

CASO CLINICO: TRATTAMENTO RADIOTERAPEUTICO AD UNA SPALLA. PAZIENTE MUORE DOPO 4 MESI PER USTIONI

Un uomo di 33 anni deve ricevere un trattamento radioterapeutico a bassa potenza alla spalla (per prevenire la recidiva di un tumore maligno già operato) in un Centro di alta attività.

La macchina THERAC-25 ha due modalità di funzionamento:

- Alta potenza (botone "X") (massima potenza, schermata)
- Bassa potenza (botone "E") (bassa potenza, non schermata)

Il tecnico preme, per errore, il botone "X", si accorge dell'errore, preme "up" per cambiare selezione e preme "E".

Il monitor indica "bassa potenza" ed il tecnico preme il tasto di attivazione.

Purtroppo la sequenza a causa di un "bug" nel software genera un errore per cui la radiazione viene erogata ad alta potenza ma non schermata.

Il paziente riceve una dose di 25,000 rads, avverte un forte bruciore e preme il pulsante di colloquio con il tecnico. Ma sia la comunicazione vocale che il controllo video sono staccati.

Il monitor indica "errore 54". Il tecnico non controlla il significato, pensa che la macchina non abbia irradiato e preme ancora il tasto di attivazione.

Il paziente riceve una 2° dose di 25,000 rads.

Ricompare il segnale "errore 54".

Il tecnico entra nella stanza e si accorge che il paziente ha ricevuto gravissime ustioni. Muore dopo 4 mesi.

La macchina aveva in passato dato falsi allarmi.

La ditta costruttrice era a conoscenza che l'errore si era verificato in altri quattro centri che usavano la stessa apparecchiatura.

- 1) Nonostante il baco della macchina quali condizioni e/o azioni avrebbero potuto evitare lo scatenarsi dell'evento avverso?
- 2) Perché il tecnico non controlla la prima volta le condizioni del paziente?
- 3) Quali azioni sono necessarie intraprendere affinché l'evento non si ripeta?

CASO 2: SOMMINISTRAZIONE DI UNA CHEMIOTERAPIA. LA PAZIENTE VA IN DIALISI

Una signora americana di 59 anni è affetta da carcinosi peritoneale da recidiva di cancro ovarico operata in passato e viene inviata dal proprio medico alla clinica universitaria di ginecologia oncologica.

Alla paziente viene proposta una strategia terapeutica aggressiva (re-intervento, colostomia, e catetere peritoneale per somministrazione locoregionale di chemioterapici.

Dopo l'intervento, uno specializzando in ginecologia oncologica prescrive la chemioterapia (cisplatino e VR-16) consigliata dal chirurgo ginecologo responsabile.

Il ginecologo aveva consigliato anche un farmaco di "protezione", il sodio tiosolfato, destinato a minimizzare o almeno ridurre gli effetti tossici della chemioterapia.

Nel redigere la prescrizione, lo specializzando sbaglia una virgola e prescrive in realtà un decimo della dose di sodio tiosolfato consigliata.

Il medico responsabile, infrangendo le regole dell'ospedale, non verifica la prescrizione e non si accorge quindi dell'errore.

Il farmacista che prepara i farmaci non è pratico di questo schema chemioterapico, non conosce il range di sodio tiosolfato e quindi non è in grado di identificare l'errore.

In corsia la prescrizione e la preparazione vengono controllate e vengono ritenute corrette e corrispondenti alla prescrizione medica.

La paziente esegue la chemioterapia e viene dimessa la mattina successiva con una funzione renale normale. Quattro giorni dopo viene ricoverata per IRA con 7,3 di creatinina. Nell'analizzare la cartella clinica precedente si rende evidente l'errore. Viene messa in dialisi e decede 18 mesi dopo per complicanze dialitiche.

- 1) Qual è l'errore scatenante l'evento avverso?
- 2) Chi poteva evitarlo? E di chi è la responsabilità?
- 3) Quali precauzioni sono necessarie intraprendere perché non si verifichi di nuovo?

CASO 3: INTERVENTO CHIRURGICO IN UN OSPEDALE UNIVERSITARIO. PAZIENTE PERDE ENTRAMBI I RENI

Un pensionato inglese di 69 anni è da tempo affetto da idronefrosi del rene sinistro ed è seguito dalla locale divisione di urologia. Per le persistenti febbri, viene consigliato di eseguire una nefrectomia che però il paziente non desidera effettuare. Dopo ulteriori e gravi episodi febbrili il paziente decide di accettare l'intervento ma preferisce sentire l'opinione di un famoso clinico urologo che lavora in un centro urologico universitario.

L'urologo lo visita e conferma l'indicazione alla nefrectomia. Il paziente accetta e chiede all'illustre clinico di operarlo. Entra in ospedale, viene preparato per l'intervento. Il giorno dell'intervento entra in sala operatoria anche uno specializzando, in quanto l'urologo titolare ha deciso di fare eseguire, sotto la sua supervisione, l'intervento.

La cartella clinica e le radiografie sono portate in sala operatoria, ma nessuno le consulta.

Inizia l'intervento di nefrectomia DESTRA, indicato come sede di idronefrosi nella scheda generale (compilata erroneamente).

Nella cartella e nel diario clinico è chiaramente indicato come sia da operare il rene SINISTRO e nelle radiografie è ben visibile qual è il rene da asportare (il SINISTRO).

Durante l'intervento, uno studente presente in sala si accorge che le radiografie sono state messe al rovescio sul visore, ed avverte l'urologo titolare, che non lo ascolta intento ad insegnare allo specializzando la tecnica operatoria. Viene eseguita una nefrectomia DESTRA.

Dopo due ore dall'intervento il paziente non urina, e nasce il dubbio dell'errore di lato, confermato da una rapida ricerca. Purtroppo il rene asportato è stato già messo in formalina. Il paziente viene rioperato e viene posto un drenaggio al rene malato. Dopo tre giorni viene asportato anche l'altro rene.

- 1) Perché le cartelle non vengono controllate prima di iniziare l'operazione?
- 2) Perché lo studente non insiste nel comunicare l'errore di cui si è accorto all'urologo?
- 3) Si tratta semplicemente di un mastodontico imperdonabile errore di distrazione?