

## PARTICULARITĂȚI ALE ERORILOR DE DIAGNOSTIC ÎN PEDIATRIE

Ștefana - Cristina ALEXOAIIE<sup>1,3</sup>, Diana Veronica COSTACHE<sup>2,3</sup>, Irina – Mihaela CIOMAGA<sup>1,2</sup>  
*Spitalul de Urgență pentru Copii “Sf Maria”, Iași<sup>1</sup>, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Iași<sup>2</sup>,  
Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa”, Iași<sup>3</sup>*

### **Abstract**

Erorile de diagnostic în pediatrie constituie, la ora actuală, o ramură puțin explorată și acceptată în practica de zi cu zi. Greșelile sunt dificil de recunoscut pentru oricine, iar medicii nu fac o excepție. Pentru un pediatru nu este suficient să aibă doar cunoștințe temeinice despre patologia pediatrică. Ca să își desfășoare activitatea în condiții optime medicul trebuie să stăpânească foarte bine psihologia copilului în fiecare stadiu al său de dezvoltare, fiind astfel pregătit să înfrunte problemele legate de comunicarea cu micul său pacient suferind.

### **Introducere:**

Erorile de diagnostic în pediatrie constituie o ramură care până în prezent a fost puțin studiată, dezvoltată și acceptată. Informațiile pe care le deținem sunt extrem de limitate și survin de cele mai multe ori din cazurile de malpraxis cunoscute. Acestea sunt nerepresentative deoarece acoperă un spectru redus de tipuri de erori de diagnostic, ce au o frecvență scăzută și gradul de severitate crescut.

### ***Necesitatea apariției unei noi ramuri care să se ocupe strict de erorile de diagnostic:***

Necesitatea apariției unei noi ramuri medicale, care să se ocupe strict cu detectarea și cuantificarea erorilor de diagnostic, este astăzi un subiect controversat și de actualitate.

Mark Graber, fondatorul și președintele “Societății de îmbunătățire a diagnosticului”, din SUA afirma că nu știe ca undeva în lume să existe o organizație care să se ocupe cu urmărirea erorilor de diagnostic. Deasemenea, niciun spital din lume nu are implementat un program care să detecteze erorile diagnostice făcute în instituție<sup>1</sup>.

Necesitatea monitorizării erorilor diagnostice provine și din rezultatele statistice obținute în puținele studii efectuate până în prezent. Un studiu efectuat în SUA în 2014 afirma că aproape fiecare persoană va primi de-a lungul vieții cel puțin un diagnostic greșit, uneori acesta asociind consecințe devastatoare<sup>1</sup>. În America aproximativ 12 milioane de copii primesc în fiecare an un diagnostic greșit și 32% din cazurile de malpraxis apar datorită erorilor diagnostice<sup>2</sup>.

Cel mai frecvent ne confruntăm cu o eroare diagnostică atunci când:

- diagnosticul este pus cu întârziere;
- un diagnostic este inițial pus greșit;
- diagnosticul nu este pus niciodată;

### **Principalii factori care influențează decizia diagnostică sunt:**

1. sistemul de sănătate;
2. fluxul de muncă;
3. cunoștințele medicului și judecata clinică;
4. informațiile primite de la aparținători și de la copil.

1. *Sistemul de sănătate* definit prin resursele limitate și accesul limitat sau întârziat la medicație și/sau proceduri, sistemul informatic ce ridică tot mai multe probleme în special de la introducerea cardului de sănătate, documentele numeroase ce trebuiesc completate și care ocupă foarte mult timp în special tinerilor rezidenți, dificultățile de comunicare și colaborarea de multe ori defectuoase între personalul medical, precum și organizarea structurală a spitalului, cu saloane mici și cu prea multe paturi, spațiu mic acordat pentru fiecare pacient.

2. *Fluxul mare de muncă* este datorat deficitului de personal asociat cu numărul mare de pacienți atribuit fiecărui medic. Un alt aspect este dat de numărul de ore petrecut zilnic în spital și de numărul mare al gărzilor într-o lună.

Dacă sistemul de sănătate și fluxul mare de muncă sunt factori comuni tuturor specialităților, ultimii doi factori (cunoștințele medicului și judecata clinică precum și informațiile primite de la aparținători și de la copil) sunt mai specifici ramurei pediatrie.

### 3. *Informațiile primite de la aparținători și de la pacientul pediatric*

Un studiu publicat în anul 2010 în revista *Pediatrics* (1) afirma că principala cauză a erorilor de diagnostic în pediatrie este dată de informațiile eronate primite de la aparținători și de la pacientul pediatric.

Studiul s-a desfășurat în perioada noiembrie 2008 – Mai 2009. Au fost invitați să participe 1362 medici pediatri: primari, specialiști, rezidenți din 3 spitale universitare și 109 clinici afiliate. Aceștia ar fi trebuit să completeze online, sub protecția anonimatului, un chestionar despre erorile de diagnostic făcute în practica de zi cu zi. Din totalitatea celor invitați doar 53%, adică un număr de 726 persoane, au acceptat provocarea și au completat chestionarele. De aici a plecat și ideea că recunoașterea greșelilor este un fapt extrem de dificil. Din cei care au completat, 54% au afirmat că fac câte o greșeală diagnostică în medie o dată-de două ori într-o lună. Un procent de 77% din cei care au făcut aceste afirmații erau medici cu cel mai înalt grad de specialitate. Din totalul celor care au răspuns 45% au afirmat că au făcut o greșeală diagnostică ce a pus în pericol viața pacientului în medie o dată sau de două ori pe an.

Principalele cauze ce au condus la erorile diagnostice au fost:

- *informațiile eronate primite de la pacient sau de la aparținători și examenul clinic incomplet;*
- factori care au ținut de sistem: lipsa coordonării și a comunicării în echipa medicală;  
Principala greșeală a fost diagnosticarea unei afecțiuni virale ca fiind o afecțiune bacteriană, urmată de diagnosticarea eronată a efectelor adverse date de medicație, afecțiunile psihiatrice și apendicita.

Concluziile studiului:

- Pediatrii fac erori de diagnostic frecvent și în multe cazuri acestea pun în pericol viața pacientului.
- Coordonarea echipei medicale și accesul la dosarul electronic al pacientului, în vederea stabilirii precise a antecedentelor ar putea diminua frecvența erorilor de diagnostic.

### 4. *Cunoștințele medicului și judecata clinică*

David Meyers, șeful unei Unități Primire Urgențe din SUA, afirma că: „Medicina este prea complicată pentru un simplu om. Sunt foarte multe informații care trebuiesc procesate și

mediul în care lucrăm este plin de elemente perturbatoare. Nu putem fi siguri niciodată cât credit sau câtă importanță să dăm fiecărei informații primite.” (1)

Ca un pediatru să își poată practica meseria la un nivel optim, acesta trebuie să aibă un bagaj bogat de cunoștințe. În afară de cunoștințele necesare diagnosticării și tratării unui copil, medicul pediatru trebuie să dețină cunoștințe solide despre evoluția psihologică a copilului în fiecare stadiu al dezvoltării sale.

Helene Epstein, autoare articolului *“Why It’s So Easy for Doctors to Misdiagnose Kids”*, publicat în revista *The Atlantic* afirmă că: *“Să faci totul bine este infinit mai greu atunci când pacienții nu știu cuvintele potrivite să descrie ceea ce simt.”*(2) Aceasta afirmație se potrivește foarte bine cazurilor copiilor mici, de 2-4 ani. Dacă adulții își cunosc bine corpul și pot să își dea seama cu ușurință când sunt bolnavi și ce anume îi deranjează, în cazul copiilor, dacă nu vorbim despre o durere acută, febră înaltă sau un traumatism, aceștia nu realizează mereu că au o problemă. Spre exemplu e posibil să nu conștientizeze că se simt mai obosiți decât ar trebui sau că nu ar trebui să aibă cefalee zilnic. În alte cazuri, chiar dacă își dau seama că ceva nu este în regulă nu se pot exprima în cuvintele potrivite.

Un caz sugestiv în acest sens este cel al lui Florin, un pacient în vârstă de 2 ani, cunoscut cu ventricul unic și sindrom convulsiv, care a venit pe Clinica de Terapie Acută a Spitalului Clinic de Urgențe pentru Copii “Sfânta Maria”, prin transfer de la un spital din teritoriu, pentru somnolență persistentă, apetit diminuat și alterarea progresivă a stării generale. Pacientul era necooperant și răspundea greu la stimuli verbali, fiind receptiv la cei dureroși. La internare, somnolența a fost pusă pe seama medicației, pacientul aflându-se sub tratament cu fenobarbital. La 4 zile de la internare, medicul de gardă a observat prezența deficitului motor la nivelul hemicorpului drept. Investițiile ulterioare au revelat tromboză cerebrală, pacientul revenindu-și după instituirea tratamentului corespunzător.

Copiii mai mari și adolescenții ridică alt tip de probleme ce pot pune un pediatru în dificultate. Aceștia au tendința de a ascunde unele detalii despre viețile lor ce ar putea să le afecteze grav sănătatea: traumatisme în timpul sportului, consum de droguri, pastile, activitate sexuală.

Oricine și-ar dori să își dea seama când este mințit, dar uneori ne găsim în situația în care acceptăm o minciună doar pentru simplul fapt că adevărul nu poate fi demonstrat. Dacă se întâmplă ca un pacient să fabuleze la primele întrebări, el va fi prima victimă a minciunilor sale. Mulți pacienți de vârstă pediatrică nu conștientizează pe deplin gravitatea unei minciuni sau a unui element ascuns.

Un caz care se încadrează perfect acestei tipologii de pacient, implicit de eroare, a fost cel al Emei, o fetiță internată pe 16 noiembrie 2010 pe Clinica de Terapie Acută a Spitalului de Urgențe pentru Copii „Sf. Maria” din Iași. Pacienta în vârstă de 12 ani, diagnosticată la vârsta de 10 ani cu epilepsie, sub tratament cu valproat de sodiu (doza în scădere), se prezintă pentru somnolență, vertij și cefalee frontală, instalate în urmă cu aproximativ 24 ore după un conflict cu un coleg. Se internează pentru investigații și conduită terapeutică. Inițial pacienta a afirmat că nu și-a luat pastilele pentru epilepsie și de aceea se simte rău. Ulterior, confruntată cu examenele toxicologice ale probei de urina, fetița a declarat că a ingerat “câteva tablete de clonazepam (Rivotril)” din cauza conflictului cu acel coleg: “nu a mai vorbit cu mine și am vrut să mor”. Fratele ei a anunțat telefonic în jurul orei 21 faptul că, dintr-un flacon de clonazepam pe care le ia un unchi, lipsesc 11 tablete. La câteva zile de la internare, după câteva discuții prin medicul curant a reușit să își apropie pacienta, aceasta a declarat că a mai avut o tentativă de suicid

anterior, în urmă cu 2 ani când a fost în comă timp de 18 ore și a fost diagnosticată cu epilepsie, pentru care a urmat tratament specific timp de 2 ani.

### **Concluzii:**

Orice pediatru trebuie să aibă cunoștințe aprofundate în domeniul psihologiei copilului. Dragostea și devotamentul pentru copilul bolnav trebuie să fie completate de spiritul de observație, aptitudinea de comunicare cu copiii și promptitudinea în intervenția terapeutică.

Calitatea informațiilor obținute de medic în timpul consultațiilor este strâns legată de abilitatea de a pune întrebări pacientului și de a crea o relație cu el. Fiecare medic creează o atmosferă unică prin modurile sale individuale de a practica medicina.

Apariția unei noi ramuri care să se ocupe cu detectarea și cuantificarea erorilor de diagnostic este vitală, atât pentru protejarea pacientului cât și pentru evoluția medicului și a sistemului medical.

Această nevoie a dus la apariția unui raport publicat în septembrie 2015 de către Institutul de Medicină din Statele Unite ale Americii, raport care a schimbat modul de abordare al procesului de diagnostic. Echipa formată de specialiști din domeniul sănătății a subliniat importanța eficientizării colaborării dintre medici, pacienți și familiile acestora și a tras un semnal de alarmă în ceea ce privește fondurile menite să acopere nevoile uzuale ale diagnosticării. Recunoașterea greșelilor este imperios necesară pentru a îmbunătăți procesul de diagnostic. De aceea, crearea unui mediu care să asigure protecție legală este menită să încurajeze și să faciliteze raportarea erorilor aparute.

### **Bibliografie:**

1. Singh H, Thomas E, Wilson L, et al. Errors of Diagnosis in Pediatric Practice: A Multi-Site Survey. *Pediatrics* 2010; 126:70-79
2. Epstein H.. Why It's so Easy for Doctors to Misdiagnose Kids. *The Atlantic* 2015
3. Kuhn GJ. Diagnostic errors. *Academic Emergency Medicine* 2002; 7: 740-750
4. Croskerry P. Diagnostic failure: A cognitive and affective approach; *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* 2005; PubMed PMID:21249816
5. Schiff G, Hasan O. & Kim S. Diagnostic Error in Medicine: Analysis of 583 Physician-Reported Errors. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1881-7
6. Singh H. & Weingart S. Diagnostic Errors in Ambulatory Care: Dimensions and Preventive Strategies. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009; 14: 57-61
7. Balogh E, Miller B. & Ball J. Improving Diagnosis in Health Care. *The National Academy of Sciences* 2015; PubMed PMID: 26803862