

Διαγνώσεις που 'Διαφεύγουν' στο ΤΕΠ:
Συχνότητα και Σημασία

Π. Αγγουριδάκης

1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επείγουσας Ιατρικής

Αθήνα Δεκέμβριος 2007

Μια αληθινή ιστορία...

Ελληνοτουρκικός πόλεμος 1920..



Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκστρατίας

Πρωινή Αναφορά Εφημερεύοντος Ιατρού:

Λαμβάνω την τιμήν

να σας Αναφέρω:

Εκ των βαρέως πασχόντων ουδείς απεβίωσεν

Εκ των υποκρινομένων απεβίωσαν τέσσερις....

Νεώτερες ιστορίες υπάρχουν πολλές
και καθημερινές....

Πόσο συχνές είναι;.....

Πόσο σοβαρές συνέπειες έχουν**;.....

** για τον γιατρό και για τον ασθενή...

Wu et al JAMA 1991

Δύσκολα θα το μάθουμε...

Στην μελέτη των Wu et al το 90% των ερωτηθέντων νέων ειδικευομένων παραδέχτηκαν ότι είχαν κάνει σοβαρά ιατρικά λάθη, το 31% των οποίων μπορεί να συνέβαλλε στον θάνατο του ασθενούς αλλά μόνο το 24% το ανέφερε στον ασθενή ή τους συγγενείς του

Σε μια μελέτη υποθετικής συμπεριφοράς των ιατρών – όσον αφορά το ιατρικό λάθος- οι Novack et al (JAMA 1989) αναφέρουν ότι το 33% των γιατρών θα απέκρυβε το λάθος του από τους συγγενείς του ασθενούς.

Δεν υπάρχουν προοπτικές μελέτες που να εστιάζονται στον κίνδυνο θανάτου για τους εξερχόμενους ασθενείς του ΤΕΠ.

Στις αναδρομικές μελέτες που αναλύονται η σταθερά κ είναι συνήθως < 0.5

Διαγνώσεις που διαφεύγουν: 1) Αφορούν την διάγνωση της νόσου
2) ή την βαρύτητα της κατάστασης

Σε κάθε περίπτωση θεωρούνται ιατρικό λάθος

ΙΟΜ: Λάθος θεωρείται: η αποτυχία **εκτέλεσης** μιας σχεδιασμένης δράσης
ή η χρήση **λάθος σχεδίου** για την επιτυχία ενός στόχου
(που συνήθως οφείλεται στην αποτυχία αναζήτησης ή στην λανθασμένη επεξεργασία πληροφοριών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διαφορετική δράση)

Kohn LT et al National Academy Press 1999

Ποιά είναι η συμμετοχή του ΤΕΠ
στις περιπτώσεις Ιατρικού Λάθους;



Σε 122 περιπτώσεις καταγγελιών προς το ΤΕΠ

για απώλεια ή καθυστέρηση διάγνωσης από εξω-
νοσοκομειακούς ασθενείς
οι Schull και συν.

Χρησιμοποίησαν μια σκάλα 6 σημείων

για την πιθανότητα ύπαρξης ή όχι λάθους "Απο εντελώς απίθανο
στο εντελώς πιθανό"

(ύπαρξη λάθους αν >4)

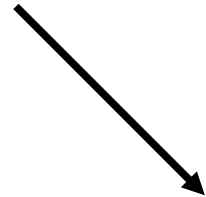
και την σκάλα 5 σημείων του Linkert

για την πιθανότητα συμμετοχής του ιατρού στο λάθος

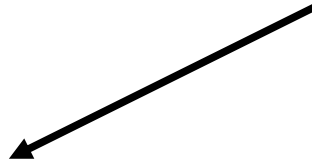
(ύπαρξη λάθους αν > 3)

Schull et al Ann Emerg Med 2006

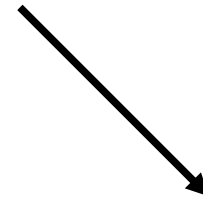
Και βρήκαν ότι...



Στο 65% των περιπτώσεων
υπήρχε ιατρικό λάθος που
έβλαψε τους ασθενείς....



Στο 48% η βλάβη
ήταν σοβαρή



**Στο 39% ήταν
θανατηφόρα....**

**Ο γνωστικός παράγων συμμετείχε
στο 96% των περιπτώσεων**

Table 1. Key characteristics of 79 diagnostic errors in the ED.

Characteristics	No.	%
Patient characteristics		
Age, y		
Mean	41	N/A
SD	20	N/A
Range	1–81	N/A
Female	35	44
Clinicians involved[†]		
Emergency physician	41	52
Primary care physician	22	28
Surgeon	16	20
Radiologist	13	16
Nurse	8	10
Trainees [†]	44	56
Adverse outcome[§]		
Psychiatric/emotional only	1	1
Minor physical	9	11
Significant physical	26	33
Major physical	12	15
Death	31	39

Table 1. Key characteristics of 79 diagnostic errors in the ED.

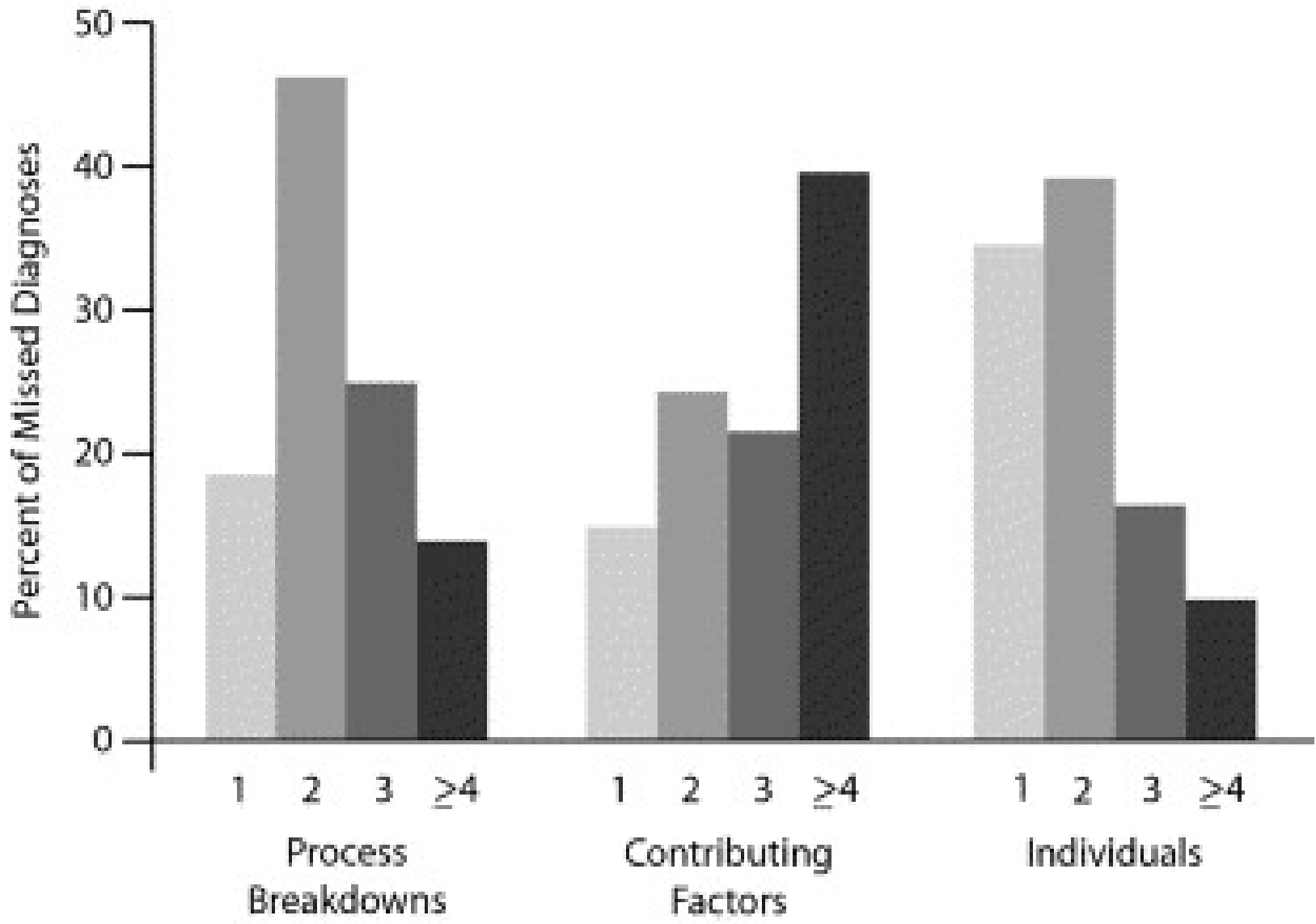
Characteristics	No.	%
Missed or delayed diagnosis		
Fracture	15	19
Infection	12	15
Myocardial infarction	8	10
Cancer	7	9
Cerebral vascular disease	6	8
Embolism	4	5
Appendicitis	4	5
Other abdominal disease	4	5
Peripheral vascular disease	3	4
Aneurysm	2	3
Other cardiac disease	2	3
Other [¶]	12	15

Table 2. Diagnostic steps and frequency of breakdowns at each step.

Step	No.	%*
Patient notes problem and seeks care	3	4
Provider performs medical history and physical examination	33	42
Provider orders appropriate tests	46	58
Ordered tests performed in a timely manner	3	4
Ordered tests performed correctly	1	1
Test results transmitted to and received by the provider	13	16
Test results transmitted to and received by the patient	6	8
Interpretation of test results	29	37
Provider orders consultation (or referral) [†]	26	33
Requested consultation (or referral) occurs [†]	1	1
Creation of proper follow-up plan	21	27
Patient adherence with plan	6	8

Table 4. Factors contributing to diagnostic errors.

Factor	No.	%*
Cognitive factors	76	96
Judgment	69	87
Knowledge	46	58
Vigilance or memory	32	41
Communication factors	28	35
Handoffs	19	24
Establishment of clear lines of responsibility	5	6
Conflict	2	3
Other communication factor	7	9
Systems factors	29	37
Supervision	24	30
Workload	18	23
Interruptions	4	5
Fatigue	3	4
Technology	0	0
Ergonomics	0	0
Patient-related factors	27	34
Patient nonadherence	8	10
Atypical presentation	6	8
Complicated medical history	6	8
Substance abuse	6	8
Poor historian	4	5
Psychiatric issue	3	4



13 ΤΕΠ / 1 έτος / 380.000 περιστατικά / 85% εξιτήριο

Ελέγχθηκαν 2665 περιπτώσεις θανάτων

42 θάνατοι βρέθηκαν να έχουν σχέση με το ΤΕΠ

(3 ώρες – 8 ημέρες μετά την έξοδό τους)

οι 9 μόνον κρίθηκαν μη αναμενόμενοι αλλά
σχετιζόμενοι με την επίσκεψη τους στο ΤΕΠ

3 / 100.000 επισκέψεων στο ΤΕΠ

Ασθενείς άνω των 10 ετών που πέθαναν εντός 7 ημερών
μετά την έξοδο τους απο το ΤΕΠ και δηλώθηκαν στο Γραφείο
του Ιατρικού Επιθεωρητή

Χρησιμοποιήθηκε η 5 σκάλα σημείων του Linkert: απίθανο 1,
μάλλον όχι 2, δυνατόν 3 πιθανόν 4 και προφανώς 5

Τιμή > 3 θεωρήθηκε δείκτης ύπαρξης πιθανού σφάλματος.

Όλες οι περιπτώσεις ελέγχθηκαν απο 3 ερευνητές και γινόταν
αποδεκτές

αν η διαφορά τους ήταν < 2 (στο 13% ήταν > 2 και επανελέγχθηκαν
απο κοινού)

380.000 ασθενείς

117 περιπτώσεις θανάτων εντός 7 ημέρου
με στοιχεία επαρκή για αξιολόγηση

```
graph TD; A[380.000 ασθενείς] --> B[117 περιπτώσεις θανάτων εντός 7 ημέρου  
με στοιχεία επαρκή για αξιολόγηση]; B --> C[58 σχετιζόμενοι με την επίσκεψη  
στο ΤΕΠ και μη αναμενόμενοι]; B --> D[59 μη σχετιζόμενοι ή αναμενόμενοι]; C --> E[35 πιθανά οφειλόμενοι σε λάθος  
(Linkert score >3)];
```

58 σχετιζόμενοι με την επίσκεψη στο ΤΕΠ και μη αναμενόμενοι

59 μη σχετιζόμενοι ή αναμενόμενοι

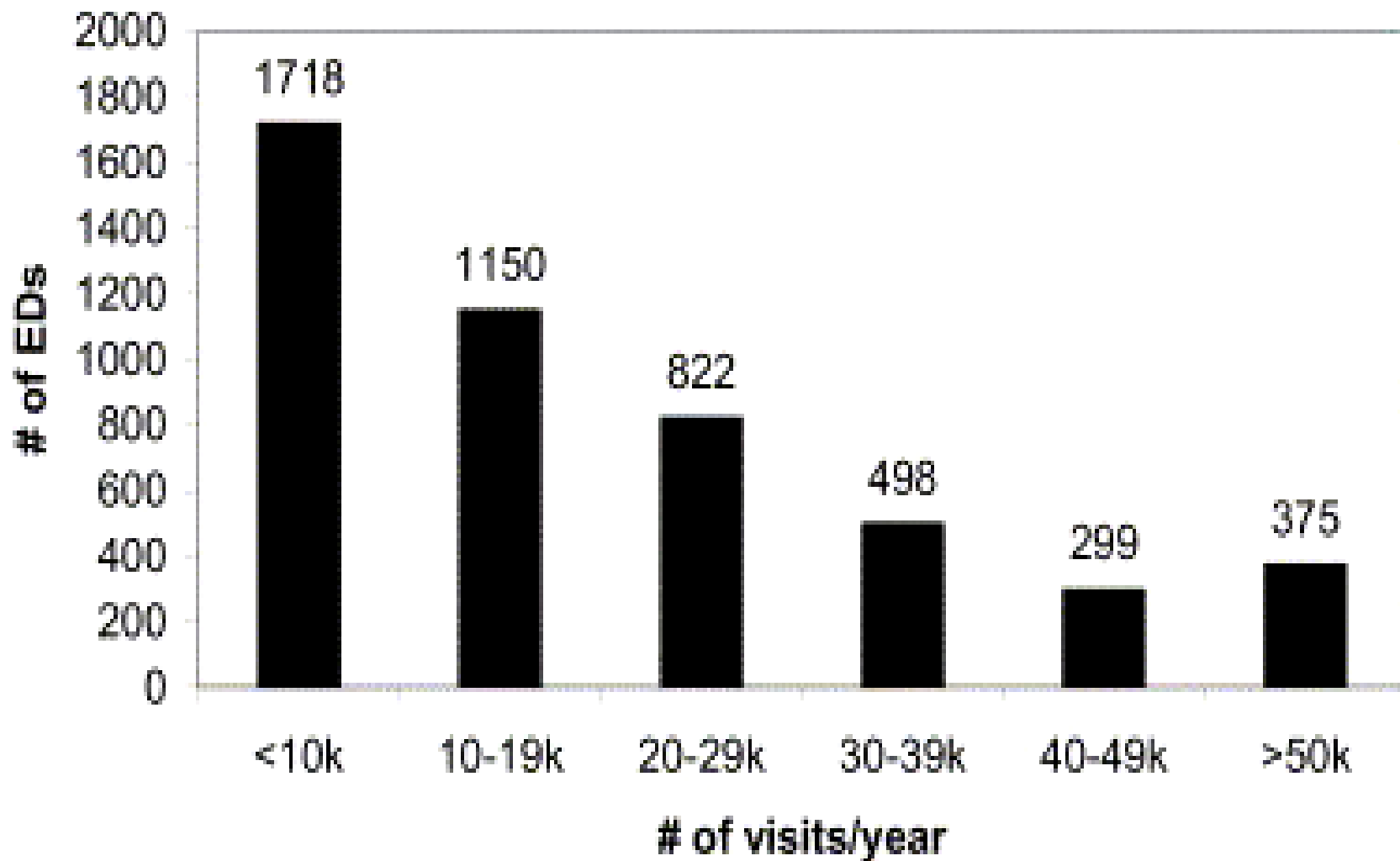
35 πιθανά οφειλόμενοι σε λάθος (Linkert score >3)

Sklar et al Ann Emerg Med 2007

11/ 35 αφορούσαν το κυκλοφορικό
6 / 35 το κεντρικό νευρικό
6 / 35 το γαστρεντερικό
3 / 35 το αναπνευστικό

Η έλλειψη αναγνώρισης του κινδύνου οφειλόταν:
στην έλλειψη αξιολόγησης:

1. παθολογικών ζωτικών σημείων 83%
2. αποσταθεροποίησης χρόνιας νόσου 60%
3. άτυπης παρουσίασης νόσου 60%
4. διαταραχές επιπέδου συνείδησης 30%



60% of Eds are stuffed by Emergency Physician

Τι συμβαίνει
στην
Ελλάδα;;.....



Μερικές Βασικές αρχές για την μείωση

των

"διαγνωστικών διαφυγών"

Αρχή 1η..

Στην Επείγουσα Ιατρική

Ο Νούς μας πάει πάντα στο κακό...

Συνέπεια της πρώτης
αρχής...

Αποκλείουμε πρώτα το πιο
επικίνδυνο

(έστω και αν είναι πολύ σπάνιο)

και συνεχίζουμε με τα πιο
συνηθισμένα

Αρχή 2η..

Ιεραρχημένη αντιμετώπιση

των ασθενών....

Συνέπεια της δεύτερης
αρχής...

Ζωτικά σημεία (+ δυνατότητα βήχα και κατάπνοσης)

Ιστορικό / Κλινική εξέταση

Διαγνωστικοί και Θεραπευτικοί Αλγόριθμοι

Παρακλινικές εξετάσεις

Αρχή 3η..

Καταγράφετε τα ευρήματα σας,

τις γνώμες των ειδικών,

και τις παρεμβάσεις σας....

*"Ό,τι δεν γράφτηκε ούτε υπήρχε ούτε
έγινε"*

Συνέπειες της τρίτης
αρχής...

Επανεξετάζεται ο άρρωστος
και πολύ προσεκτικότερα
μάλιστα..

Αρχή τέταρτη.....

Δεν βάζουμε διαγνωστικές ταμπέλες αν δεν είμαστε βέβαιοι..

Δίνουμε γραπτές σαφείς οδηγίες στους ασθενείς (ή στους συνοδούς τους)

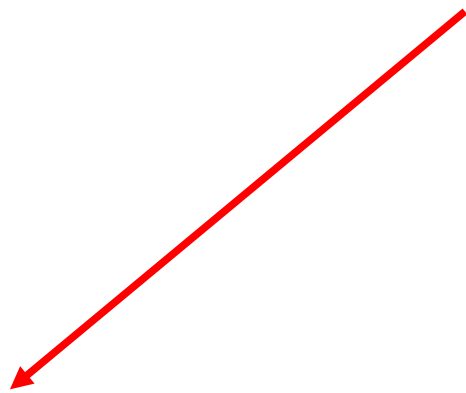
Η μη αναγραφή τους αποτελεί πράξη εγκατάλειψης

Η ευγένεια είναι υποχρεωτική

Προτάσεις για την μείωση του προβλήματος



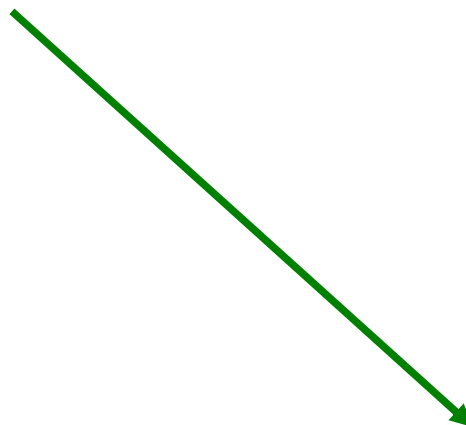
Διαλογή



Ανάληψη / Ιατρεία
Χρήση Αλγορίθμων
παρακολούθηση



“ Διαλογή” εξόδου
απο ειδικό

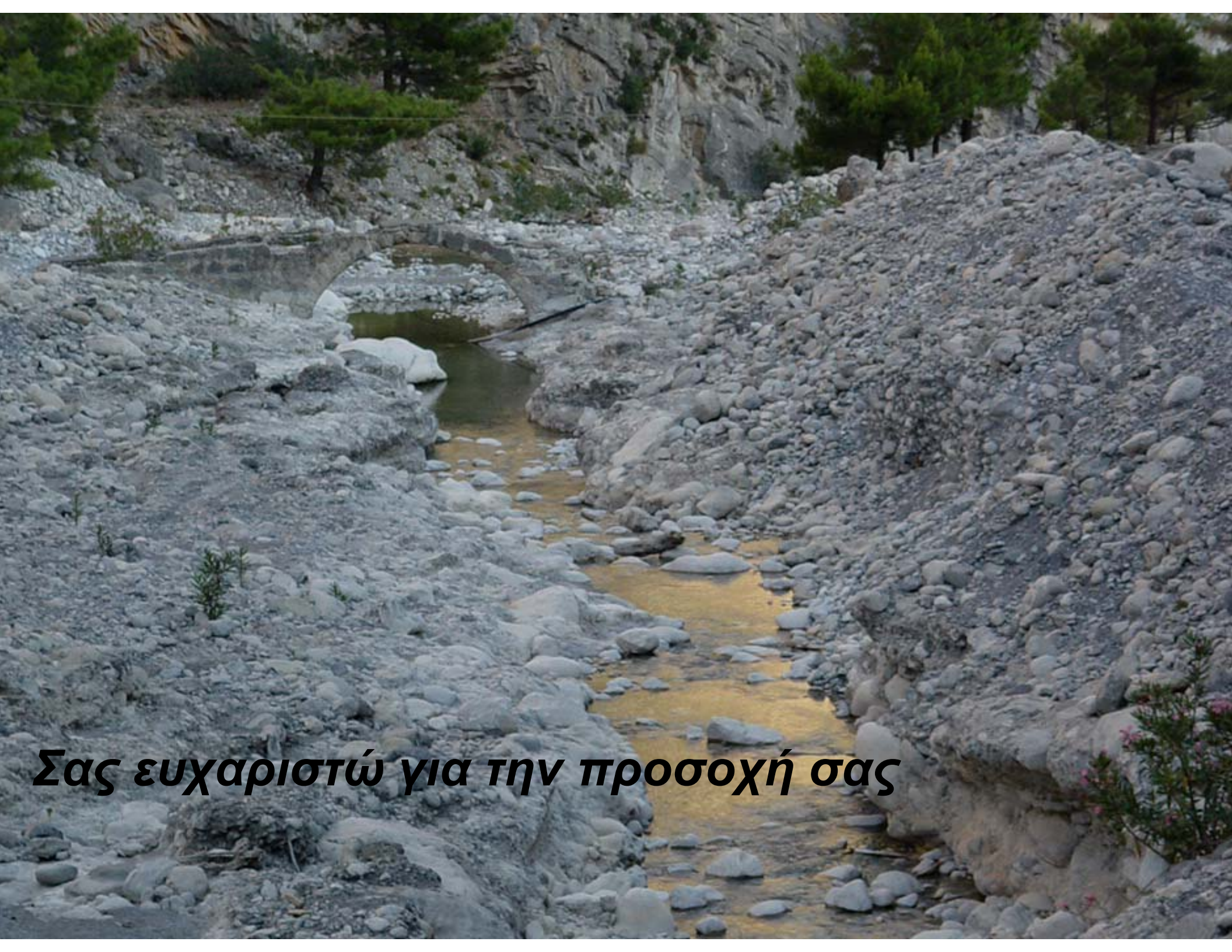


Αντιμετώπιση
/ έξοδος



Κόκκινη σημαία σε επανείσοδο





Σας ευχαριστώ για την προσοχή σας