larg răspândită. În India, de exemplu, corpurile străine rămase în cavitatea abdominală după operații sunt rareori documentate din motive medicale, juridice și de altă natură [17]. O lucrare din Turcia raportează că toate fișele medicale și dovezile privind cazurile de CST au fost eliminate din arhivele spitalelor și nu au putut fi găsite [16]. Un studiu efectuat în Nigeria notează că, în cazul în care se descoperă un CST abdominal uitat, conform unui acord nescris, astfel de informații nu părăsesc sala de operație pentru a proteja reputația și onoarea profesională a chirurgului [26]. Astfel, datele reale nu sunt incluse în descrierea constatărilor operatorii, iar protocolul operației indică „drenarea abcesului” sau „înlăturarea formațiunii chistice”. Rezultatele studiului de față indică faptul că această abordare este dominantă și în Republica Moldova, iar principiul etic al dezvăluirii complete a informațiilor nu este respectat. Deși majoritatea respondenților declară necesitatea unei documentări veridice a cazurilor de CST (82%) și nu sunt de acord cu descrierea falsă a constatărilor intraoperatorii (67%), în practică, faptul depistării și extragerii unui CST lăsat în cavitatea abdominală a fost reflectat pe deplin în protocolul de operație și în diagnosticul final doar în mai puțin de jumătate (44%) din cazuri – conform răspunsurilor oferite de participanții la studiul nostru.

O altă problemă etică este cerința de a informa complet pacientul și rudele acestuia cu privire la prezența unui CST abdominal. Conform reglementărilor internaționale în vigoare, este obligatorie informarea pacientului despre

prezența unui CST sau a altor obiecte chirurgicale uitate accidental în corpul acestuia [5, 27]. Există cel puțin două argumente în sprijinul acestei abordări. În primul rând, decizia curativă de a elimina un CST reținut ar trebui să se bazeze întotdeauna pe consimțământul informat al pacientului [22]. Acest lucru este valabil mai ales pentru cazurile asimptomatice, când sunt necesare argumente puternice pentru a motiva pacienții pentru re-operatie [13, 28]. În al doilea rând, există opinia că o dezvăluire promptă a informațiilor și scuzele aduse pacientului pentru eroarea medicală pot elimina conflictul în stadiul inițial și pot reduce costurile potențiale ale litigiilor și penalităților [21, 24]. Cu toate acestea, ultimul argument nu este unanim susținut. Un contra-argument este că există o mare posibilitate că pacienții care sunt informați cu privire la un incident să intenționeze o acțiune legală mai ușor [9, 22]. Astfel, un studiu din SUA a demonstrat că informarea completă a pacientului cu privire la incident crește semnificativ numărul acuzațiilor de malpraxis medical și cererilor de compensații financiare [29]. Într-o lucrare din Brazilia, 26% dintre pacienții informați cu privire la CST lăsat în corpul acestora au dat în judecată medicul și / sau instituția medicală [6]. Prin urmare, o explicație sinceră a rezultatelor adverse, cu exprimarea regretelor și prezentarea de scuze pacientului, continuă să fie mai degrabă excepție decât regulă în toate țările. Același studiu arată că doar 54% dintre pacienți au fost informați cu privire la abandonarea CST abdominal și doar 26% dintre chirurgii intervievați ar fi informat pacientul despre un astfel de incident în viitor [6]. Rezultatele studiului de față sunt concordante cu rezultatele studiului menționat anterior: doar 31% dintre respondenții din Republica Moldova consideră că este necesară informarea completă a pacientului și / sau a rudelor cu privire la abandonarea CST în cavitatea peritoneală. Astfel, chirurgii preferă să ascundă astfel de situații din mai multe motive, care vor fi discutate ulterior.

Un alt aspect al conștientizării slabe a chirurgilor operatori și obstetrician-ginecologilor în probleme etice și medico-legale a fost demonstrat de modul în care este evaluată de către aceștia uitarea unui CST în cavitatea abdominală. Aproape jumătate (47%) dintre respondenți au dat o evaluare „precaută” a evenimentului, caracterizându-l mai degrabă ca un accident, efect advers sau o complicație, deși uitarea unui CST în cavitatea abdominală este, fără îndoială, o eroare medicală. Astfel, majoritatea studiilor consideră că uitarea unui CST intraoperator este un exemplu clasic de neglijență medicală sau malpraxis [6, 9, 29, 30]. Conform opiniei Biswas RS, et al., malpraxis-ul este definit ca o lipsă de atenție și îndemânare rezonabilă sau o neglijență intenționată din partea unui medic, care are ca rezultat un pericol pentru sănătatea sau viața pacientului [9]. Fără îndoială că, în cazul CST abdominal uitat, chirurgul operator, indiferent de motiv, nu a atins standardul de tratament care se acordă altor pacienți similari în aceleași situații și condiții, rezultând consecințe pe care un „medic prudent în mod rezonabil în circumstanțe similare” nu le-ar fi permis [5].

Consecințele medico-legale ale CST sunt adesea foarte semnificative. Conform unor studii, obiectele chirurgicale străine reprezintă două treimi din reclamațiile pacienților

privind erorile medicale [18], dintre care CST reprezintă 50%, și, de obicei, cu rezultate medico-legale grave [11]. Dezvăluirea diagnosticului de CST abdominal și reintervenția necesară pentru a corecta problema poate duce la inițierea unui proces judiciar între pacient și personalul chirurgical sau spitalul implicat [7, 17]. Atunci când un caz medical obișnuit este audiat în instanță, decizia finală este influențată, în mare măsură, de opinia experților profesioniști invitați [31]. Dimpotrivă, prezența unui corp străin în interiorul pacientului poate fi dovedită cu ușurință, este întotdeauna eronată și evitabilă, astfel încât probabilitatea unui rezultat prost al procesului pentru chirurgul responsabil este foarte înaltă [4, 5]. În aceste cazuri se aplică doctrina „*res ipsa loquitur*” sau „lucrul vorbește de la sine” [9, 10, 17, 27]. Când este aplicat la CST abdominale, acest principiu juridic afirmă în esență că numai prezența documentată a unui corp străin constituie o dovadă incontestabilă că pacientului i s-a acordat asistența medicală necorespunzătoare și neglijență. Astfel, nu este necesară nicio dovadă suplimentară de neglijență, martorii experți pot fi excluși și, de obicei, nu sunt obligați să depună mărturie cu privire la standardul de tratament într-un anumit caz [5].

În viitor, avocații pot considera consecințele CST ca un factor care duce atât la răspundere penală, cât și civilă [19, 32], ținând cont de prejudiciul (inclusiv material, afectarea sănătății, durerea, suferința, stresul psihologic negativ) cauzat pacientului. Cu toate acestea, este bine cunoscut faptul că, dintre numeroasele procese intentate cu privire la malpraxis, puține sunt soluționate în instanță, în majoritatea cazurilor încheindu-se cu o înțelegere între părât și reclamant [21]. Detaliile cazurilor de CST abdominale, precum și costurile juridice și plățile de soluționare asociate rămân în mare parte confidențiale. De regulă, valoarea despăgubirii care este recunoscută de către instanță se bazează pe o evaluare liberă a pacientului și / sau practica judiciară, și pe nivelul de bunăstare financiară a țării. Există cel puțin câteva tipuri de costuri datorate evenimentelor adverse sau erorilor medicale: costul serviciilor medicale suplimentare necesare pentru tratarea patologiei iatrogene; costul invalidității pe termen lung plus posibila reabilitare; pensie pentru dizabilitate; compensare pentru prejudiciu; costurile judiciare și cheltuielile aferente; și daunele punitive [21, 30]. Cele mai mari și cu cea mai rapidă creștere a compensațiilor monetare pentru erori medicale legate de CST se găsesc în Statele Unite. În general, costul anual al erorilor medicale în SUA depășește 17 miliarde de dolari, dintre care 35% sunt legate de activități chirurgicale [18]. În perioada 1996-2003, costul despăgubirilor și protecției juridice pentru cazurile de CST a fost în medie de peste 50.000 USD, variind între 2.000 și 800.000 USD [4, 10]. De asemenea, este interesant și raportul costurilor: conform dosarelor companiei de asigurări din Massachusetts, pe o perioadă de 7 ani, suma totală a rambursării a fost de peste 2 milioane de dolari, iar onorariile de protecție juridică se apropiau de 600.000 USD [10]. Cu toate acestea, deja în 2008 valoarea despăgubirilor pentru CST au variat între 250.000 și 1 milion de dolari [1]; în 2012 – între 37.000 și 2.350.000 de dolari per incident, cu o medie de 95.000 de dolari, chiar dacă pacientul nu a fost afectat în

mod semnificativ de CST [27]; iar în 2016 au avut în medie 260.000 de dolari (100.000-875.000 de dolari) [32]. Datele disponibile din Europa și din alte țări, cu privire la valoarea compensației, variază în funcție de severitatea cazului. Astfel, suma medie plătită per caz în Polonia a fost de 36.351 USD, mult mai mică decât în Statele Unite, dar apropiată de cea din Danemarca (40.000 USD) și considerabil mai mare decât în Suedia (20.000 USD) și Noua Zeelandă (4.450 USD) [30]. Totuși, în Polonia, vătămarea sănătății cauzată de un obiect străin lăsat în corpul unui pacient poate atrage răspunderea penală, o acuzație de vătămare corporală gravă sau chiar de omor prin imprudență, fapt care se poate atribui „culturii de represiune” dominantă în Polonia, după cum se exprimă la figurat chiar autorii articolului citat [19]. În Turcia, până în anii 1980, CST uitate erau considerate ca o complicație, dar în prezent sunt tratate ca erori medicale, iar chirurgii sunt considerați vinovați [31]. Mai mult, chiar dacă un medic dorește să ascundă un CST diagnosticat și nu raportează un coleg autorităților judiciare, acțiunile sale intră sub incidența Codului penal [13]. În India nu există orientări directe sau legi stabilite care să abordeze direct această problemă [33]. Cu toate acestea, cazurile în care un chirurg a lăsat un CST în timpul unei laparotomii și acest lucru a dus la complicații care au necesitat o nouă operație, sunt desemnate drept neglijență medicală de către Comisia Națională din această țară. În cazul decesului unui pacient din cauza neglijenței medicale, medicul poate fi tras la răspundere civilă pentru a plăti despăgubiri și daune în cadrul unei „contravenții civile” și, în același timp, dacă gradul de neglijență este foarte mare și acțiunile clinicianului au fost catalogate ca fiind imprudente, acesta va fi tras la răspundere penală, care se pedepsește cu până la 2 ani de închisoare [9]. În Iordania, atunci când un pacient înaintează o plângere cu privire la o eroare chirurgicală, cum ar fi un CST, spitalul formează un grup din cel puțin doi medici specialiști cu experiență pentru a investiga cazul și a decide măsurile care trebuie luate, în funcție de severitatea complicației [34]. Sancțiunile pentru personalul chirurgical implicat variază de la o reducere a salariului până la amânarea promovării profesionale, sau ambele.

Revenind la rezultatele studiului de față, trebuie remarcat faptul că doar 2,5% dintre respondenți consideră că este oportună tragerea la răspundere civilă sau penală a lucrătorului medical vinovat. În același timp, mai mult de 95% dintre respondenți consideră că discutarea profesională cu posibile sancțiuni disciplinare reprezintă cel mai convenit răspuns în cazul abandonării CST intraabdominal. Într-adevăr, profesia de medic este un sistem ierarhic strict, bazat pe o serie de criterii: calificări, formare, pregătire postuniversitară, grade academice, poziție profesională. În marea majoritate a cazurilor, rezultatele intervențiilor chirurgicale (inclusiv eșecurile și complicațiile) sunt controlate și reglementate de colegii mai experimentați și mai în vârstă, decât de persoanele administrative sau guvernamentale, care, fără îndoială, nu au cunoștințele de specialitate necesare pentru a înțelege ce s-a întâmplat [20, 35]. Astfel de cercetări profesionale interne în cadrul spitalului, formale sau informale, sunt predominante în cazul complicațiilor chirurgicale grave, inclusiv iatrogene,

cu potențialul de a declanșa acțiuni juridice. Multe dintre aceste cazuri nu sunt oficializate și nu ajung la litigii, limitându-se la măsuri disciplinare, corective și educaționale interne. Cu toate acestea, vremurile se schimbă. În societatea civilă se afirmă din ce în ce mai mult că specialitatea medicală nu diferă de alte profesii (ceea ce este, desigur, o viziune profund greșită), și că rezultatele practicii medicale ar trebui evaluate de agenții civili, mai degrabă decât de structurile profesionale. Totuși, în opinia noastră, medicii și practica medicală ar trebui tratate deosebit. Orice procedură chirurgicală implică riscuri, iar chirurgii își îmbunătățesc continuu abilitățile profesionale și se supun unei perfecțiuni constante, uneori din propria lor experiență și greșeli. Prin urmare, un argument în favoarea prezenței neglijenței asociate cu acțiunea sau inacțiunea unui profesionist medical necesită o înțelegere profundă a lucrului chirurgical, precum și a erorilor comise întâmplător, care nu neapărat includ un element de vinovăție [9].

Pe lângă aspectele medico-legale, este importantă o evaluare pur colegială și profesională a responsabilității personale a lucrătorilor medicali pentru cazurile de CST lăstate în cavitatea abdominală, care a fost unul dintre obiectivele cheie ale prezentei cercetări. Tradițional și până în prezent, predomină tendința de a plasa toată vina exclusiv pe chirurgul operator, în conformitate cu doctrina „căpitanului de navă” [5, 6]. Conform acestui principiu, chirurgul efectuează operația într-un mediu pe care l-a creat și controlat și, prin urmare, poartă întreaga responsabilitate pentru tot ceea ce se întâmplă în sala de operație. În consecință, în majoritatea cazurilor, chirurgul este responsabil nu numai pentru propriile greșeli, ci și pentru erorile celorlalți membri ai echipei chirurgicale [13, 17, 33]. Ca exemplu, poate fi menționat un caz ilustrativ din Statele Unite, descris într-un articol din 1996 [10]. În timpul unei colecistectomii, o meșă a rămas în abdomenul pacientului și, în pofida dovezilor prezentate de apărare, conform cărora chirurgul a respectat toate standardele de procedură operatorie și că personalul medical nu i-a oferit informații adecvate, ba chiar personalul însuși și-a recunoscut vina în incident, judecata l-a condamnat pe chirurg cu o amendă de peste 100.000 de dolari.

Totuși, responsabilitatea chirurgului are limitele sale. În ultimele decenii se ajunge la un consens tot mai mare asupra faptului că echipele de chirurși, anesteziști, asistenți medicali și chiar personalul auxiliar din blocul de operație poartă responsabilitatea colectivă pentru respectarea siguranței oricărui pacient chirurgical. Fiecare colaborator care activează în sala de operație are o responsabilitate etică, legală și morală comună de a face tot posibilul pentru a asigura un rezultat adecvat [13]. Deși responsabilitatea principală pentru cazurile de retenție neintenționată a obiectelor chirurgicale, inclusiv a CST în câmpul operator, revine chirurgului, această problemă poate fi rezolvată numai dacă toți membrii echipei chirurgicale colaborează cu scrupulozitate. Astfel, prevenirea CST este responsabilitatea nu numai a chirurgului, ci și a asistenților-chirurși, asistentei de operație [5, 8, 13], cu o repartizare clară a responsabilităților și respectarea unui protocol standardizat pentru numărarea tuturor obiectelor

chirurgicale, inclusiv a CST [3], care necesită o cooperare deplină și o comunicare perfectă între membrii echipei [3, 22, 36]. În deplină conformitate cu tendințele globale, 70% dintre chirurgii și ginecologii din Republica Moldova, conform rezultatelor studiului de față, nu tind să atribuie toată vina pentru CST lăsate în cavitatea abdominală doar chirurgului operator, subliniind necesitatea de a împărți responsabilitatea pentru acest incident și cu asistenta operatorie și medici – asistentul (asistenții) chirurgului.

Peste 70% dintre respondenții din studiul efectuat consideră că, în cazul unei reclamații sau al unui proces judiciar pentru lăsarea CST abdominal, instituția medicală ar trebui să poarte responsabilitatea împreună cu echipa chirurgicală, iar 95% – că spitalul ar trebui să fie implicat într-un fel sau altul în rezolvarea conflictului. În cele mai multe cazuri, acestea includ măsuri organizatorice de îmbunătățire a siguranței pacientului, participarea la încheierea unui acord informal cu pacientul, implicarea unui jurist sau avocat al spitalului, introducerea unei asigurări obligatorii de răspundere civilă pentru chirurgi, precum și plata despăgubirilor în cazul unui caz pierdut în instanță. Astfel, chirurgii operatori din Republica Moldova sunt conștienți de neajunsurile existente și speră la o mai mare protecție juridică și sprijin instituțional din partea angajatorilor în fața riscului mereu prezent al erorilor umane.

De fapt, problema rolului administrației instituției medicale în rezolvarea situației legate cu CST este mult mai profundă decât ar putea părea la prima vedere. În primul rând, există o motivație financiară, care este mai semnificativă în țările cu venituri ridicate, cum ar fi Statele Unite și Europa de Vest. Având în vedere situația actuală, este clar că spitalele care nu iau măsuri pentru a reduce complicațiile iatrogene se vor confrunta cu consecințe financiare semnificative [23], inclusiv amenzi de toate tipurile, cheltuieli de judecată, costuri juridice și despăgubiri pentru pacienți. Astfel, a devenit avantajos, din punct de vedere financiar, pentru spitale să investească în tehnologii mai sofisticate care pot preveni uitarea CST în cursul unei intervenții chirurgicale [37]. Printre acestea se numără utilizarea obligatorie doar a materialelor textile care conțin markeri radioopaci în timpul procedurilor abdominale, pentru o detectare ușoară prin radiografie simplă [3, 5, 10], precum și tehnologii mai noi, cum ar fi codul de bare al meșelor, cipuri de radiofrecvență încorporate [2, 12] și altele. În al doilea rând, un impact semnificativ o are abordarea juridică. „Abordarea personală”, practică frecvent în sistemul de sănătate din Republica Moldova, adică acuzarea unei persoane de uitare, neatenție, ignoranță, neglijență, atunci când analizează o complicație iatrogenă, cum ar fi un CST lăsat în interiorul pacientului, este vicioasă și nepromițătoare. Transferarea responsabilității către colaboratori individuali conduce la o situație în care principalul obiectiv al acestora este de a dovedi că ei personal nu au fost neglijenți. Ca urmare, se dezvoltă o situație în care chirurgii dau vina pe asistente medicale sau asistentele dau vina pe chirurgi [5, 17], ceea ce nu face decât să înrăutățească cazul. Din punct de vedere juridic, spitalele din țările mai dezvoltate și personalul chirurgical angajat au o asigurare obligatorie de răspundere profesională, precum și propriul

consilier juridic [5, 38]. Atunci când atât chirurgii, cât și asistentele medicale lucrează în aceeași instituție și au aceeași avocați, spitalul în ansamblul și personalul său în particular nu pot evita responsabilitatea și să o transfere cu ajutorul apărării după principiul „în totul este vinovat altul” [5]. Cele menționate încurajează o „abordare sistemică” a unui incident advers, adică analiza cauzelor evenimentului, identificarea deficiențelor măsurilor preventive și a interacțiunii factorilor umani. Această abordare, deși mai dificil de elaborat și de pus în aplicare, promite să aibă mai mult succes [12]. În al treilea rând, pe lângă costurile financiare și problemele juridice pentru spital sau chirurg, cazurile de retenție a CST au consecințe negative suplimentare, incomensurabile, cum ar fi costurile reputaționale. Acestea sunt adesea inițiate de o mediatizare critică largă în mass-media [4, 13, 23]. Reporterii din ziare pun titluri răsunătoare pe prima pagină, precum „Coșmar! Un chirurg uită un prosop în burta unei femei în travaliu”. O astfel de publicitate negativă îi determină pe unii administratori de spital să impună sancțiuni publice medicului în loc să încerce să înțeleagă circumstanțele și să caute modalități de a reduce incidentele viitoare [26], de exemplu prin implementarea unor îmbunătățiri tehnice și organizaționale. Acest lucru trece cu vederea faptul că pedepsele personalizate și eșecul de a oferi un sprijin instituțional adecvat medicilor aflați într-o situație critică nu reduc în niciun fel și pot chiar crește pierderile de reputație pentru spital în ansamblu.

Analiza rezultatelor acestui studiu și a literaturii de specialitate sugerează că nu numai comunitatea medicală, ci și cea juridică este din ce în ce mai conștientă de complexitatea și natura multifactorială a cazurilor de CST rămase în cavitatea abdominală [7, 9]. Abordarea unor astfel de incidente ar trebui să se schimbe de la căutarea unui individ care să fie învinuit de neglijență sau incompetență la analiza motivelor eșecului sistemului de siguranță a pacientului chirurgical [6], implementarea unor procese eficiente și sigure de tratament [12, 19], eliminarea deficiențelor de mediu în sala de operație care permit apariția evenimentelor adverse [18]. Un punct de vedere din ce în ce mai răspândit este necesitatea de a bloca sau de a reduce riscul de eroare umană în apariția diferitor evenimente adverse prin crearea unui sistem de siguranță cu controale multiple și suprapuse, și prevenirea incidentelor potențiale [3], după modelul altor activități umane cu risc înalt (aviația civilă, uzinele nucleare și chimice) [8, 12, 22]. Această abordare încurajează dezvăluirea completă a cazurilor CST abdominale pentru a evalua frecvența reală a acestui eveniment, pentru a standardiza procedurile recomandate pentru prevenirea acestuia și pentru a reduce consecințele medico-legale [13, 21].

Concluzii

Deși reținerea neintenționată a CST în cavitatea abdominală este considerată extrem de rară și, teoretic, ar trebui să nu se producă, experiența personală cu această complicație o au majoritatea chirurgilor abdominali și obstetricienilor-ginecologi operatori, cu o frecvență direct proporțională cu experiența lor profesională.

În studiul nostru, doar puțin mai mult de jumătate

dintre respondenți caracterizează CST lăsat neintenționat în cavitatea abdominală drept o eroare medicală gravă care se încadrează în definiția de malpraxis, fapt care indică fie o lipsă de conștientizare a problemelor de etică medicală în rândul medicilor chestionați, fie o teamă de a numi lucrurile pe nume, și care este un contrast puternic cu aprecieri medico-legale actuale. De asemenea, studiul de față a evidențiat contradicții semnificative între angajamentul declarat al chirurgilor și ginecologilor practicieni față de cerințele eticii medicale moderne și aplicarea acestora în practica reală, în ceea ce privește documentarea și raportarea veridică a cazurilor de CST abdominale, precum și informarea pacientului și a familiei sale.

Riscul de eroare umană nu poate fi eliminat complet

într-un mediu chirurgical imprevizibil și complex, astfel încât responsabilitatea individuală pentru cazurile de CST reținute trebuie să fie însoțită de îmbunătățiri sistemice, iar chirurgii operatori din Republica Moldova au nevoie de o mai mare protecție juridică și sprijin instituțional din partea angajatorilor lor.

Recunoștință

Mulțumim membrilor Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi”, Asociației Chirurgilor Pediatri și AMOG – Asociației Medicilor Obstetricieni-Ginecologi din Republica Moldova pentru timpul și efortul depus pentru a răspunde la chestionar.

Bibliografie

- Heslin MJ, Doster BE, Daily SL, et al. Durable improvements in efficiency, safety, and satisfaction in the operating room. *J Am Coll Surg.* 2008;206(5):1083-1090. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2008.02.006
- Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. *J Am Coll Surg.* 2008;207(1):80-87. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.12.047
- WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. Geneva: WHO Press, World Health Organization; 2009. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>. Accessed March 31, 2023.
- 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(3):229-235. doi:10.1056/NEJMs021721
- Gibbs VC, Coakley FD, Reines HD. Preventable errors in the operating room: retained foreign bodies after surgery--Part I. *Curr Probl Surg.* 2007;44(5):281-337. doi:10.1067/j.cpsurg.2007.03.002
- Birolini DV, Rasslan S, Utiyama EM. Unintentionally retained foreign bodies after surgical procedures. Analysis of 4547 cases. *Rev Col Bras Cir.* 2016;43(1):12-17. doi:10.1590/0100-69912016001004
- Stawicki SP, Evans DC, Cipolla J, et al. Retained surgical foreign bodies: a comprehensive review of risks and preventive strategies. *Scand J Surg.* 2009;98(1):8-17. doi:10.1177/145749690909800103
- Susmallian S, Barnea R, Azaria B, Szyper-Kravitz M. Addressing the important error of missing surgical items in an operated patient. *Isr J Health Policy Res.* 2022;11(1):19. Published 2022 Apr 5. doi:10.1186/s13584-022-00530-z
- Biswas RS, Ganguly S, Saha ML, Saha S, Mukherjee S, Ayaz A. Gossypiboma and surgeon- current medicolegal aspect - a review. *Indian J Surg.* 2012;74(4):318-322. doi:10.1007/s12262-012-0446-3
- Kaiser CW, Friedman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. *Ann Surg.* 1996;224(1):79-84. doi:10.1097/00000658-199607000-00012
- Mathew RP, Thomas B, Basti RS, Suresh HB. Gossypibomas, a surgeon's nightmare-patient demographics, risk factors, imaging and how we can prevent it. *Br J Radiol.* 2017;90(1070):20160761. doi:10.1259/bjr.20160761
- Gibbs VC. Thinking in three's: changing surgical patient safety practices in the complex modern operating room. *World J Gastroenterol.* 2012;18(46):6712-6719. doi:10.3748/wjg.v18.i46.6712
- Sharma G, Bigelow J. Retained foreign bodies: a serious threat in the Indian operation room. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4(1):30-37. doi:10.4103/2141-9248.126605
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- Chen Q, Rosen AK, Cevasco M, Shin M, Itani KM, Borzecki AM. Detecting patient safety indicators: How valid is "foreign body left during procedure" in the Veterans Health Administration?. *J Am Coll Surg.* 2011;212(6):977-983. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.02.003
- Arikan S, Kocakusak A. Retained Textile Foreign Bodies: Experience of 27 Years. *Acta Med Port.* 2015;28(4):494-500. doi:10.20344/amp.5976
- Grag M, Aggarawal AD. A review of medicolegal consequences of gossypiboma. *J Indian Acad Forensic Med.* 2010;32(4):358-361.
- Cohen AJ, Lui H, Zheng M, et al. Rates of Serious Surgical Errors in California and Plans to Prevent Recurrence. *JAMA Netw Open.* 2021;4(5):e217058. Published 2021 May 3. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.7058
- Szymocha M, Pacan M, Anufrowicz M, Jurek T, Rorat M. Leaving a foreign object in the body of a patient during abdominal surgery: still a current problem. *Pol Przegl Chir.* 2019;91(6):35-40. doi:10.5604/01.3001.0013.2024
- Wall A, Angelos P, Brown D, Kodner IJ, Keune JD. Ethics in surgery. *Curr Probl Surg.* 2013;50(3):99-134. doi:10.1067/j.cpsurg.2012.11.004
- Painter LM, Kidwell KM, Kidwell RP, et al. Do Written Disclosures of Serious Events Increase Risk of Malpractice Claims? One Health Care System's Experience. *J Patient Saf.* 2018;14(2):87-94. doi:10.1097/PTS.0000000000000178
- Andronic D, Lupașcu C, Târcoveanu E, Georgescu S. Corpi străini textili restanți postoperator. *Chirurgia (Bucur).* 2010 Nov-Dec;105(6):767-777.

23. McIntyre LK, Jurkovich GJ, Gunn ML, Maier RV. Gossypiboma: tales of lost sponges and lessons learned. *Arch Surg*. 2010;145(8):770-775. doi:10.1001/archsurg.2010.152
24. JCAHO. Sentinel Event Policy and Procedures - Updated July 2007. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/PolicyandProcedures/>. Accessed March 31, 2023.
25. Department of Veterans Affairs. Prevention of Retained Surgical Items. VHA Directive 2006-030. http://www1.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=1425. Accessed March 31, 2023.
26. Irabor DO. Under-reporting of gossypiboma in a third-world country. A sociocultural view. *Niger J Med*. 2013;22(4):365-367.
27. Hariharan D, Lobo DN. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013;95(2):87-92. doi:10.1308/003588413X13511609957218
28. Lauwers PR, Van Hee RH. Intraoperative gossypibomas: the need to count sponges. *World J Surg*. 2000;24(5):521-527. doi:10.1007/s002689910084
29. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Brennan TA, Wang YC. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(1):215-226. doi:10.1377/hlthaff.26.1.215
30. Mikos M, Budzowska J, Banaś T, et al. Civil Lawsuits as an Indicator of Adverse Outcomes in Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10783. doi:10.3390/ijerph191710783
31. Karakaya MA, Koç O, Ekiz F, Ağaçhan AF. Approach of forensic medicine to gossypiboma. *Ulus Cerrahi Derg*. 2015;31(2):78-80. doi:10.5152/UCD.2015.2728
32. Choudhry AJ, Thiels C, Haddad NN, Cima RR, Habermann EB, Jenkins DH, Zielinski MD. Retained foreign objects: Lessons learned from 30 years of medical litigation. *J Am Coll Surg*. 2016;223(4S2):e173-e174. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2016.08.441
33. Chopra S, Suri V, Sikka P, Aggarwal N. A Case Series on Gossypiboma - Varied Clinical Presentations and Their Management. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(12):QR01-QR3. doi:10.7860/JCDR/2015/15927.6978
34. Jarbou SM, AlKurdi M, Al-Daod K. Pseudotumour due to retained surgical sponge (gossypiboma). *East Mediterr Health J*. 2004;10(3):455-457.
35. Mansell VJ, Mansell MA. Medico-legal issues. In: Hakim NS, Papalois VE, ed. *Surgical complications. Diagnosis and treatment*. London: Imperial College Press;2007:953-978.
36. Schuenemeyer J, Hong Y, Plankey M, et al. Foreign body entrapment during thoracic surgery-time for closed loop communication. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017;51(5):852-855. doi:10.1093/ejcts/ezw427
37. Wang B, Tashiro J, Perez EA, Lasko DS, Sola JE. Hospital and procedure incidence of pediatric retained surgical items. *J Surg Res*. 2015;198(2):400-405. doi:10.1016/j.jss.2015.03.054
38. Zenilman JC, Haskel MA, McCabe J, Zenilman ME. Closed claim review from a single carrier in New York: the real costs of malpractice in surgery and factors that determine outcomes. *Am J Surg*. 2012;203(6):733-740. doi:10.1016/j.amjsurg.2012.02.002

Recepționat – 14.06.2023, acceptat pentru publicare – 19.07.2023

Autor corespondent: Serghei Guțu, e-mail: gutsu.sergiu.91@gmail.com

Declarația de conflict de interes: Autorii declară lipsa conflictului de interes.

Declarația de finanțare: Autorii declară lipsa de finanțare.

Citare: Guțu S, Ioan BG, Rojnovceanu G. Aspecte etice și medico-legale ale corpurilor străine textile reținute în cavitatea abdominală [Ethical and legal aspects of retained textile foreign bodies in abdominal cavity]. *Arta Medica*. 2023;87(2):5-14.