



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE



Dr. Georgeta-Florentina URSU

Consilier U.S.S.S.

Medic primar cardiolog, doctor in medicina

Prezentare de caz

INTRODUCERE

- Analiza acestei prezentari de caz cu eveniment advers este in acord cu Protocolul de la Londra in care ideea este ca procesul de investigare a evenimentelor adverse sa se realizeze intr-o atmosfera deschisa si corecta avand ca finalitate invatarea din erori si nu pedeapsa.
- Noile strategii de analiza a evenimentelor adverse arata ca acestea sunt consecinta esecurilor, neregulilor organizationale.

SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS

THE LONDON PROTOCOL

Sally Taylor-Adams & Charles Vincent

Clinical Safety Research Unit
Imperial College London
Department of Surgical Oncology and Technology
10th Floor QEQM Building
St Mary's Hospital
Praed Street
London
W2 1NY
Email: c.vincent@imperial.ac.uk

INTRODUCERE

- Cauza profunda (radacina) permite dezvoltarea cauzelor subascunse sau secundare, fiind conditia favorizanta pentru comiterea greselilor, numite si cauze imediate.
- Evenimentul prezentat este un eveniment pre-santinela deoarece in absenta unei interventii prompte si adecvate ar fi putut duce la decesul pacientului.
- Totodata acest eveniment reflecta grave disfunctionalitati la nivelul unitatii sanitare care necesita analiza si masuri imediate.

Eveniment advers si eveniment santinela, definitie

Evenimentul advers este evenimentul asociat asistentei medicale, considerat prevenibil, care reprezinta afectarea neintentionata si nedorita a sanatatii, ranirea, imbolnavirea, dizabilitatea temporara sau permanenta, sau chiar moartea pacientului.

Scopul este **invatarea din erori**, identificarea, analiza si raportarea fara caracter acuzator a evenimentelor adverse asociate asistentei medicale.

Evenimentul santinela este evenimentul catastrofic, grav, care duce la decesul pacientului.

EVENIMENT ADVERS

- TEP MASIV CU TROMB IN TRANZIT VD-AD.
- HTP SEC.
- PLEUREZIE BAZALA DREAPTA.
- TROMBOZA PROFUNDA MEMBRE PELVINE BILATERALE.
- INSUFICIENTA TRICUSPIDIANA MEDIE .
- BCI CU CORONARE PERMEABILE.
- HTA STADIUL II GRUP RISC INALT.

PREZENTARE GENERALA. MOTIVELE INTERNARII

- Pacient in varsta de 65 de ani, hipertensiv, fumator se prezinta la camera de garda la data de 30.08.2019 pentru dureri retrosternale cu iradiere in umarul stang, frison, transpiratii reci, tahicardie, anxietate, valori TA crescute.
- Simptomele au aparut dupa un efort fizic, ortostatism prelungit, la scaderea temperaturii.

PREZENTARE GENERALA. MOTIVELE INTERNARII

Antecedente personale:

- HTA cu tratament hipotensor,
- tromboflebita acuta mb.inf. drept 1999,
- fumator.

Ultima medicatie:

- hipolipemiente,
- hipotensoare,
- antiagregant.

PREZENTARE GENERALA. MOTIVELE INTERNARII

Istoricul bolii

- Pacientul se interneaza de urgenta cu Dg: ***BCI .I.M. fara supradenivelare de ST cu Trop.+ HTA ST II*** si se programeaza pentru coronarografie de urgenta pe data de 31 .08.2019.
- *Rezultatul la coronarografie: ACS fara leziuni. ACD fara leziuni semnificative.*
- Revine la USTACC si se intrerupe anticoagulantul;
- la cateva ore prezinta o stare lipotimica cu TA 70/50 mm Hg, AV 120 c/min, transpiratii profuze, paloare, dureri retrosternale (simpt. similara cu cea de la internare ?).
- Pe data de 2.09., in garda s-a repetat ecocordul (normal la internare) si s-a constatat aparitia unui tromb masiv in transit VD- AD.
- S-a inceput trat. anticoagulant si toata procedura de evaluare si trat. s-a reconfigurat

EXAMEN CLINIC

Examen clinic general la internare:

- Tegumente si mucoase palide, transpiratii profuze
- Zgomote cardiace tahicardice
- AV 106 c/min,
- TA 160/90mmHg ,
- Murmur vesicular normal.
- Ficat la 2 cm de rebord.

DATE PARACLINICE

- Leucocitoza (10000), VSH (35), fibrinogen (568), troponina 60, CKMB 50, (la internare 30.08.)
- EKG: TS AV 110c/min AQRS +30 El. HVS(30.08)
- Ecocord 1: Cavitati cardiac in limite normale, disf. diastolica VS, FE 55% (30.08)
- Coronarografie: ACS, ACD fara leziuni semnificative (31.08)
- Ecocord 2: Tromb de 15mm in transit VD- AD; Insuficienta tricuspидiana medie-severa; Cav drepte dilatate (1.09)
- CT torace: TEP masiv bilateral. Pleurezie bazala dreapta in cant. mica (2.09)
- ECO Doppler venos mb. inf.: Tromboza de vene poplitee bilateral (2.09)
- D-Dimeri: 1500 (1.09)

EVOLUTIE

- Pacientul s-a mentinut dispeic, cianotic, cu valori TA scazute; ramane imobilizat la USTACC 3 sapt.cu tratament anticoagulant pe injectomat cu APTT 70-80, 14 zile, apoi Clexane 0,8 la 12 ore, 14 zile, apoi Sintrom in functie de INR.
- Asociat s-a adm. antiagregant, hipolipemiant, blocant de calciu.
- S-a evaluat periodic ecografic si tomografic, avand o evolutie lent ameliorata.
- S-a cerut si ex. CCV in vederea unei interventii de Trombembolctomie, dar s-a considerat momentul operator nepotrivit, temporizandu-se cu 2 luni.

ANALIZA CAUZELOR EV. ADVERS

- efectuarea coronarografiei fara toate elementele (indicatiile) de urgenta complete poate duce la complicatii vasculare grave (tromboflebita acuta cu TEP);
- se poate omite un diagnostic grav (TEP - tromboembolism pulmonar) intrerupandu-se trat. anticoagulant dupa rezultatul coronarografiei (coronare permeabile).
- Practic tocmai aici se poate constata evenimentul advers (prin lezarea pacientului neintentionata si spitalizare prelungita) atat prin interventie cat si prin tratament (lipsa trat.).
- Daca se externa a doua zi, **ev. advers** putea deveni chiar **eveniment santinela** (cu decesul pacientului).

CAUZE DIRECTE (RADACINA)

1. Cauza principala (Radacina) consta in lipsa culturii sigurantei pacientului;
2. Lipsa reglementarilor privind indicatiile unor tehnici interventionale (coronarografie);
3. Lipsa reglementarilor de evaluare a competentei profesionale; orice durere toracica fara modif. EKG cu Trop.+ trebuie sa indice necesitatea unui diagnostic diferential, nu se rezolva cu o coronarografie.
 - Ideea unui dg. dif. de TEP trebuia sa extinda sfera investigatiilor: CT toracic, D-Dimeri, Doppler venos mb. inf.

DISCUTII

- In cazul prezentat s-au constatat deficiente de aplicare a tehnicii moderne si posibil de terapie specifica: anticoagulanta, antiagreganta.
- La nivelul sectiei de cardiologie si al s. de cardiologie interventionala nu s-a respectat un Protocol de stabilire a urgentei coronarografiei, tinandu-se cont si de faptul ca exista si alte afectiuni cu Troponina +, mai ales fara modificari specifice de sub- sau supradenivelare ST-T pe EKG (in cazul prezentat fiind EKG normal).

DISCUTII

- De asemenea, este necesar un Protocol al modalitatii de externare a pacientilor post-interventional cu avizul scris in FO al medicului curant si interventionist.
- In acelasi protocol este necesara mentionarea revenirii pacientului in aceeasi sectie in caz de complicatii locale sau generale.
- In alta ordine de idei, daca nu era interventia la sfarsitul saptamanii (vineri) pacientul era externat cu dg de Coronare permeabile si cu riscul unui TEP (Tromboembolism pulmonar) masiv fatal.

PLAN DE MASURI

- realizarea unui Protocol de tehnici moderne interventionale introduse in sectie cu indicatii si contraindicatii, efecte sec., complicatii, riscuri.
- stabilirea unor Liste de afectiuni cu Troponina+ si al unui Protocol de diferentiere al urgentelor cardio-vasculare (IMA, TEP, EPA)
- stabilirea unui Protocol de externare a pacientilor postinterventional;
- mentionarea la externare a datei si locului controlului post interventional;
- Registru de riscuri si anuntarea evenimentelor adverse prin CAPESARO.

CONCLUZII

- Evenimentul advers analizat arata grave deficiente manageriale in managementul organizational si in managementul clinic.
- Acest eveniment putea deveni un eveniment santinela (catastrofal) soldat cu decesul pacientului.

1. Deficiente in managementul organizational:

- Lipsa prevederii controlului unor tehnici de diagnostic si terapeutice (coronarografia) printr-un protocol cu avizarea Consiliului medical.

2. Deficiente in managementul clinic:

- Lipsa preocuparii pentru mentinerea si cresterea nivelului de competenta ;
- Lipsa preocuparii pentru evaluarea respectarii bunelor practici de diagnostic si terapie.



Va multumesc!