

**Małgorzata Mizerska, Jarosław Berent, Maciej Barzdo,
Leszek Markuszewski, Stefan Szram**

Błędy medyczne z zakresu chorób wewnętrznych w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UM w Łodzi

Malpractice in internal medicine in the case material of the Forensic Medicine Department, Medical University of Łódź, Poland

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UM w Łodzi
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Stefan Szram

Badaniami objęto opinie sądowo-lekarskie opracowane w Katedrze Medycyny Sądowej UM w Łodzi w 2002 r., wybierając i poddając dalszej analizie sprawy, które dotyczyły oceny postępowania medycznego w zakresie chorób wewnętrznych. W tym okresie opiniowano 20 tego typu spraw. Najwięcej przypadków dotyczyło schorzeń układu sercowo-naczyniowego, na drugim miejscu znajdowały się schorzenia układu oddechowego, zaś pozostałe przypadki dotyczyły schorzeń endokrynologicznych. W połowie analizowanych spraw stwierdzono, że postępowanie medyczne nie było prawidłowe, a wszystkie stwierdzone nieprawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego nosiły znamiona błędu decyzyjnego. W większości przypadków dopuszczono się nieprawidłowości w trakcie diagnozowania chorego, co polegało na niewykonaniu stosownych badań diagnostycznych lub błędnej interpretacji uzyskanych wyników.

Legal opinions in the area of internal medicine, opinionated by the Forensic Medicine Department, Medical University of Łódź, Poland in 2002, were selected for further analysis and assessment in the course of medical treatment. During this period opinions were given in 20 cases, most of which concerned cardiovascular, secondly respiratory, followed by, endocrine diseases. In half of the cases analyzed it was determined that medical treatment had been incorrect. All of the objectionable diagnostic and therapeutic

procedures evidenced some form of decisional error. In most cases errors were made in the diagnosis, as a result of neglect in performing necessary examinations, or of erroneous interpretation of results obtained.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, choroby wewnętrzne, opiniowanie sądowo-lekarskie.

Keywords: malpractice, internal medicine, medico-legal opinions.

WPROWADZENIE

W ostatnich latach obserwujemy znaczny wzrost liczby spraw dotyczących tzw. błędów medycznych, kierowanych do naszej Katedry w celu dokonania oceny prawidłowości postępowania medycznego i wydania opinii sądowo-lekarskich [2]. Znaczną część tego typu spraw stanowią przypadki z zakresu chorób wewnętrznych. Takie spostrzeżenia wynikają również z prac innych autorów [1, 3, 4, 7].

Wstępna ocena stanu klinicznego i dalsze postępowanie diagnostyczne mają kluczowe znaczenie dla losów pacjenta, zwłaszcza w przypadkach ostrych stanów zagrożenia życia. Umożliwiają one postawienie właściwego rozpoznania oraz podjęcie decyzji, co do sposobu postępowania leczniczego. Błędy popełniane na tym etapie kontaktu lekarz-pacjent wynikają z nieprzeprowadzenia stosownych badań diagnostycznych, niestarannego ich wykonania lub błędnej interpretacji uzyskanych wyników. Na kolejnych etapach kontaktu lekarz-pacjent nieprawidłowe postępowanie medyczne może polegać na zaniechaniu leczenia lub zwłóce w jego wdrożeniu, zastosowaniu nieadekwatnych do stanu zdrowia pacjenta procedur leczniczych lub nieprawidłowym wykonaniu adekwatnych procedur [5, 6, 7, 8].

Pogorszenie stanu zdrowia lub śmierć chorego mogą nastąpić z powodu ciężkiego i niekorzystnego przebiegu choroby, pomimo wdrożenia prawidłowego postępowania medycznego. Niezadowolające efekty leczenia mogą być również skutkiem błędnego procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Z prawnokarnego punktu widzenia, w takich przypadkach, może dojść do narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 k.k.), powstania uszczerbku na zdrowiu (art. 156 i 157 k.k.) lub śmierci (art. 155 k.k.). Podczas opiniowania sądowo-lekarskiego należy brać pod uwagę także takie sytuacje, gdy nie można wykazać jednoznacznie istnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieprawidłowym leczeniem a pogorszeniem stanu zdrowia lub zgonem chorego. Przykładem takiej sytuacji mogą być przypadki, gdy niekorzystny efekt leczenia – ze względu na pierwotnie ciężki i źle r.jący przebieg choroby – nastąpił-

by nawet wówczas, gdyby zastosowano całkowicie prawidłowe leczenie. W innych sytuacjach nie można przypisać winy osobie dopuszczającej się błędu medycznego. Może mieć to miejsce, gdy nietypowy przebieg choroby uniemożliwił postawienie prawidłowego rozpoznania choroby, a tym samym wdrożenie adekwatnego do rzeczywistego schorzenia leczenia.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza spraw związanych z oceną postępowania medycznego w zakresie chorób wewnętrznych oraz liczby i rodzajów popełnianych błędów medycznych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto opinie sądowo-lekarskie opracowane w Katedrze Medycyny Sądowej UM w Łodzi w 2002 r.. Z tego okresu wybrano i poddano analizie sprawy, które dotyczyły oceny postępowania medycznego w zakresie chorób wewnętrznych, zaś poczynione spostrzeżenia zilustrowano krótkimi opisami wybranych przypadków.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W badanym okresie opiniowano 20 spraw, które dotyczyły oceny postępowania medycznego w zakresie chorób wewnętrznych. Najwięcej spraw dotyczyło schorzeń układu sercowo-naczyniowego (10 przypadków), na drugim miejscu znajdowały się schorzenia układu oddechowego (8 przypadków), zaś pozostałe sprawy dotyczyły schorzeń endokrynologicznych (2 przypadki).

W 17 przypadkach doszło do zgonu chorego, w tym 8 przypadków dotyczyło schorzeń kardiologicznych, 7 pulmonologicznych i 2 endokrynologicznych.

W 10 sprawach stwierdzono zaistnienie błędu medycznego, z czego 6 przypadków wiązało się z problemami kardiologicznymi, 3 pulmonologicznymi i 1 ze schorzeniem endokrynologicznym. Wszystkie stwierdzone nieprawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego nosiły znamiona błędu decyzyjnego. W odniesieniu do schorzeń układu sercowo-naczyniowego we wszystkich przypadkach – w których leczenie było nieprawidłowe – dopuszczono się nieprawidłowości w trakcie diagnozowania chorego. W 2 przypadkach nie wykonano stosownych badań diagnostycznych, zaś w pozostałych 4 wyniki badań zostały błędnie zinterpretowane. Również w przypadkach pulmonolo-

gicznych błęd popełniony został w trakcie procesu diagnostycznego. W 2 przypadkach polegał na niewykonaniu stosownych badań diagnostycznych, zaś w 1 na złej interpretacji wyników. W przypadku endokrynologicznym błąd został popełniony w trakcie leczenia i polegał na nieprawidłowym monitorowaniu efektów ubocznych zastosowanego leku.

W przypadkach schorzeń układu sercowo-naczyniowego dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, w nadbrzuszu lub w okolicy żuchwy były mylnie interpretowane, np. jako nerwobóle międzyżebrowe, kolka, dolegliwości gastryczne, kolki nerkowe lub bóle zębów. Badania EKG, pomimo stwierdzenia wskazań do ich wykonania, nie były przeprowadzane lub były błędnie interpretowane. Niekiedy ograniczano się do podania środków przeciwbólowych i nie przewożono chorego do szpitala, bądź próbowano transportować chorego w sposób nieodpowiedni do rzeczywistego stanu zdrowia.

Przypadek 1. Mężczyzna przebywający w zakładzie karnym odczuwał silne bóle w klatce piersiowej, a następnie zbladł i zasłabł. Lekarz pogotowia ratunkowego wykonał badanie EKG i nie rozpoznał istniejących zmian niedokrwiennych ściany dolnej mięśnia sercowego. Podał leki uspokajające i przeciwbólowe, rozpoznając neuralgię międzyżebrową. Dolegliwości nie ustępowały, zaś wykonane następnego dnia kolejne badanie EKG wykazało cechy zawału ściany dolnej mięśnia sercowego. Chory został wówczas przewieziony do szpitala, w którym lekarz przeprowadzający badanie nie przyjął chorego, a jednocześnie zalecił obserwację w warunkach oddziału wewnętrznego lub kardiologicznego. Nie zorganizował jednak odpowiedniego transportu, w celu przewiezienia pacjenta do innego szpitala. Chory niezabezpieczony odpowiednimi lekami został przetransportowany nieprzystosowanym do takich celów pojazdem do innego miasta i ostatecznie przyjęty na oddział kardiologiczny. W tym przypadku nie doszło do zgonu chorego, ale zaistniało nie tylko opóźnienie we wdrożeniu odpowiedniego leczenia ale i niewłaściwe zabezpieczenie podczas transportu, co naraziło chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Przypadek 2. Kobieta w godzinach porannych zaczęła odczuwać silny ból w klatce piersiowej i w okolicy żołądka, czuła się osłabiona, miała nudności i wymioty. Lekarz pogotowia ratunkowego rozpoznał nieżyt żołądkowo-jelitowy i zlecił płynną dietę oraz podał pyralginę i metoclopramid. Po upływie 90 min. chora została jednak przyjęta do szpitala w stanie ogólnym ciężkim, zaś badanie EKG wykazało cechy zawału ściany bocznej i przegrody mięśnia sercowego. Z powodu nagłego zatrzymania krążenia rozpoczęto resuscytację, która okazała się nieskuteczna.

Przypadek 3. Kobieta od kilku dni odczuwała bóle w klatce piersiowej. Otrzymała od lekarza pierwszego kontaktu effox i acard. W nocy obudził ją silny ból w klatce piersiowej. Lekarz pogotowia ratunkowego rozpoznał kolkę nerkową, podał leki przeciwbólowe i nie zabrał chorej do szpitala. Stan chorej pogarszał się, bóle nie ustępowały. Wezwano ponownie pogotowie ratunkowe. Wówczas chora z podejrzeniem niedokrwienia mięśnia sercowego została przewieziona do szpitala, gdzie zmarła po kilku dniach leczenia, z rozpoznaniem zawału ściany dolnej mięśnia sercowego.

Przypadek 4. Mężczyzna uskarżał się na ból zęba, żuchwy, złe samopoczucie oraz ból w klatce piersiowej. Od kilku lat leczył się z powodu nadciśnienia tętniczego. Lekarz pogotowia ratunkowego nie wykonał badania EKG i nie podał żadnych leków. Chory zszedł o własnych siłach po schodach do karetki. Po przewiezieniu na szpitalną izbę przyjęć doszło do zatrzymania krążenia. Podjęta akcja resuscytacyjna była nieskuteczna. Sekcja zwłok wykazała, że przyczyną zgonu był świeży zawał mięśnia sercowego.

W odniesieniu do schorzeń układu oddechowego stwierdzone nieprawidłowości w procesie diagnostycznym miały podobny charakter i polegały albo na niewykonaniu stosownych badań diagnostycznych albo na błędnej interpretacji wyników tych badań.

Przypadek 5. U kobiety z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, pomimo pogarszającego się stanu zdrowia i objawów sugerujących zapalenie płuc, nie wykonano badania RTG klatki piersiowej. Nie rozpoznano zapalenia płuc i w związku z tym nie wdrożono odpowiedniego leczenia. Chora zmarła z objawami niedomogi krążeniowo-oddechowej.

Przypadek 6. Na zdjęciu RTG klatki piersiowej kobiety nie rozpoznano guza prawego płuca, pomimo że był on na tym zdjęciu widoczny. Z tego powodu nie prowadzono dalszej diagnostyki i nie wdrożono w odpowiednim czasie stosownego leczenia. Raka płuca rozpoznano ze znacznym opóźnieniem. Rok po postawieniu właściwego rozpoznania kobieta zmarła z powodu uogólnienia choroby nowotworowej.

Przypadek 7. Mężczyzna miał wdrożone leczenie przeciwprątkowe jedynie na podstawie stwierdzonych zmian radiologicznych. W płwocinie nie stwierdzono obecności prątków gruźlicy. Wykonane kontrolne zdjęcia RTG klatki piersiowej wykazały progresję zmian. Wówczas podjęto decyzję o poszerzeniu diagnostyki i postawiono rozpoznanie sarkoidozy. Włączono leczenie sterydami uzyskując poprawę radiologiczną i kliniczną. W tym przypadku chory niepotrzebnie długotrwale przyjmował leki przeciwprątkowe, które – ze względu na działania niepożądane – spowodowały wystąpienie uszczerbku na zdrowiu chorego.

W przypadku endokrynologicznym – w którym stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu medycznym – błąd polegał na nieprawidłowym monitorowaniu efektów działań niepożądanych zastosowanego leku.

Przypadek 8. Kobieta leczona z powodu nadczynności tarczycy otrzymywała metizol. Podczas przyjmowania leku chora czuła się źle, miała bóle stawów, duszność, gorączkowała. Z tych powodów otrzymywała kolejno dwa różne antybiotyki, które nie przynosiły poprawy stanu zdrowia. Chora została przyjęta do szpitala, gdzie stwierdzono narastającą leukopenię (od 600/mm³ do 150/mm³). Stan ogólny chorej pogarszał się. Ostatecznie chora zmarła z powodu wstrząsu septycznego w przebiegu obustronnego zapalenia płuc z niewydolnością wielonarządową. Leukopenia była w tym przypadku następstwem stosowania metizolu. Z powodu braku kontroli poziomu leukocytozy dopuszczono do znacznego zmniejszenia ilości leukocytów, spadku odporności organizmu i wystąpienia ciężkiej choroby infekcyjnej.

WNIOSKI

Wśród opiniowanych w 2002 r. spraw dotyczących oceny postępowania medycznego w zakresie chorób wewnętrznych, znaczącą część stanowiły przypadki schorzeń układu sercowo-naczyniowego i oddechowego. W połowie opiniowanych w tym okresie spraw stwierdzono, że postępowanie nie było prawidłowe. Wszystkie stwierdzone nieprawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego nosiły znamiona błędu decyzyjnego, a w większości przypadków dopuszczono się nieprawidłowości w trakcie diagnozowania chorego. Nieprawidłowości te polegały na niewykonaniu stosownych badań diagnostycznych lub błędnej interpretacji uzyskanych wyników.

PIŚMIENICTWO

1. Baran E.: Błąd medyczny w opiniach Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w sprawach karnych w latach 1990-1994. Arch. Med. Sąd. Krym. 1995, XLV, 173-179. – 2. Berent J., Kosicki M., Barzdo M., Szram S.: Sądowo-lekarskie problemy uszkodzeń narządu ruchu. Kwart. Ortop. 2004, 1, 36-40. – 3. Kabiesz-Neniczka S.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny sądowej AM w Katowicach. Arch. Med. Sąd. Krym. 2000, L, 49-56. – 4. Kordel K., Kempa J., Przybylski Z.: Opinie sądowo-lekarskie w sprawach o popełnienie błędu medycznego w latach 1990-1995. Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii. 1997, III, 53-59. – 5. Maksymowicz K., Krasnowska M.: Błędna decyzja o zaniechaniu hospitalizacji pacjenta. Najczęstsze powody błędów lekarskich –

obserwacje własne. *Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii*. 2001, VI, 129-131. – 6. Maksymowicz K., Parkitna-Cegła Z.: Błędy medyczne w rozpoznawaniu i leczeniu zawałów mięśnia sercowego. *Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii*. 1997, III, 133-137. – 7. Świątek B., Morawski A.: Problematyka błędów medycznych w Polsce na przykładzie opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1994, XLIV, 230-232. – 8. Trnka J., Kawecki J.: Błędna ocena przypadków zawałów serca przez lekarzy pogotowia ratunkowego. *Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii*. 2001, VI, 133-136.

Adres do korespondencji:

Lek. med. Małgorzata Mizerska
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Sędziowska 18a
91-304 Łódź