Sistema informativo in ambito perinatale

Gennaio 2005

Vittorio Basevi

Flussi informativi e audit clinico in ambito perinatale

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

CeVEAS
Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria

Contenuto della presentazione

1. Cosa si intende per audit clinico
2. Il metodo dell'audit clinico

Die Aetiologie der Begriff

und

die Prop

des

Kindbett

Von

Ignaz Philipp S

Dr. der Medicin und Chirurgie, Magister der Geb
und practischen Geburtshilfe an der
etc. etc

Pest, Wien ur
C. A. Hartleben's Ver
1861

39 Jahre Medicin in Wien ohne anatomische Grundlage.

Die Sterblichkeit war:

25	Jahre	0	Percent,	Wöchnerinnen	44838.	Todte	273 = 0.60	Percent
7	»	1	»	»	12074.	»	185 = 1.52	»
5	»	2	»	»	9332.	»	219 = 2.34	»
1	»	3	»	»	2062.	»	66 = 3.20	»
1	»	4	»	»	3089.	»	154 = 4.98	»
39	Jahre			Wöchnerinnen	71395.	Todte	897 = 1.25	Percent

10 Jahre Medicin mit anatomischer Grundlage.

Die Sterblichkeit war:

1	Jahr	2	Percent,	Wöchnerinnen	2367.	Todte	51 = 2.15	Percent
3	»	2	»	»	8961.	»	317 = 3.53	»
2	»	4	»	»	5923.	»	284 = 4.79	»
1	»	6	»	»	3353.	»	222 = 6.62	»
1	.	7	»	»	2872.	»	214 = 7.45	»
2	»	8	»	»	4953.	»	421 = 8.49	»
10	Jahre			Wöchnerinnen	28429.	Todte	1509 = 5.30	Percent

Acht Jahre Trennung des Gebärhauses in zwei Abtheilungen, an beiden Abtheilungen Schüler und Schülerinnen in gleicher Anzahl vertheilt.

I. Abtheilung.

1	Jahr	3	Percent,	Wöchnerinnen	2987.	Todte	91 = 3.04	Percent
3	»	5	»	»	9084.	»	491 = 5.40	»
2	»	7	»	»	5334.	»	405 = 7.59	»
2	»	9	»	»	5654.	»	518 = 9.16	»
8	Jahre			Wöchnerinnen	23059.	Todte	1505 = 6.56	Percent

II. Abtheilung.

2	Jahre	2	Percent,	Wöchnerinnen	2426.	Todte	63 = 2.59	Percent
3	»	4	»	»	5473.	»	263 = 4.80	»
1	»	6	»	»	1784.	»	124 = 6.99	»
1	»	7	»	»	1670.	»	131 = 7.84	»
1	»	8	»	»	1744.	»	150 = 8.60	»
8	Jahre			Wöchnerinnen	13097.	Todte	731 = 5.58	»

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Le tabelle di Ignaz P. Semmelweis

Periodo	Caratteristiche del periodo	Mortalità materna
1784-1822	Non venivano effettuate autopsie	**12.5 ‰**
1823-1832	Autopsie di routine	**53.0 ‰**
1833-1838	Divisione della maternità in due cliniche, con un numero eguale di studenti e allieve ostetriche in ogni clinica:	
	Prima clinica:	**66.6 ‰**
	Seconda clinica:	**55.8 ‰**

Modificato da: www.jameslindlibrary.org/

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Le tabelle di Ignaz P. Semmelweis

1839-1847	Ordinamento separato delle cliniche	
	Prima clinica, studenti in medicina:	**98.5 ‰**
	Seconda clinica, allieve ostetriche:	**38.8 ‰**
1847	Prima clinica, studenti in medicina:	**136.9 ‰**
1848	Periodo successivo all'introduzione della clorina nella prima clinica	
	Prima clinica, studenti in medicina:	**12 ‰**
	Seconda clinica, allieve ostetriche:	**13 ‰**
1848-1859	Prima clinica, studenti in medicina:	**35.7 ‰**
	Seconda clinica, allieve ostetriche:	**30.6 ‰**

Modificato da: www.jameslindlibrary.org/

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Contenuto della presentazione

1. Cosa si intende per audit clinico
2. Il metodo dell'audit clinico

Audit

Audit: esame metodico e revisione di una situazione o condizione, che si conclude con un dettagliato rapporto dei risultati

Webster's Third New International Dictionary. London: Merriam-Webster, Incorporated; 2003

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Audit clinico

- …metodologia di valutazione che permette - attraverso l'impiego di determinati *criteri* –
- di confrontare le procedure assistenziali a degli standard riconosciuti
- allo scopo di misurare la qualità di queste procedure e dei risultati dell'assistenza
- con l'obiettivo di migliorarli

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles; 1999

I due processi complementari

L'audit [clinico] include due processi complementari:

- la revisione di procedure assistenziali in casi esitati in un pre-definito esito sfavorevole - conosciuto come *evento sentinella*
- la revisione di specifiche prestazioni assistenziali, definito come *topic audit*

Mancey-Jones M, Brugha RF. Using perinatal audit to promote change: a review. Health Policy Plan 1997;12:183-92

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Audit mortalità materna e perinatale

L'audit della mortalità materna e perinatale può essere realizzato a differenti livelli:

- semplice registrazione del numero delle morti in una determinata area
- categorizzazione delle cause di morte
- identificazione dei potenziali fattori evitabili

Quindi, vi sono tre livelli di audit

Pattinson RC, Makin JD. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software

Il ciclo dell'audit

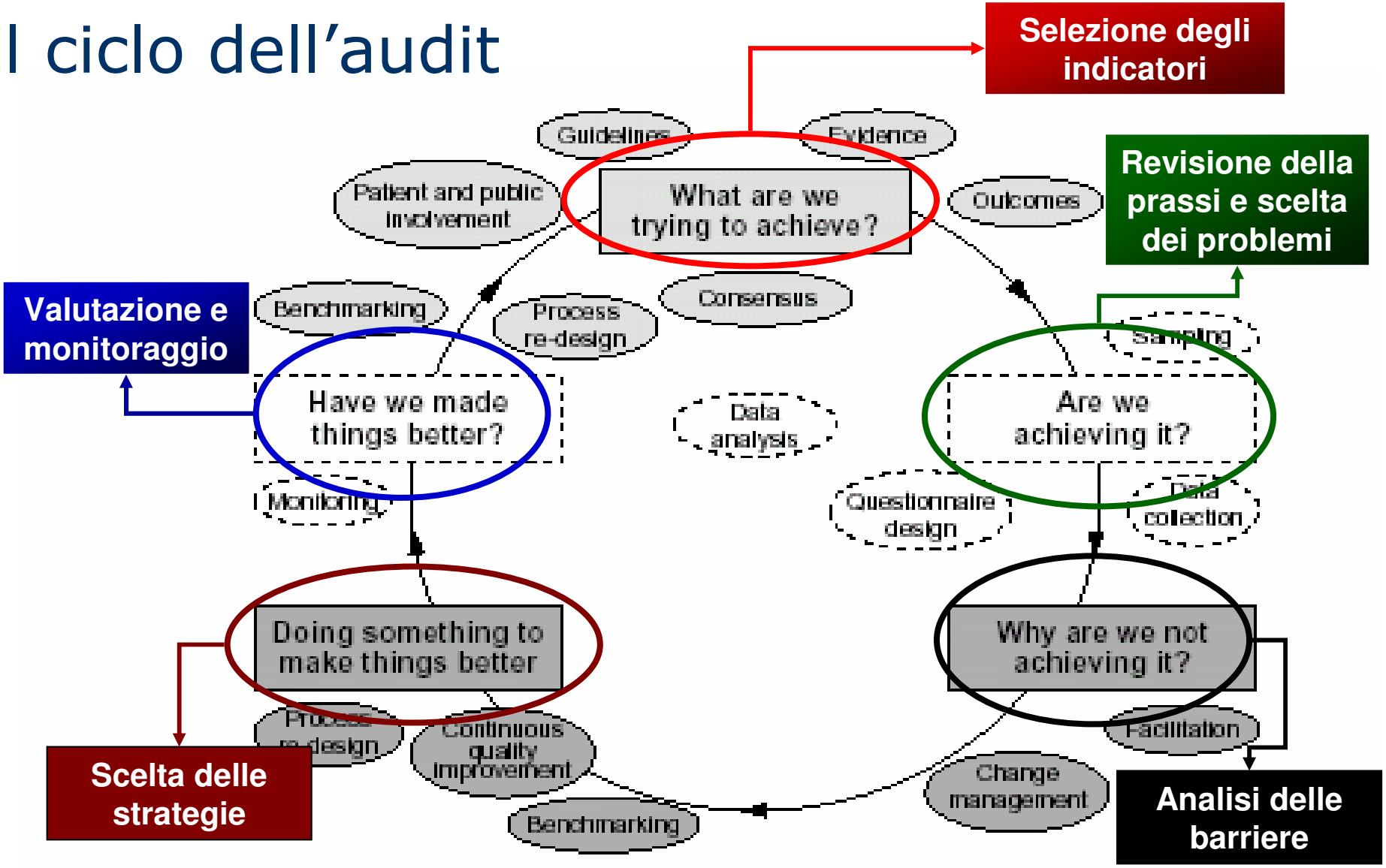


Figure 1. The clinical audit cycle.

NHS National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in Clinical Audit; 2002

SaPeRiDoc

Contenuto della presentazione

1. Cosa si intende per audit clinico
2. Il metodo dell'audit clinico

Audit clinico

Il processo di audit [clinico] confronta la pratica attuale con la (migliore) pratica standard, basata su prove di efficacia desunte dalla ricerca scientifica o su consenso di esperti

Mancey-Jones M, Brugha RF. Using perinatal audit to promote change: a review. Health Policy Plan 1997;12:183-92

RCOG. Understanding audit; 2003

Le regole dell'audit clinico

- clinical audit criteria: "dichiarazioni (*statements*) sviluppate sistematicamente che possono essere usate per valutare l'appropriatezza di specifiche scelte assistenziali, l'erogazione di servizi e gli esiti delle cure. I criteri dovrebbero comprendere attività misurabili …"

RCOG. Clinical Governance; 1999. RCOG. Understanding audit; 2003

Profilassi steroidea nella minaccia di parto pretermine

Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Review)

Crowley P

THE COCH
COLLABOR

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Co
2004, Issue 4

Copyright ©2004 The Cochrane Collaboration
Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Antenatal corticosteroids to accelerate fetal lung maturation for women at risk of preterm birth (Protocol)

Crowley P, Roberts D, Dal

THE COCH
COLLABOR

This is a reprint of a Cochrane protocol, prepared and maintained by Th
Library 2004, Issue 4

Copyright ©2004 The Cochrane Collaboration
Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Setting standards to improve women's health

Guideline No. 7
Revised February 2004

ANTENATAL CORTICOSTEROIDS TO PREVENT RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

This is the third edition of this guideline, which was previously published in April 1996 and December 1999.

1. Purpose and scope

Preterm delivery rates vary from 6% to 15% of all deliveries, with the rate increasing in recent years.[1] Respiratory distress syndrome (RDS) causes significant mortality and morbidity in these babies. RDS is known to affect 40–50% of babies born before 32 weeks.[2] Evidence has been available since 1972 that the antenatal administration of corticosteroids prior to preterm delivery reduces the incidence of RDS.[3]

The aim of this guideline is to provide up to date information on the appropriate use of antenatal corticosteroid therapy prior to preterm delivery for the reduction of neonatal mortality and morbidity. Other therapeutic interventions that may increase or decrease the effects of corticosteroids are also discussed (i.e. tocolytics and thyrotrophin-releasing hormone).

This guideline does not address measures designed to predict preterm delivery (i.e. ultrasound scanning for cervical length, cervical fibronectin measurement or bacterial screening of mothers), nor does it address other interventions that may reduce the mortality and morbidity from preterm labour (i.e. antibiotics for preterm prelabour rupture of membranes, PPROM).

2. Identification and assessment of evidence

The Cochrane Database of Systematic Reviews and the Cochrane Controlled Trials Register Issue 4, 2002, were searched for relevant RCTs, systematic reviews and meta-analyses. The electronic databases Medline (1996–2002) and Embase (1996–2002) were searched for further studies published since the last revision of the guideline in December 1999. The principle MeSH terms used were 'steroids,' 'premature labour,' 'premature fetus' and 'membrane rupture'.

The internet databases, National Guidelines Clearing House, National Electronic Library for Health, OMNI, e-guidelines, TRIP database and Health Evidence Bulletins Wales, were searched for national and international guidelines.

The definitions of types of evidence used in this guideline originate from the US Agency for Health Care Research and Quality. Where possible, recommendations are based on, and explicitly linked to, the evidence that supports them. Areas lacking evidence are highlighted and annotated as 'Good practice points'.

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Profilassi steroidea nella minaccia di parto pretermine

Every effort should be made to initiate antenatal corticosteroid therapy in women between 24 and 34 weeks of gestation with any of the following:

- threatened preterm labour
- antepartum haemorrhage
- preterm rupture of membranes
- any condition requiring elective preterm delivery.

Between 35 to 36 weeks obstetricians might want to consider antenatal steroid use in any of the above conditions although the numbers needed to treat will increase significantly.

A

Evidence level Ia

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Perinatal care at the threshold of viability; 2002. Management of preterm labor; 2003

RCOG. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome; 2004

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

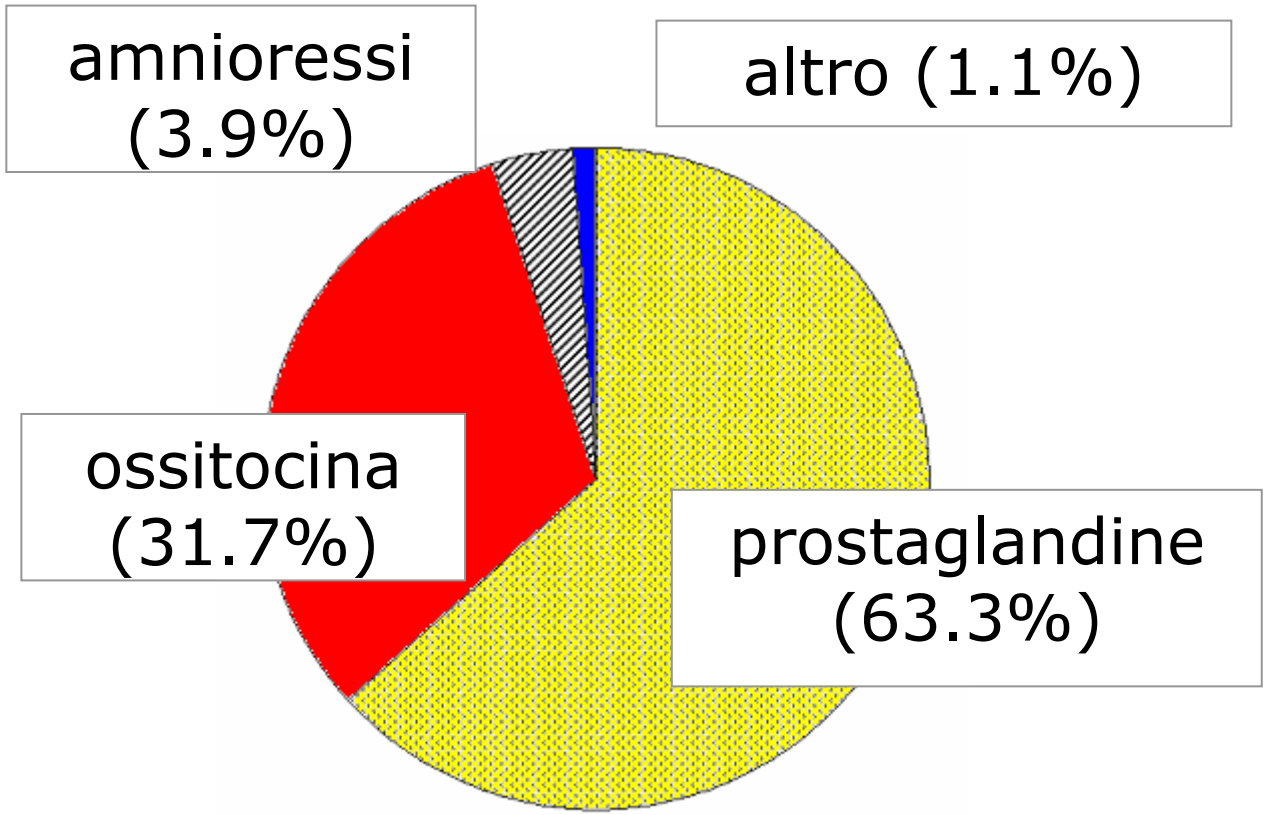
Profilassi steroidea nella minaccia di parto pretermine

Distribuzione percentuale della profilassi steroidea nel Registro pretermine E-R e nel Registro Vermont

steroidi	Registro ciclo completo	Vermont
si	64.9%	70.5%
no	35.1%	29.5%

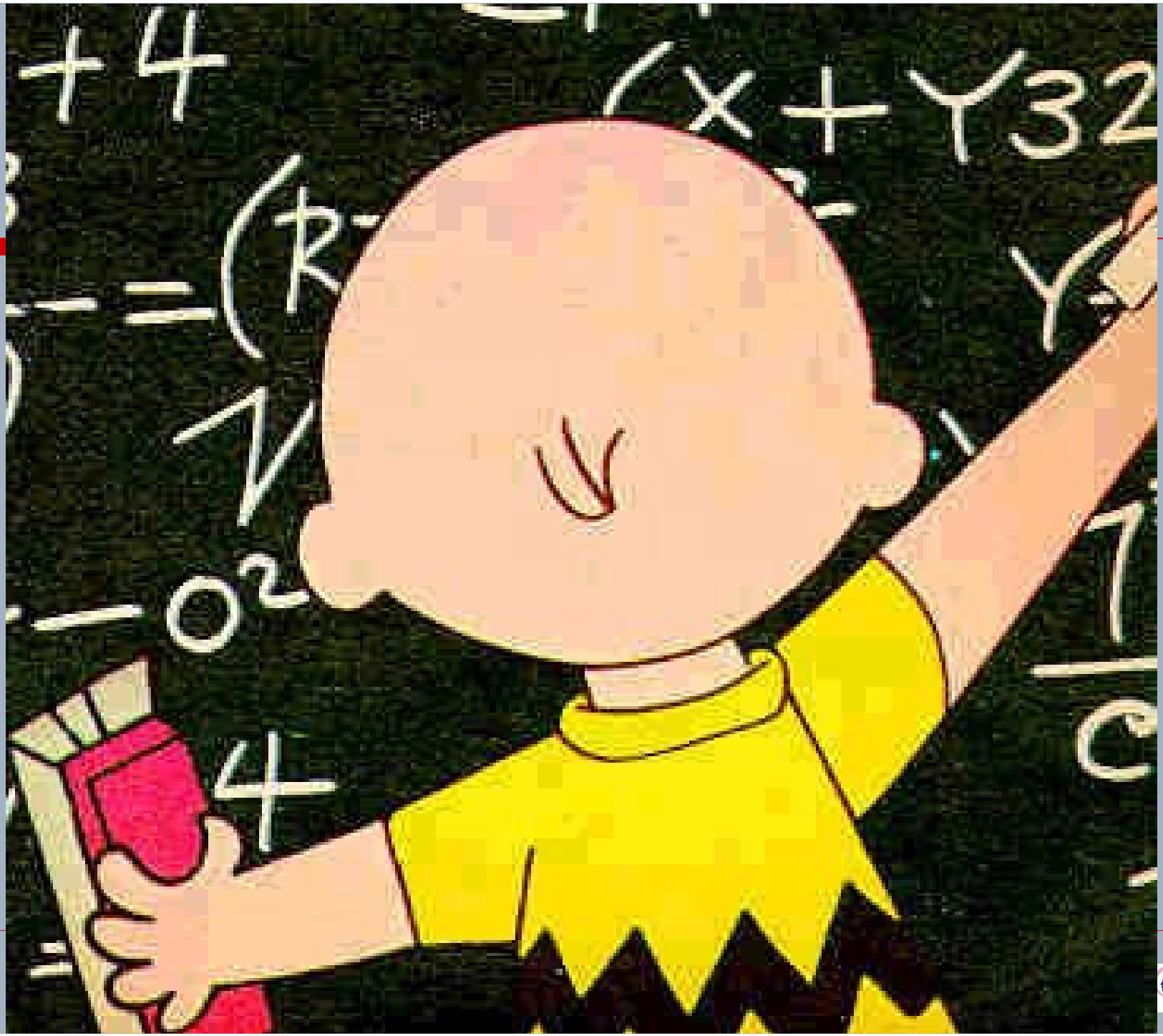
Regione Emilia-Romagna. Giunta Regionale. La nascita pretermine in Emilia Romagna; 2004

Modalità induzione del travaglio



Regione Emilia-Romagna. Giunta Regionale. La nascita in Emilia Romagna; 2004

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva



SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Modalità induzione del travaglio

Con Prostaglandine		Con Ossitocina	
Soggetti	%	Soggetti	%
155	66,2	52	22,2
63	49,6	62	48,8
341	59,5	222	38,7
325	57,1	233	41,0
110	55,8	49	24,9
161	85,6	18	9,6
298	75,3	77	19,4
74	41,1	90	50,0
220	74,3	57	19,3
194	66,0	79	26,9
160	37,6	216	50,7
321	77,5	83	20,1
136	62,4	70	32,1
235	59,6	140	35,5
440	68,5	189	29,4
425	68,2	184	29,5
86	60,6	54	38,0
3.744	63,3	1.875	31,7

Regione Emilia-Romagna - Banca dati CEDAP – 2003

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Modalità induzione del travaglio

Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term (Review)

This is a reprint of a Co
2004, Issue 4

Copyright ©2004 The Cochr
Published by John Wiley & S

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
Setting Standards to Improve Women's Health

GUIDE

Induction of labour

Oxytocin compared with prostaglandins for induction of labour (see Section 6.3)

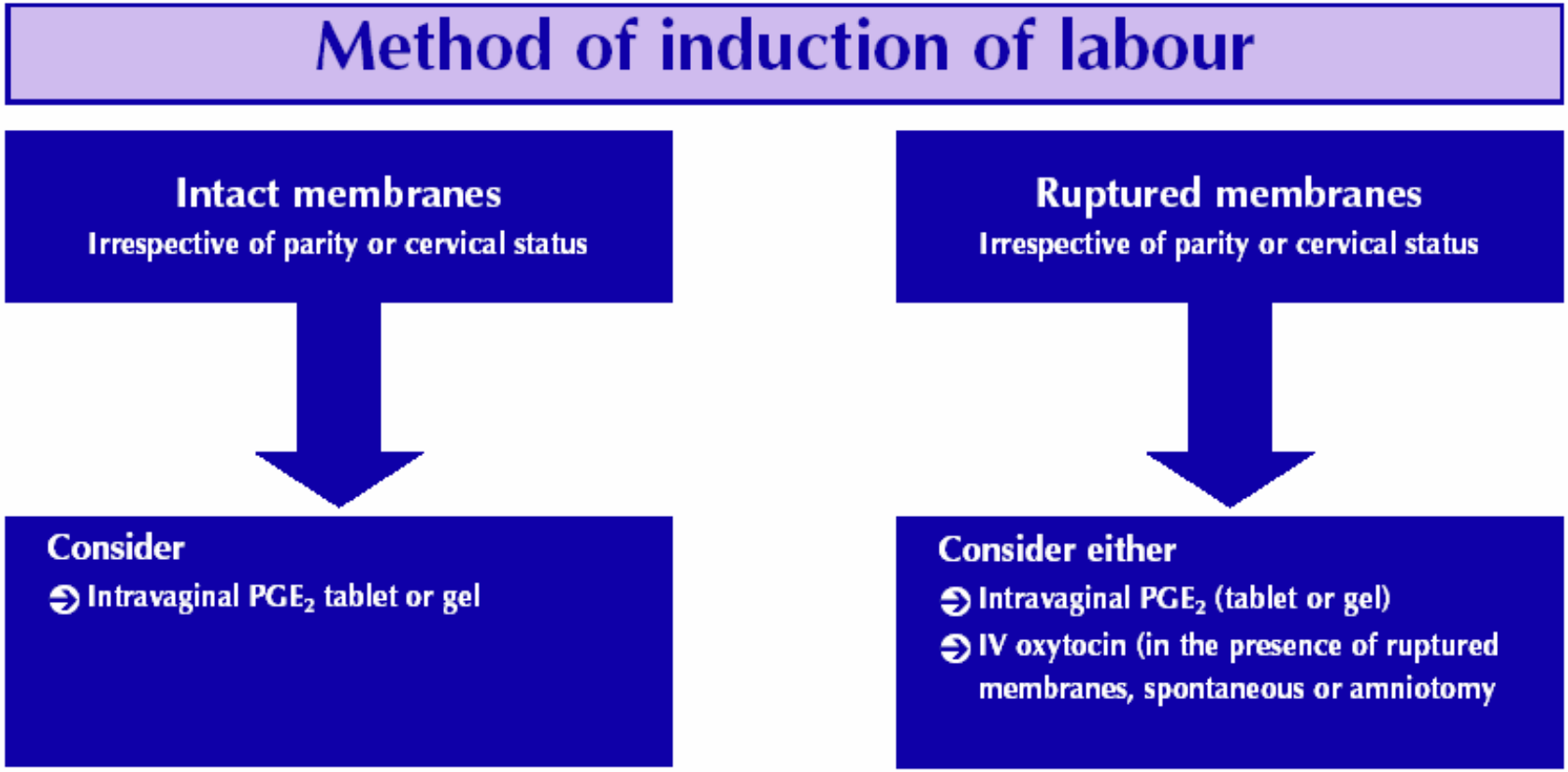
A Prostaglandins should be used in preference to oxytocin when induction of labour is undertaken in either nulliparous or multiparous women with intact membranes, regardless of their cervical favourability.

A Either prostaglandins or oxytocin may be used when induction of labour is undertaken in nulliparous or multiparous women who have ruptured membranes, regardless of cervical status, as they are equally effective.

RCOG Clinical Effectiveness Support Unit | June 2001

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

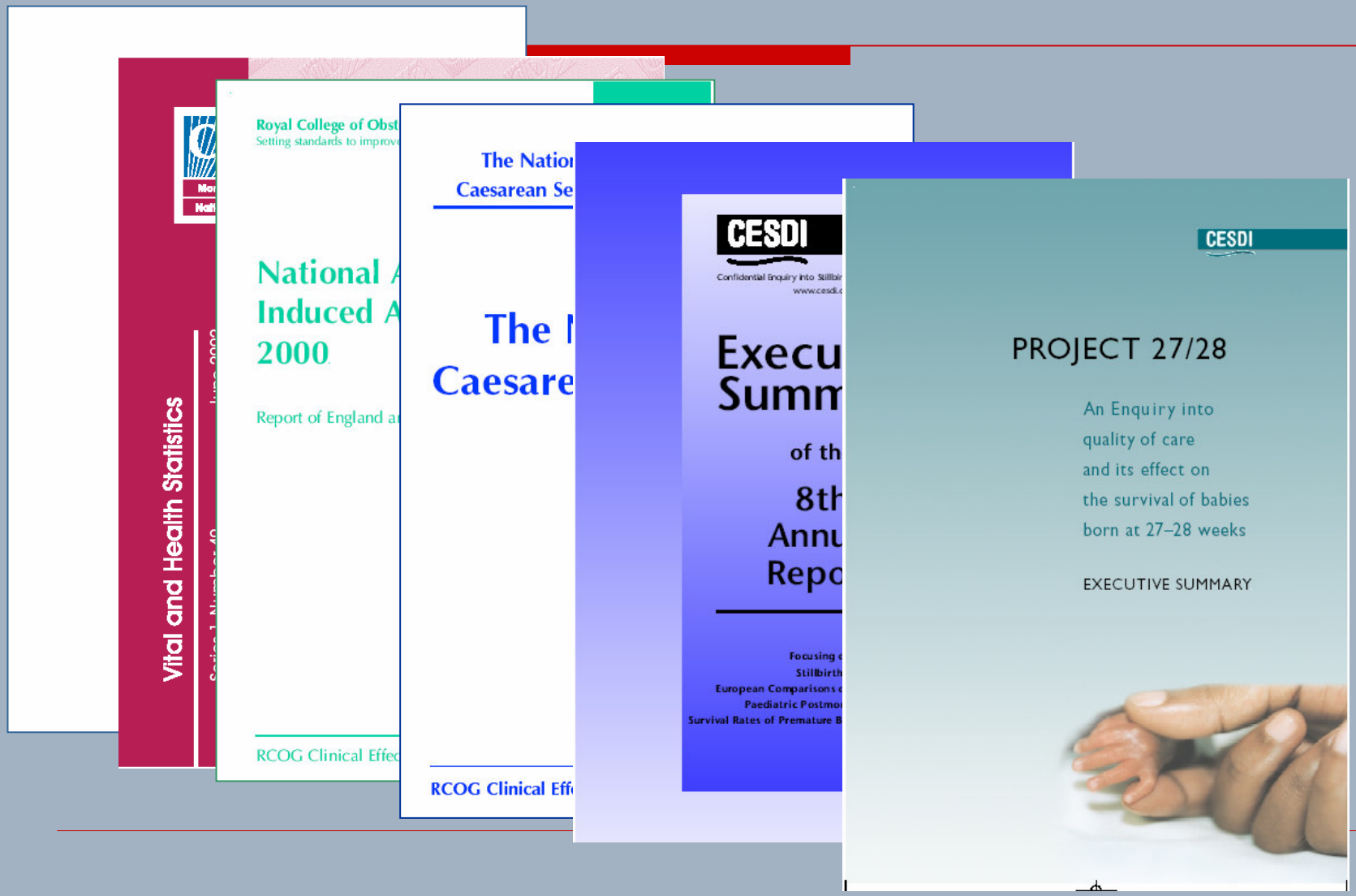
Modalità induzione del travaglio



Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9; 2001

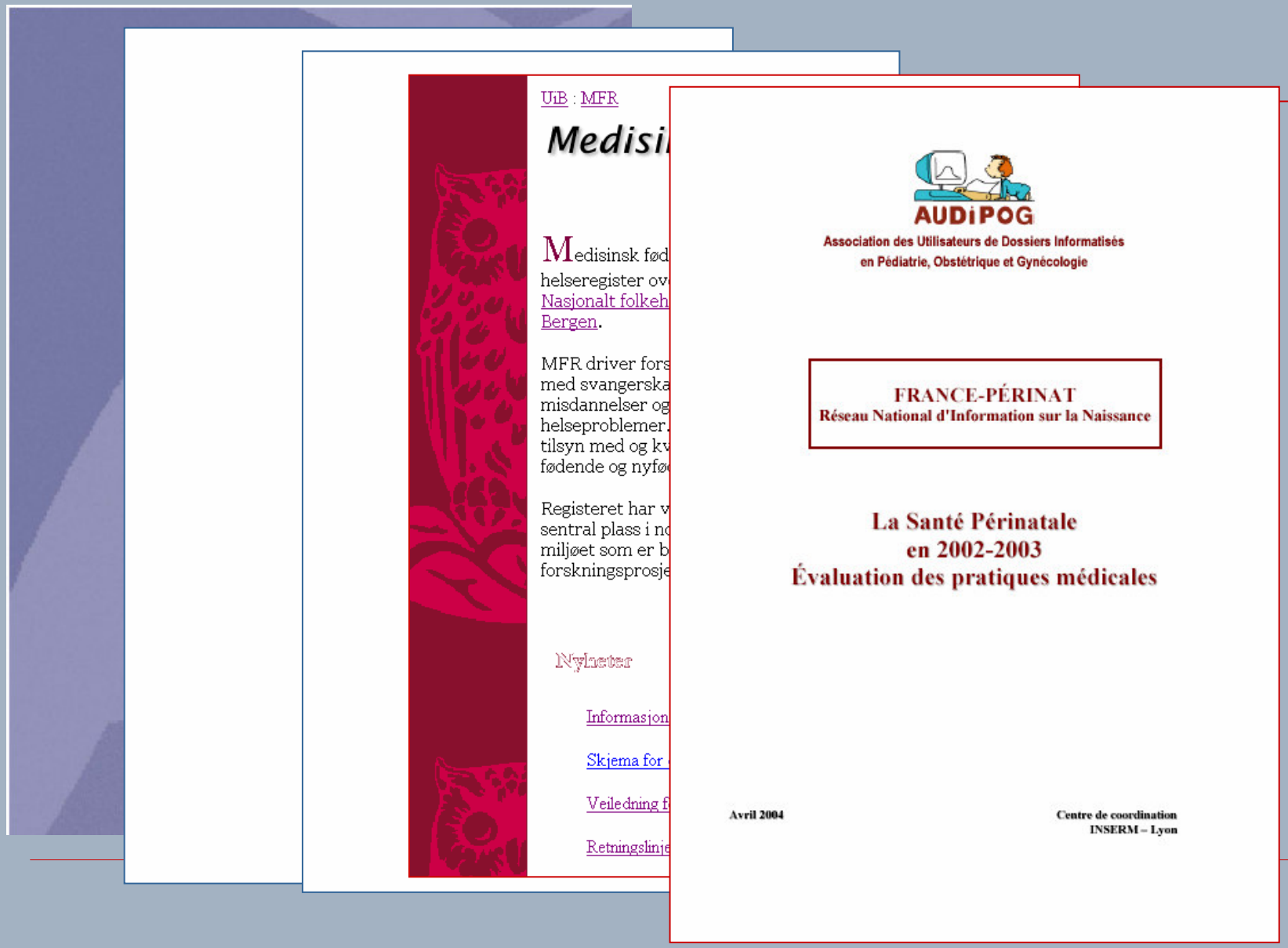
SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Audit su salute perinatale



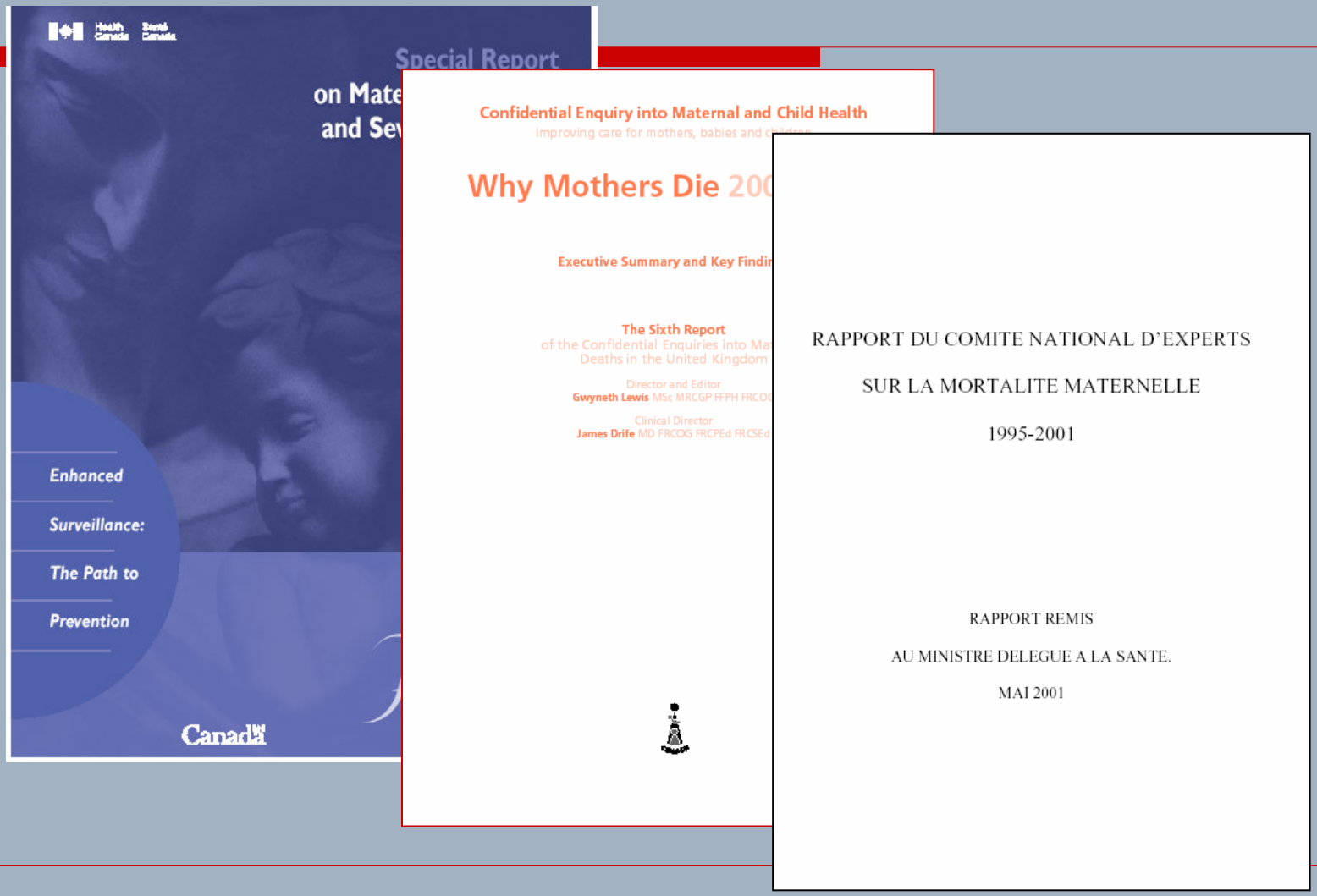
SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Report su salute perinatale



SaPeRiDoc

Report su mortalità materna



SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

home
chi siamo
presentazione
mailing list

documenti
- Evidence based medicine
- Contraccezione
- Gravidanza
- Parto
  - Assistenza al travaglio
  - Taglio cesareo
  - Registri nascita
  - La nascita in Emilia-Romagna 2003
  - I Registri nascita
- Allattamento

area:
Parto

Registri nascita

La nascita in Emilia-Romagna 2003

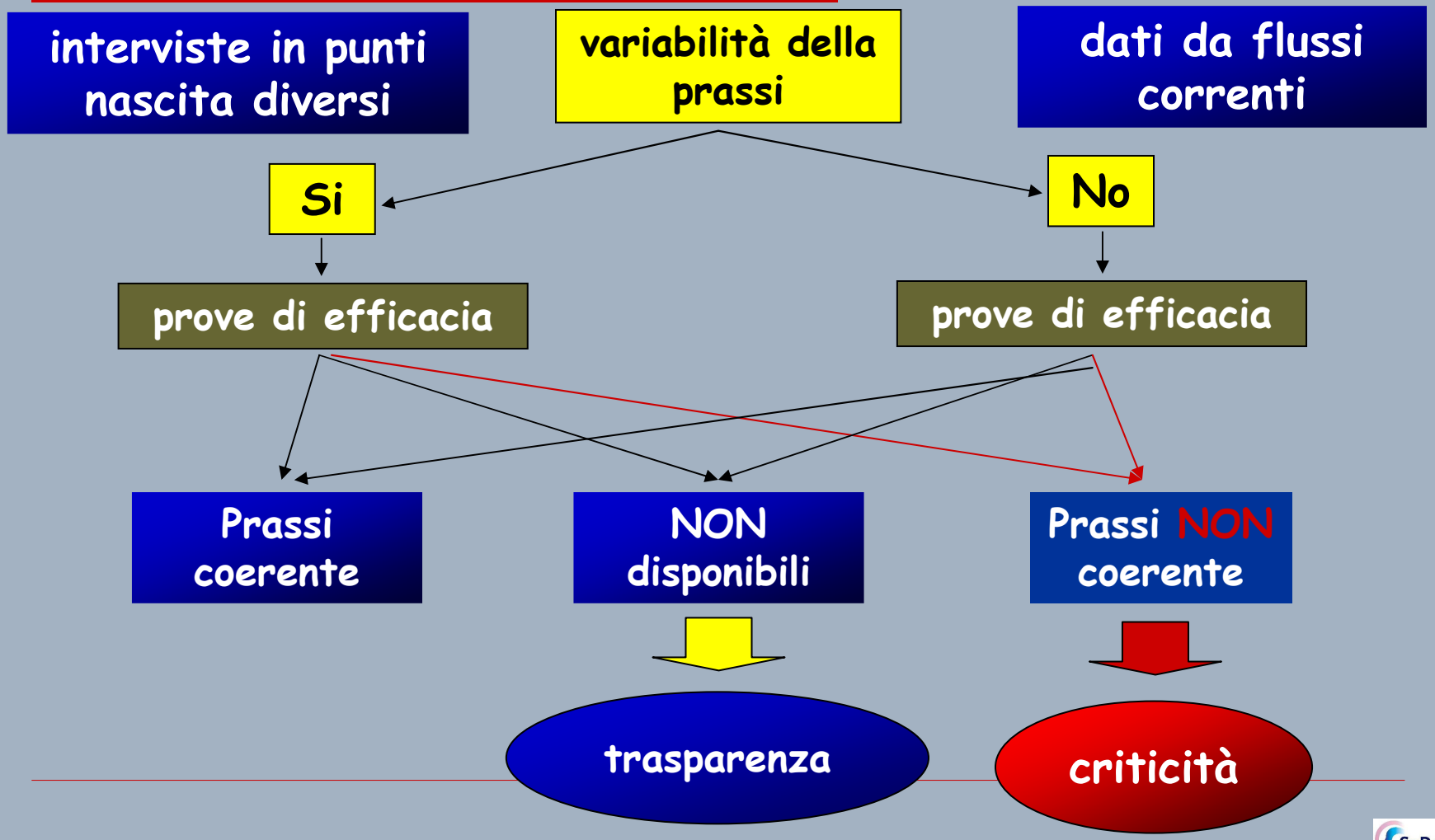
Il primo rapporto sui dati del *Certificato di Assistenza al Parto* (CedAP) illustra le caratteristiche delle donne che hanno avuto un figlio e quelle della assistenza alla nascita in Emilia-Romagna nel 2003.

I Registri nascita

Uno strumento per descrivere, analizzare e valutare l'assistenza

Le raccolte di dati e informazioni su contenuti, elementi e esiti della assistenza in gravidanza, alla nascita e al neonato

Audit clinico strutturato della assistenza perinatale



Alcune delle aree di criticità rilevate

- diagnosi diabete tipo I in gravidanza
- terapia pre-eclampsia ed eclampsia
- profilassi steroidea in epoca prenatale
- PROM: monitoraggio fetale e neonatale
- terapia e monitoraggio in presenza di rischio di infezione feto-neonatale
- uterotonici in periodo puerperale
- profilassi vitamina K
- trattamento ipoglicemia neonatale
- trattamento e prevenzione del dolore nel neonato

CeVEAS e Dipartimento Ostetricia e Ginecologia. Audit strutturato della assistenza perinatale in provincia di Modena; 2002

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

HEROES AND MARTYRS OF QUALITY AND SAFETY

Ignaz Semmelweis and the birth of infection control

M Best, D Neuhauser

Qual Saf Health Care 2004;**13**:233–234. doi: 10.1136/qshc.2004.010918

Worldwide, sepsis is the cause of death in about 1400 people each day.[1] Many of these people develop sepsis from infections acquired as patients while in a hospital. Infections acquired in the hospital are called nosocomial infections. They are the most common complications of hospitalized patients, with 5–10% of patients in acute care hospitals acquiring at least one infection. Nosocomial infections occur in 2 million patients per year in the United States, causing 90 000 deaths and resulting in $4.5–5.7 billion in additional patient care costs.[2]

INFECTION CONTROL

Influenza virus, Legionnaires' disease, bacterial meningitis, measles, West Nile virus, tularemia, hepatitis A, rotavirus, Norwalk virus, multidrug resistant *Pseudomonas*, super-resistant *Klebsiella*, methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), and vancomycin resistant *Enterococcus* are just a few of the infectious organisms and diseases that may be contracted while in hospital. Infection control is essential to limit the spread of these diseases. Cross-infection of patients by the contaminated hands of healthcare workers is a major method of spreading infectious agents. Hand hygiene is noted to be the single most important factor for infection control. Even today, hand washing is performed only one third to one half as often as it should be.[3]

Figure 1 Postage stamp of Ignaz Philipp Semmelweis, 1818–1865. Issued in Austria in 1965 on the 100th anniversary of his death.

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Obiettivo dell'audit clinico

L'obiettivo dell'audit clinico è indirizzato al miglioramento della pratica

e non alla valutazione delle persone

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles; 1999

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva