

Alert Event: Rilascio di corpo estraneo nel sito chirurgico

1 | 23

Maggio 2023

Gli **Alert Event** prendono spunto da segnalazioni di near miss, eventi avverso o eventi sentinella pervenute all'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico mediante il sistema di **incident reporting**. Di tali eventi vengono descritte le cause più comuni e vengono **ribadite** le raccomandazioni per ridurre il rischio, elaborate da gruppi di lavoro costituiti per tale scopo.

La Direzione Aziendale è grata ai professionisti che hanno segnalato l'evento che ha permesso la revisione delle misure da adottare per prevenire eventi analoghi futuri e migliorare la sicurezza dei pazienti.



La ritenzione all'interno del sito chirurgico di garze, strumenti o altro materiale rappresenta un importante evento sentinella che può e deve essere evitato.¹⁻²

Il materiale più comunemente ritenuto è rappresentato da garze. Tuttavia, in letteratura sono descritti altre tipologie di materiali dimenticati nel sito chirurgico, come ferri, set di irrigazione, aghi e drenaggi.³⁻⁴⁻⁵⁻⁶

La garza chirurgica rilasciata nel corso di un intervento operatorio è chiamata *gossypiboma* o *textiloma*. Il rilascio di garze nel sito chirurgico è stato segnalato dopo interventi intratoracici,⁷ ortopedici, neurochirurgici,⁸ nonché interventi chirurgici alla mammella.⁹ L'evento più comune è, tuttavia, il rilascio dopo interventi chirurgici intraddominali o pelvici.¹⁰

Il materiale estraneo ritenuto può determinare un ampio spettro di esiti che variano dai casi asintomatici a casi con gravi complicanze, quali perforazione intestinale, sepsi, danno d'organo sino alla morte.

I principali fattori di rischio che possono condurre al rilascio accidentale di garze, strumenti o altro materiale nel sito chirurgico sono rappresentati da:

- procedure chirurgiche eseguite in emergenza;
- obesità;
- interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica;
- complessità dell'intervento;
- fatica o stanchezza dell'équipe chirurgica;
- situazioni che favoriscono l'errore di conteggio (es. garze attaccate tra loro);
- mancato rispetto della procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze;
- mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso chirurgico.¹

GRUPO DI LAVORO

Alessandra Iemmola

Dirigente Medico UO Patologia Ostetrica

Elvira Marletta

Dirigente Medico UO Clinica Ostetrica

Sara Vacirca

Dirigente Medico UO Cardiochirurgia

Lillo Esposto

Dirigente Medico UO I Chirurgia

Giovanna Guarriera

Coordinatore COC PO San Marco

Ludovico Balsamo

Coordinatore COC 1 PO G. Rodolico

Rosa Micalizzi

Coordinatore COC 3 PO G. Rodolico

Francesca Ascia

Coordinatore COC 8 PO G. Rodolico

Liboria La Licata

Coordinatore Blocco Parto PO G. Rodolico

Agnese Maria Luca

Ostetrica Blocco Parto PO San Marco

Giuseppe Salamanca

Dirigente delle Professioni Infermieristica e Ostetrica
PO G. Rodolico

QUANDO devono essere contati i materiali:

Il conteggio dei materiali deve essere effettuato:

- **prima di iniziare** l'intervento chirurgico (conta iniziale);
- **durante** l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità
- **prima** di chiudere il piano muscolo-fasciale
- al momento dell'eventuale **cambio** dello strumentista e/o dell'infermiere o del 1° operatore
- **prima** della chiusura della cute

Alert Event: Rilascio di corpo estraneo nel sito chirurgico

Come effettuare il conteggio dei materiali

- la procedura di conteggio deve essere effettuata ad alta voce la procedura di conteggio deve essere effettuata da due operatori contemporaneamente (strumentista, infermiere di sala, operatore di supporto) deve essere effettuato il conteggio iniziale delle garze e deve essere verificato che il numero riportato sulla confezione sia esatto, contando singolarmente ogni garza e riportandone il numero sull'apposita scheda: il conteggio iniziale stabilisce la base per i successivi conteggi.
- tutti gli strumenti, garze o altro materiale aggiunti nel corso dell'intervento devono essere immediatamente conteggiati e registrati nella documentazione operatoria;
- l'operazione di conteggio deve essere sempre documentata mediante firma sulla specifica scheda adottata dall'azienda che va allegata alla documentazione operatoria;
- tutto il materiale che arriva e ritorna al tavolo servitore va controllato nella sua integrità devono essere utilizzati contenitori per le garze sterili, usate per l'intervento chirurgico, differenziati rispetto ai contenitori che raccolgono altre garze o altro materiale di sala operatoria;
- si deve evitare di fare la medicazione di fine intervento con garze con filo di bario rimaste inutilizzate per evitare falsi positivi in caso di controllo radiografico.

QUANDO eseguire il controllo dell'integrità dello strumentario

Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato:

- quando si apre la confezione sterile che lo contiene;
- quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo;
- quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

CHI deve effettuare il conteggio delle garze o degli altri materiali

Il conteggio delle garze e degli altri materiali viene effettuato:

- dallo strumentista che, in relazione all'organizzazione della sala operatoria, si avvale per il doppio controllo dell'infermiere di sala o dell'ausiliario di supporto.
- dal **chirurgo**, chiedendolo ad alta voce, si accerterà che la conta delle garze e dei materiali sia stata effettuata:

Lo **strumentista** è responsabile del controllo dell'integrità dello strumentario chirurgico.

Inoltre il gruppo di lavoro suggerisce che, qualora si dovesse, rendesse necessario inserire temporaneamente una garza in una cavità, la garza, se possibile, deve essere reperata. L'inserimento delle garze ed il loro numero deve essere comunque registrato per iscritto e la rimozione documentata. Il documento di registrazione deve essere archiviato in cartella clinica. Lo stesso accorgimento deve essere utilizzato in caso di introduzione in vagina di uno o più tamponi, a scopo emostatico; il ginecologo deve comunicare ad alta voce all'infermiere/ostetrica di sala, così da annotarlo.

Sempre il ginecologo, al termine della episiorrafia o trachelorrafia o della sutura vaginale o della revisione del canale del parto o prima della conclusione della procedura, deve comunicare ad alta voce all'infermiere/ostetrica di sala che i tamponi sono stati rimossi e quest'ultimo deve registrarne l'avvenuta rimozione. Tutti i tamponi devono essere rimossi al termine della procedura e comunque prima dell'uscita della paziente dalla sala parto. L'eventuale mancata rimozione va annotata sulla scheda e in cartella clinica.

Analogamente, durante l'assistenza al parto vaginale, dopo l'espulsione del feto e dei suoi annessi, qualora si dovesse ricorrere ad una revisione del canale del parto e/o a trachelorrafia o episiorrafia, si devono utilizzare tamponi di garza con filo radiopaco.

Analogamente, nel parto vaginale, l'ostetrica, che ha assistito il parto, prima dell'inizio della sutura o della revisione del canale del parto deve:

- verificare il numero dei tamponi presenti nel pacco al momento dell'apertura,
- comunicare all'infermiere la conta effettuata, così da poter annotare sulla scheda
- non fornire più di un tampone simultaneamente al chirurgo/ginecologo.

Alert Event: Rilascio di corpo estraneo nel sito chirurgico

Cosa fare in caso discordanza nel conteggio

In caso di discordanza nel conteggio **l'infermiere strumentista** deve:

- segnalare immediatamente al chirurgo
- procedere nuovamente alla conta delle garze
- ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati).

In caso di discordanza nel conteggio **il chirurgo non può procedere alla chiusura del sito chirurgico** ma deve:

- ispezionare il sito operatorio
- dare indicazioni per l'esecuzione della radiografia intraoperatoria con la relativa lettura, **prima di procedere alla chiusura del sito chirurgico.**

Registrazione della conta delle garze e dei materiali

Deve essere registrata la **conta iniziale** delle garze, dei ferri e di altro eventuale materiale presente sul tavolo servitore all'inizio dell'intervento chirurgico.

Deve essere registrato l'**eventuale materiale aggiunto** durante l'intervento chirurgico.

Deve essere registrato l'**inserimento temporaneo** di garze/tamponi nel sito chirurgico, indicando la sede ed il numero.

Deve essere registrato la **rimozione di garze/tamponi temporaneamente inseriti** nel sito chirurgico.

L'esito finale della conta deve essere registrata anche nella check list di sala operatoria.

Bibliografia:

- ¹ Ministero della Salute. Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. Raccomandazione n. 2, Marzo 2008
- ² Procedura Generale Area Sanitaria "Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" PGS-27 https://www.policlinicorodolicosanmarco.it/professionista/qualita-e-rischio-clinico/procedure/allegati/proceduragarze_1.pdf
- ³ Kataria SP, Garg M, Marwah S, Sethi D. Acute abdomen by gossypiboma. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* . 2012;5(5):511–513.
- ⁴ Gibbs VC, Coakley FD, Relines HD. Preventable errors in the operating room: retained foreign body in surgery. *Current Prob Surg*. 2011;44:261–337.
- ⁵ Karahasanoglu T, Unal E, Memisoglu K, Sahinler I, Atkover G. Laparoscopic removal of a retained surgical instrument. *J Laparaendosc Adv Surg TechA*. 2004;14:241–243.
- ⁶ Sun H, Chen S, Kuo C, Wang S, Kao Y. Gossypiboma: retained surgical sponge. *J Chin Med Assoc*. 2007;70(11):511–514.
- ⁷ Sheehan RE, Sheppard MN, Hansell DM. Retained intrathoracic surgical awab. CT appearances. *J Thoracic Imaging*. 2000;15:61–64.
- ⁸ Ebnar T, Tolly E, Tritthart H. ncommon intraspinal space-occupying lesion (foreign body granuloma) in the lumbosacral region. *Neuroradiology*. 1985;27:354–356.
- ⁹ El Khoury M, Mignon F, Tardivon A. Retained surgical sponge or gossypiboma of the breast. *Eur J Radiol*. 2002;42:58–61.
- ¹⁰ Manzella A, Filho PB, Albuquerque E, Farcas F, Kaecher J. Imaging gossypiboma: pictorial review. *AJR*. 2009;193:504–5101.