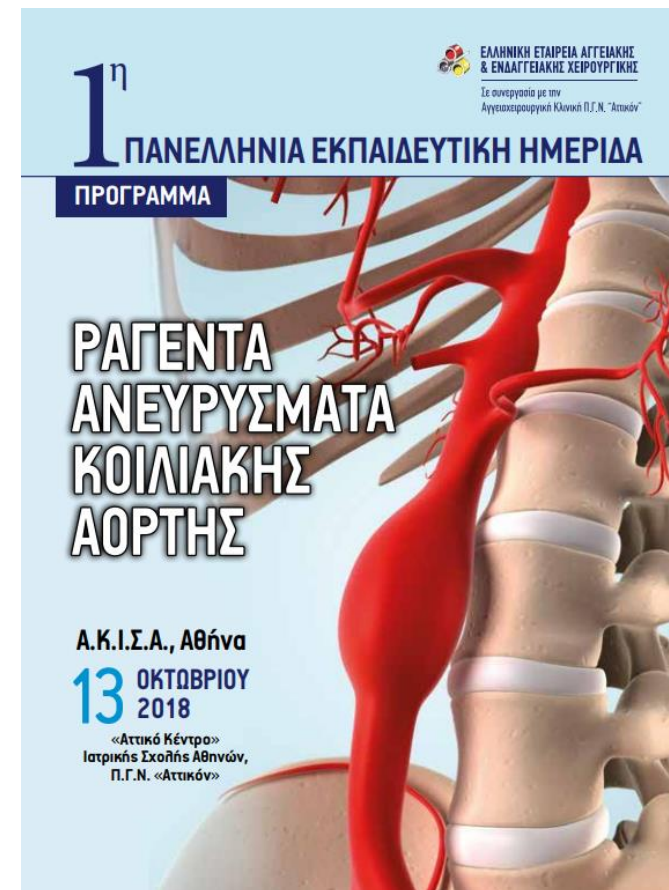


Ρήξη Ανευρύσματος κοιλιακής Αορτής Οργάνωση και Logistics

Χ.Ν. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ

**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Α΄ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ
ΓΝΑ ΛΑΙΚΟ**



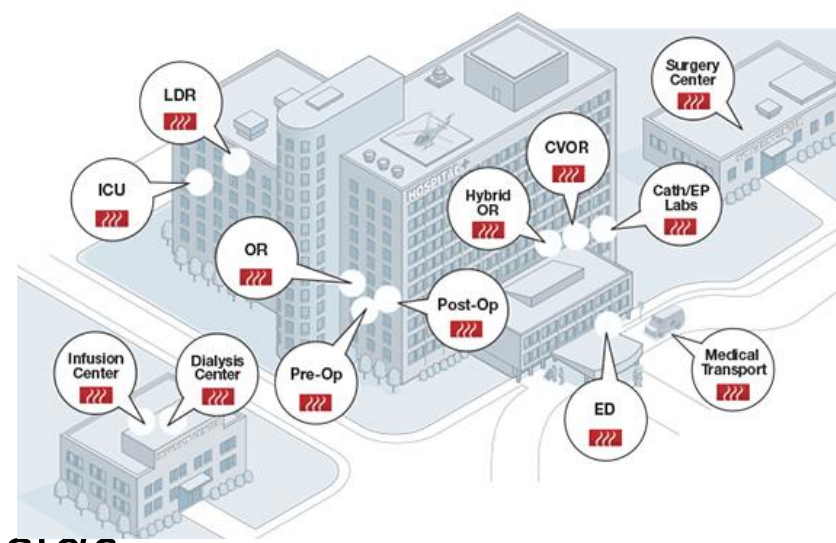
1^η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ
& ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
Σε συνεργασία με την
Αγγειοχειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν. "Αττικόν"

**ΡΑΓΕΝΤΑ
ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ
ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ
ΑΟΡΤΗΣ**

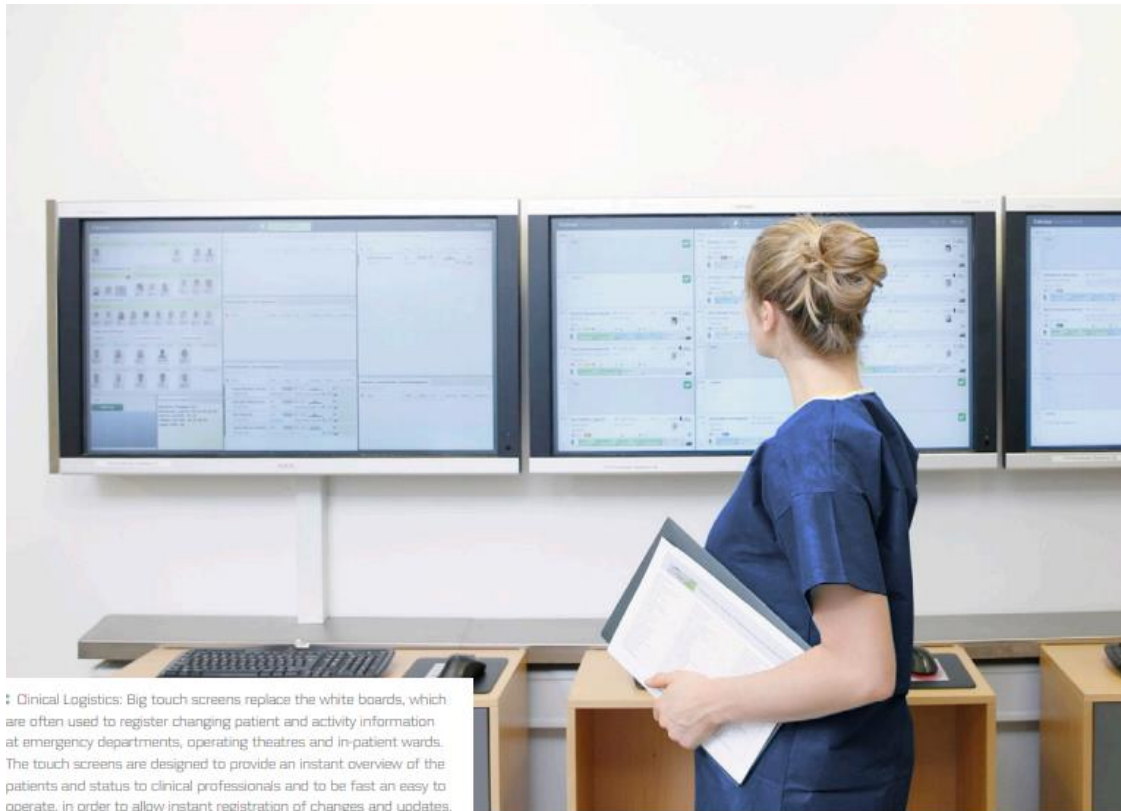
Α.Κ.Ι.Σ.Α., Αθήνα
13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ
2018
«Αττικά Κέντρα»
Ιατρικής Σχολής Αθηνών,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Logistics



- Σχεδιασμός Υγειονομικής περιφέρειας
- Υποστήριξη
- Διαθέσιμα μέσα
- Διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό
- Μεταφορά
- Εφαρμογή πρωτοκόλλων
- Ταχύτερη αντιμετώπιση
- Ταχύτερη έξοδος
- Μειωμένο κόστος
- Μειωμένο Stress και βελτίωση συνθηκών εργασίας

”Hospital Logistics is intelligent when the overall logistics system allows clinicians to ensure efficient, smooth and safe patient progress.”



! Clinical Logistics: Big touch screens replace the white boards, which are often used to register changing patient and activity information at emergency departments, operating theatres and in-patient wards. The touch screens are designed to provide an instant overview of the patients and status to clinical professionals and to be fast and easy to operate, in order to allow instant registration of changes and updates.



! Incoming lab samples at North Zealand Hospital are automatically unpacked and distributed to the labs by a robot.

33-62% των ασθενών θα καταλήξουν πριν τη μεταφορά τους σε εξειδικευμένο αγγειοχειρουργικό κέντρο



- Η θνητότητα και η ποιότητα ζωής μετά από 2 χρόνια είναι ίδια με την εκλεκτική αντιμετώπιση

Επικοινωνία

- Κέντρο υποδοχής

- Αιμοδυναμική κατάσταση



Ηλικία και συνοδά νοσήματα



Προσπάθεια σταθεροποίησης του ασθενούς



- *Εξειδικευμένο κέντρο*

- *Οδηγίες για αιμοστατική υπόταση*

- *Πιθανή συντηρητική αντιμετώπιση*

- *Scoop and go*

Time to Laparotomy for Intra-abdominal Bleeding from Trauma Does Affect Survival for Delays Up to 90 Minutes

Clarke, John R. MD; Trooskin, Stanley Z. MD; Doshi, Prashant J. MS; Greenwald, Lloyd PhD; Mode, Charles J. PhD

The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care: March 2002 - Volume 52 - Issue 3 - p 420-425
Annual Meeting Articles



Emergency Department Crystalloid Resuscitation of 1.5 L or More is Associated With Increased Mortality in Elderly and Nonelderly Trauma Patients

Ley, Eric J. MD; Clond, Morgan A. PhD; Srour, Marissa K. BS; Barnajian, Moshe MD; Mirocha, James MS; Margulies, Dan R. MD; Salim, Ali MD

The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care: February 2011 - Volume 70 - Issue 2 - p 398-400
doi: 10.1097/TA.0b013e318208f99b
Original Article

Ο ασθενής ήρθε στο τμήμα επειγόντων.....



**2 περιφερικές φλέβες
Δείγματα αίματος**

**Γρήγορη αγγειοχειρουργική και
αναισθησιολογική εκτίμηση**

Επείγουσα αξονική θώρακος-κοιλίας (το βέλτιστο να είναι ενσωματωμένη στο τμήμα επειγόντων)

Διαθέσιμο προσωπικό 30 λεπτά μετά την πρώτη κλήση

- Έμπειρη και επαρκής Χειρουργική ομάδα
 - Διαθέσιμη χειρουργική αίθουσα
 - Έμπειρο προσωπικό χειρουργείου
- Διαθέσιμη τράπεζα αίματος και παραγώγων
 - Διαθέσιμα Υλικά αποκατάστασης
 - Διαθέσιμη ΜΕΘ

Οργάνωση- διαδικασία διακομιδής

- Ποιος επικοινωνεί και με ποιον για τη διακομιδή
- Πόσος χρόνος σπαταλάτε για την τελική συνεννόηση?
- Είναι διαθέσιμη η χειρουργική ομάδα?
- Είναι διαθέσιμη η χειρουργική αίθουσα?
- Είναι διαθέσιμα τα υλικά?
- Υπάρχει αίμα και παράγωγα κατάλληλα για τον ασθενή?
- Υπάρχει μονάδα Τεχνητού νεφρού αν χρειαστεί?
- Είναι διαθέσιμη ΜΕΘ?

Οργάνωση- διαδικασία διακομιδής

- Ο συμβολή του ΕΚΑΒ
- Διακομιδή μόνο σε κέντρα με επείγουσα αγγειοχειρουργική κάλυψη (In Finland, the centralized care of patients with rAAA lowered the mortality of this condition by 20%)
- **Εκσυγχρονισμός και logistics πριν την διακομιδή των ασθενών**
- ON LINE εικόνα των κέντρων με αντιμετώπιση εντός 30 λεπτών
- On line εικόνα και διαθεσιμότητα υλικών και παρακλινικών εξετάσεων εντός του νοσοκομείου
- Επικοινωνία του προσωπικού μέσω θεσμικών συστημάτων ειδοποίησης
- Αποκλεισμός πιθανότητας καθυστερήσεων και ανάληψης ευθυνών

Λογιστική στη Θνητότητα Logistics for screening

50% πριν τη διακομιδή

25% απ τους διακομιζομένους πριν το χειρουργείο

40% μετα το χειρουργείο

Συνολική θνητότητα 80%

Βελτίωση της θνητότητας 3,5% ανά δεκαετία

Οι άντρες είναι 10% περισσότερο πιθανόν να επιζήσουν μετά από ρήξη

Νοσηρότητα σε κέντρα με τήρηση λογιστικών πρωτοκόλλων αντιμετώπισης

Table

Perioperative complications and their associated mortality

| | Frequency | Associated mortality |
|---------------------------------|-----------|----------------------|
| Intra-/postoperative hemorrhage | 12–14% | – |
| Colonic ischemia | 3–13% | 73–100% |
| Respiratory insufficiency | 26–47% | 34–68% |
| Renal failure | 26–42% | – |
| Postoperative dialysis | 3–18% | 76–89% |
| Myocardial infarction | 14–24% | 19–66% |
| Cardiac arrhythmia | 19–23% | 40–48% |
| Congestive heart failure | 18–21% | 39–42% |
| Multi-organ failure | 59–66% | 65–71% |
| Paraparesis/paraplegia | 1.1–2.3% | 45–53% |

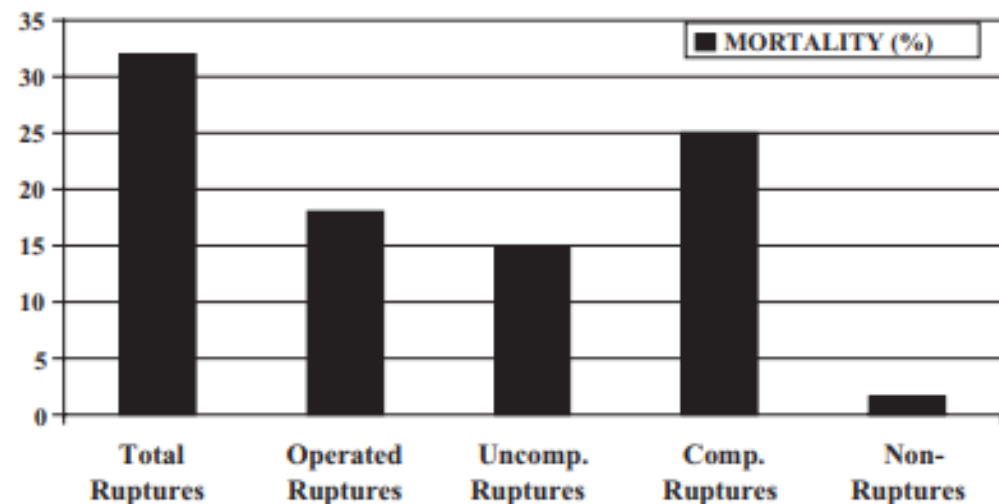
A Cost Analysis of Surgery for Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm

T. Tang¹, M. Lindop², I. Munday², C. R. Quick¹, M. E. Gaunt¹ and K. Varty^{*1}

Departments of ¹Vascular Surgery and ²Intensive Care, Addenbrooke's NHS Trust, Cambridge, U.K.

Table 1. Median length of in-hospital stay (days) in intensive care and the general surgical ward.

| | Elective (range) | Uncomplicated ruptures (range) | Complicated ruptures (range) |
|-------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ITU | 2 (1-28) | 3 (1-5) | 9.5 (7-104) |
| Ward | 9 (4-72) | 10 (0-31) | 19 (0-46) |
| Total | 11 (5-85) | 13 (1-36) | 37.5 (15-123) |

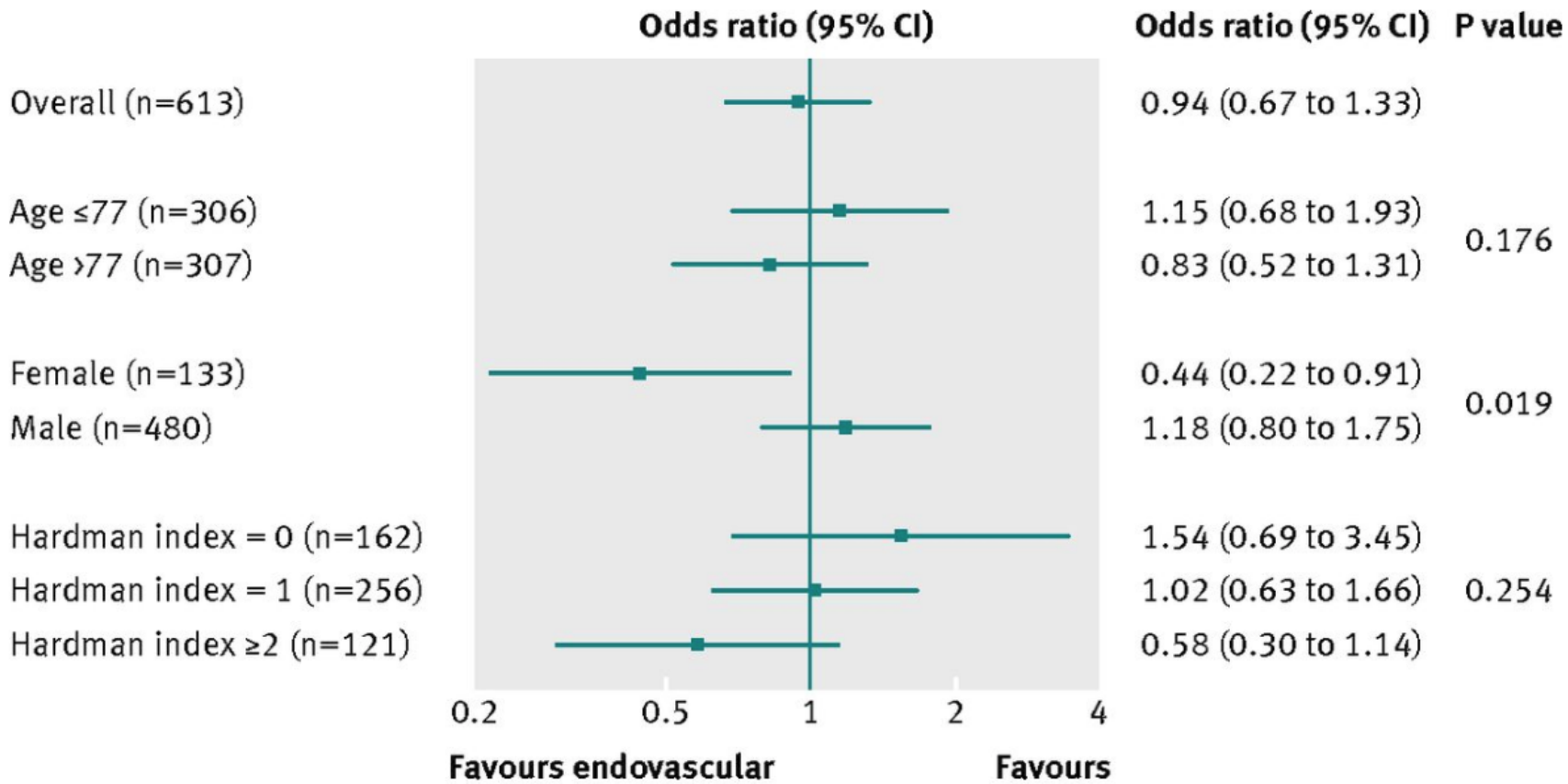


Logistics for conservative treatment?

Eight of the 47 rupture patients were not operated upon and cost analysis was not performed on these. A decision not to operate was taken by the consultant vascular surgeon on-call at the time of presentation. The principal factors used in this decision were a combination of the following: age over 80, cardio-respiratory or renal failure, known malignancy, hypotensive shock and impaired mental state.

Mortality rate of ruptured abdominal aortic aneurysm repair

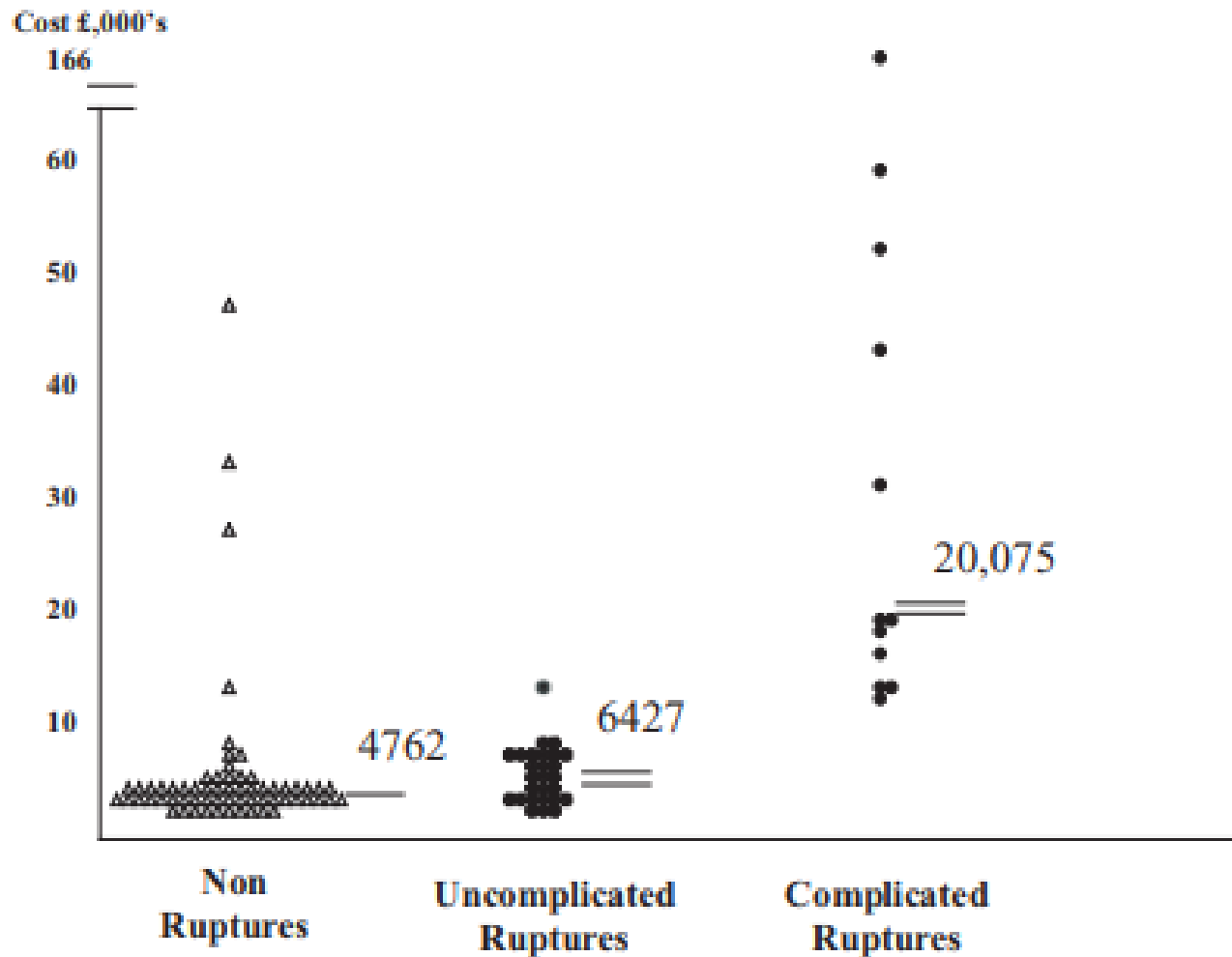
| Author | Overall mortality | Mortality over 80 years |
|------------------------------|-------------------|-------------------------|
| NOEL <i>et al.</i> (1) | 37% | 60% |
| VISSER <i>et al.</i> (8) | 44% | 62% |
| HEIKKINEN <i>et al.</i> (9) | 51% | 52% |
| BENGTSSON <i>et al.</i> (10) | 52% | 91% |
| DUECK <i>et al.</i> (11) | 41% | 48% |
| O'HARA (12) | Not available | 33% |



A Cost Analysis of Surgery for Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm

T. Tang¹, M. Lindop², I. Munday², C. R. Quick¹, M. E. Gaunt¹ and K. Varty*¹

Departments of ¹Vascular Surgery and ²Intensive Care, Addenbrooke's NHS Trust, Cambridge, U.K.



The Hardman index

The Hardman index is composed of five patient-related preoperative predictors. One point each is given for age >76 years, loss of consciousness after presentation, a concentration of serum creatinine >190 µmol/L, [hemoglobin](#) <90 g/L, or [acute myocardial ischemia](#) defined as depressed [ST segments](#) >1 mm and/or associated [T wave](#) changes on [electrocardiogram](#)(ECG). The Hardman index may thus vary between 0 to 5 points, and scores of ≥3 points have been associated with 100% mortality.