

AOU MAGGIORE DELLA CARITA' DI
NOVARA

SCDO CARDIOCHIRURGIA
DIRETTORE DR EZIO MICALIZZI

*PAZIENTI DECEDUTI ENTRO 30
GIORNI DOPO INTERVENTO DI
RIVASCOLARIZZAZIONE
MIOCARDICA ISOLATA (2015)
Revisione analitica della casistica*

SDO

- Il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera è stato istituito con il decreto del Ministero della sanità 28 dicembre 1991, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

SDO/PNE

Nata per finalità di carattere prettamente amministrativo del setting ospedaliero, la SDO, grazie alla ricchezza di informazioni contenute, non solo di carattere amministrativo ma anche clinico, è divenuta un irrinunciabile strumento per un'ampia gamma di analisi ed elaborazioni, che spaziano a supporto dell'attività di programmazione sanitaria:

- al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera

dei Livelli Essenziali di Assistenza,

SDO/PNE

la classificazione ICD-9-CM versione 1997
(International classification of diseases,
Clinical modification) è lo strumento per la
codifica delle diagnosi e delle procedure
diagnostiche e terapeutiche.

SDO/PNE

Sono state prodotte linee guida per uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO per tutti gli operatori .

Si tratta di un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo sempre più rilevante del flusso informativo per gli aspetti gestionali, programmatori ed epidemiologici.

SDO/PNE

- Il flusso SDO viene correntemente impiegato per finalità di carattere
- economico-gestionale,
- per studi di carattere clinico-epidemiologico
- per analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria
- per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza,
- per la valutazione del rischio clinico ospedaliero,

SDO

- A partire da gennaio 2017 la SDO viene integrata di dati che forniscono in modo più dettagliato alcuni indicatori come
 - FE%
 - PA
 - CRS

PIANO NAZIONALE ESITI

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

SDO

E' fondamentale che la compilazione SDO avvenga in maniera completa e puntuale in ottemperanza delle più recenti linee guida onde evitare la penalizzazione formale dalle analisi del PNE e dell'AGENAS

In attesa di questo risultato “ideale” rimane sempre il principale punto di partenza l'analisi delle singole casistiche

**INTERVENTI DI RIVASCOLARIZZAZIONE
MIOCARDICA ISOLATA**

DAL 1° GENNAIO AL 31 DICEMBRE 2015:

146

- MORTALITA' GREZZA GLOBALE: 4.76% (7/146).
 - **INTERVENTI ESEGUITI IN ASSOLUTA EMERGENZA**: dei 7 deceduti, 5 erano emergenze (**71.4%**).
 - **MORTALITA' GREZZA SENZA LE EMERGENZE**: **1.4%** (2/141).
 - **CONSIDERANDO SOLTANTO LA CAUSA STRETTAMENTE CARDIACA**: **1/140 (0.7%)**.
- 

CASI IN EMERGENZA

2/5 PZ (40%): situazione drammatica, **senza evidente possibilità di sopravvivenza all'intervento.**

Pz MG 73 aa,
Euroscore standard 9
Euroscore logistico 12.8%.

Era stato trasferito da una
Cardiologia del Quadrante
gravemente ipoteso, il
ventricolo destro lacerato
dal catetere stimolatore, con
gli esiti di un grave infarto

Pz CG 86 aa,
Euroscore standard 13
Euroscore logistico
39.88%.

Durante una PCI era stata
rotta la discendente
anteriore -> emopericardio
e tamponamento cardiaco,
inoltre occlusione acuta

Pz PA, **80 aa,**

Euroscore standard =14

Euroscore logistico 42.11%.

IMA con instabilità elettrica ed emodinamica. FE=0.24. NIV.

Recente pancreatite acuta, diabetico e piastrinopenia.



CABG x 3. Deceduto in 2° g x grave **ischemia intestinale.**

Pz TG, **84 aa,**

Euroscore standard=13

Euroscore logistico 35.95%.

IMA in atto. FE=0.25. Prima dell'intervento EPA, FV, IABP, anurico, NIV.



CABG x 3. Estubato, NIV, rimosso IABP e sospesi gli inotropi.

Dopo 16 giorni trasferito presso la Cardiologia di provenienza; decesso il giorno successivo.

Pz SP, **57 aa, ES=3 2.33%.**

IMA in atto e severa disfunzione contrattile del VS. Instabilità emodinamica.

Monorene chirurgico (crea=1.64 mg/dl) Malattia del TC.

Sala emodinamica -> SO CABG x 1 (LIMA su DA, assenza di rami rivascularizzabili sulla parete laterale). Adrenalina 0.06 gamma/kg/min e IABP all'interruzione della CEC. Estubato in 4[^] gg; NIV.

Deceduto in 5° gg, sospesi gli inotropi e rimosso lo IABP.

CASI ELETTIVI (2/7):

Pz MR, **58 aa,**

Euroscore standard=1

Euroscore logistico 0.88%.

Stenosi severa dell'ICA sinistra.
Dopo valutazione e OK da parte dei colleghi della Chir. Vasc. si è proceduto all'intervento.

Danno cerebrale irreversibile.

Pz AA, **76 aa,**

Euroscore Standard=5

Euroscore Logistico 4.03%.

Ricoverato per scompenso cardiaco, aumento della TPN e FE ai limiti inferiori.

All'intervento riportata severa disfunzione contrattile di entrambi i ventricoli,

specialmente  /dx.

Deceduto per cause non
Problema tecnico intraoperatorio:
cardiache.

durante la cannulazione venosa, lacerazione del seno coronarico e parte della parete libera del cuore. La riparazione è stata eseguita, assenza di sanguinamento. All'interruzione della CEC evidente grave disfunzione contrattile del VDx.

SDO/EUROSCORE

- Il flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera è stato istituito con il decreto del Ministero della sanità 28 dicembre 1991, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Le Linee Guida del 17 giugno 1992 e successivo decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380 forniscono indicazioni puntuali sulle modalità di compilazione, codifica e gestione del flusso SDO, definendo la cartella clinica come:

“il chi, cosa, perché, quando e come”

dell’assistenza al paziente nel corso dell’ospedalizzazione” ed attribuendo alla SDO rilevanza medico-legale al pari della cartella clinica, di cui costituisce parte