

# AUDIT CLINICO SULLA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO IN AREA CHIRURGICA

**Buffon Maria Luisa** - Infermiere - Servizio Qualità - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana; **Cadorin Laura** - Biologo - Servizio Qualità - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana; **Del Sal Carla** - Ortottista - Servizio Qualità - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana; **Toffolo Maria Grazia** - Infermiere - Pediatria - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana; **Villalta Sabina** - Medico - 1° Medicina - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana; **Visentin Luca** - Fisioterapista - Servizio Qualità - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

## 1 INTRODUZIONE

Nell'azienda **ULSS di Treviso** è stata definita e applicata una metodologia uniforme per la realizzazione di audit clinici.

A seguito del processo di unificazione delle ULSS si è reso necessario condividere ed **estendere** la metodologia per l'**audit clinico** alle 3 ULSS provinciali.

Si è deciso di realizzare un audit per misurare l'adesione al protocollo provinciale di gestione del paziente sottoposto a profilassi del tromboembolismo venoso in area chirurgica.

## 2 OBIETTIVI

1. Applicare una metodologia per l'audit clinico uniforme nell'azienda provinciale.
2. Misurare l'appropriatezza clinico-assistenziale nella gestione dei pazienti sottoposti a profilassi del tromboembolismo venoso ricoverati in area chirurgica.
3. Diffondere e condividere con tutti i professionisti interessati le priorità di miglioramento utili a correggere le aree di inappropriatezza identificate.

## 3 METODI

Per la conduzione dell'audit sono state seguite le **fasi metodologiche proposte dal GIMBE**<sup>(1)</sup>. Come standard di riferimento è stata utilizzata la linea guida della Regione Toscana del 2015<sup>(2)</sup>, valutata la migliore disponibile mediante lo strumento AGREE II<sup>(3)</sup> e il consenso dei professionisti.

Sono state selezionate le raccomandazioni ritenute le più significative e definiti gli indicatori.

Dal data base delle SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) sono stati estratti i pazienti con una procedura chirurgica in regime di ricovero ordinario o week-surgery, dimessi dal 1/1/16 al 30/6/16 dalle 16 unità operative chirurgiche, pari a 7.909 casi.

È stata calcolata la significatività del campione con un livello di confidenza del 90% e un margine di errore del 5%. Il campione è stato estratto in modo randomizzato (generazione di numeri casuali).

Le cartelle del campione ottenuto sono state verificate da parte di valutatori aziendali (stagisti master in coordinamento, con il supporto di un tutor esperto).

<sup>1</sup> Audit clinico: questo sconosciuto (II): Metodologie di pianificazione e conduzione, GIMBE news, Vol. 2, n. 6, Luglio - Agosto 2009 - in [www.gimbe.it](http://www.gimbe.it)  
<sup>2</sup> SNLG - Profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati - Regione Toscana - 2015  
<sup>3</sup> AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), Maggio 2009, Versione Italiana a cura del GIMBE



## 4 RISULTATI

Sono state analizzate 303 cartelle cliniche. Dall'analisi risultano i seguenti livelli di adesione della pratica clinico-assistenziale alle raccomandazioni scientifiche:

- Alta adesione per 6 raccomandazioni (26%)
- Media adesione per 3 raccomandazioni (13%)
- Bassa adesione per 14 raccomandazioni (61%)

Sono state analizzate le raccomandazioni a basso livello di adesione più rilevanti dal punto di vista assistenziale:

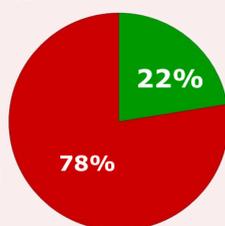
### RACCOMANDAZIONE 1

**Al momento del ricovero** in ospedale, di ogni paziente deve essere **valutato il rischio tromboembolico venoso** → **prova VI A** [adesione di 68 su 303 pari al **22%**]

L'aderenza alla raccomandazione del 22% induce il ricercatore ad ipotizzare un **deficit di tracciabilità**, in quanto se il rischio non viene registrato in cartella, purtroppo risulta non eseguito.

La scelta dei clinici di somministrare la profilassi farmacologica avviene sempre sulla base della valutazione del rischio ma la **mancata registrazione della valutazione**

comporta che gli infermieri non possano orientare gli interventi in relazione al livello di rischio.



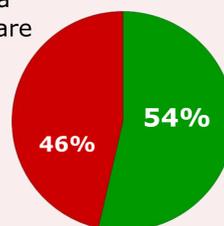
### RACCOMANDAZIONE 2

Nei **Pazienti a basso rischio** (score 0) si raccomanda la **semplice mobilizzazione precoce** → **prova I A** [adesione di 30 su 56 pari al **54%**]

Di 56 pazienti a basso rischio in 30 casi (54%) gli interventi di mobilizzazione precoce risultano registrati nel diario infermieristico.

Per questa tipologia di pazienti l'unica misura preventiva prevista consiste nella mobilizzazione precoce: riscontrare una bassa aderenza probabilmente evidenzia la consuetudine a **non registrare la mobilizzazione** nel diario infermieristico.

Per i restanti 26 pazienti (46%), in 7 casi non è stato fatto alcun intervento mentre negli altri **19 casi** è stata applicata la profilassi meccanica e/o farmacologica pur essendo pazienti a basso rischio. Ciò è inquadabile come **inappropriatezza in eccesso**.

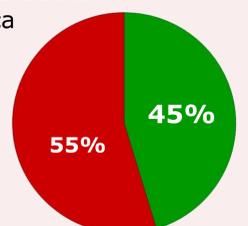


### RACCOMANDAZIONE 3

Nei **pazienti ad altissimo rischio** (score >3) (fattori multipli) si raccomanda che la **profilassi farmacologica sia associata a Calze a Compressione Graduata (CCG) e/o a Compressione pneumatica intermittente (CPI)** → **prova I A** [adesione di 34 su 75 pari al **45%**]

Dei 75 pazienti ad altissimo rischio, in 34 casi (45%) è stata associata alla profilassi farmacologica l'applicazione di calze a compressione graduata o gambali a compressione pneumatica intermittente.

Questa situazione di **inappropriatezza in difetto** può essere ancora legata alla **mancata registrazione** nella documentazione clinica.



## 5 CONCLUSIONI

Le principali aree di miglioramento della pratica clinico-assistenziale sono:

- **Migliorare** l'aderenza dell'**utilizzo dei mezzi meccanici** in associazione alla profilassi farmacologica nei pazienti ad altissimo rischio
- **Ridurre l'eccesso di trattamento** farmacologico e/o meccanico nei pazienti a basso rischio
- **Esplicitare** in maniera sistematica **nella documentazione clinica** la valutazione del rischio e gli interventi assistenziali, nonché l'eventuale giudizio dei professionisti che ha portato ad una diversa decisione rispetto a quanto raccomandato nelle linee guida.

L'audit clinico si è rivelato un valido strumento per misurare il livello di adesione della pratica clinico-assistenziale alle evidenze scientifiche, ma basandosi su dati retrospettivi, è fondamentale la completezza della cartella clinica.

Se l'obiettivo dell'infermieristica è migliorare gli esiti sul paziente, dovrebbe essere **promossa l'applicazione della metodologia dell'audit clinico**.

**Infatti l'AUDIT CLINICO permette di misurare l'aderenza dell'agire professionale alle linee guida.**

Analizzando i risultati dell'audit si possono individuare le fasi del processo assistenziale da revisionare al fine di **ottenere i migliori esiti dalle cure infermieristiche**.