



Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: Χρήστος Α. Ιωάννου

Ειδική Επιστήμονας: Ιωάννα Αρσενοπούλου

Αθήνα, 15 Μαΐου 2013

Αριθμ. Πρωτ.: 148402/19117/2013

Προς τον Υπουργό Υγείας
Κύριο Ανδρέα Θ. Λυκουρέντζο

ΠΟΡΙΣΜΑ

Πλημμελής νοσηλεία διαβητικού παιδιού με κατάληξη θάνατο.

Ο Συνήγορος του Πολίτη στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του κατά το άρθρο 103 § 9 του Συντάγματος και το ν.3094/2003 εξέτασε την αναφορά του κυρίου ΧΧΧΧΧΧΧ (Αρ. Φ. ΧΧΧΧΧΧΧ).και συντάσσει το παρόν πόρισμα το οποίο γνωστοποιείται, διαβιβάζεται και κοινοποιείται αρμοδίως.

Ιστορικό Υπόθεσης

Ο Συνήγορος του Πολίτη δέχθηκε καταγγελία από τον θείο (και κατόπιν και τον πατέρα) του οκτάχρονου ΧΧΧΧΧΧΧ που απεβίωσε στις 18/5/2011 στο Γενικό Νοσοκομείο ΧΧΧΧΧΧΧ. Καταγγέλλεται πλημμελής ιατρική φροντίδα, η οποία κατά τους συγγενείς ήταν η μοναδική αιτία που προκάλεσε το θάνατο του ασθενή, λίγες ώρες μετά την άφιξή του στο Νοσοκομείο. Σύμφωνα με τους συγγενείς του θανόντος που καταθέτουν την αναφορά, τα γεγονότα διαδραματίστηκαν ως εξής: Στις **17/5/2011**, στις **05.40 πμ**: Ο ασθενής εισέρχεται στα επείγοντα του Νοσοκομείου με βαριά αναπνοή, δίψα και έντονη αδιαθεσία. Είχαν προηγηθεί έμετοι τις τελευταίες 2 μέρες. Δεν υπάρχει γνωστό ιστορικό καμίας ασθένειας, παρά μόνο



πρόσφατου εμβολίου, που ακολουθήθηκε από αδιαθεσία που επιδεινωνόταν συνεχώς μέχρι τη στιγμή της άφιξης στο Νοσοκομείο. Κατά την είσοδο στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου λαμβάνεται αίμα για εξετάσεις και τοποθετείται ορός γλυκόζης στη φλέβα. Ακολουθεί ραγδαία αύξηση του σακχάρου στο αίμα. Στις **07.10 πμ**: Διαπιστώνεται η ύπαρξη αυξημένου σακχάρου (Σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι). Αφαιρείται ο ορός γλυκόζης και αρχίζει η χορήγηση ινσουλίνης. Στις **10.00 πμ**: Δίνεται εντολή από τον Διευθυντή της Παιδιατρικής κλινικής κύριο ΧΧΧΧΧΧΧΧ για διακομιδή του ασθενούς στο Νοσοκομείο Παίδων στην Αθήνα και ξεκινάει για Αθήνα με το παλιό ασθενοφόρο του Νοσοκομείου και με συνοδεία ειδικευόμενης και όχι ειδικού ιατρού. Ο ασθενής δεν είναι διασωληνωμένος και έχει επαφή με το περιβάλλον. Παρατηρούνται δυσλειτουργίες μέσα στο ασθενοφόρο και ελλιπής παροχή οξυγόνου. Ο ασθενής ξαφνικά κάνει σπασμούς και ανακοπή. Δεν υπάρχουν τα απαραίτητα φάρμακα για ανάνηψη και δεν γίνεται προσπάθεια τεχνητής αναπνοής. Ξαναγυρνάει στο νοσοκομείο και στα ΤΕΠ γίνεται επαναφορά του ασθενή σε καρδιακό ρυθμό, χωρίς όμως να ανακτήσει τις αισθήσεις του (βρίσκεται πλέον σε κωματώδη κατάσταση), οπότε διασωληνώνεται και ξαναμπάινει στο καινούργιο ασθενοφόρο με ειδικό εξοπλισμό και γιατρό αναισθησιολόγο και μεταφέρεται στην Αθήνα. Στις **18/5/2011, 03.40 πμ**: Στο Νοσοκομείο Παίδων στην Αθήνα, ο ασθενής πεθαίνει εντός λίγων ωρών στην εντατική, με αιτία θανάτου εγκεφαλικό οίδημα. **Οκτώβριος του 2011**: η ιατροδικαστική έκθεση αναφέρει ως αιτία θανάτου το «**εγκεφαλικό οίδημα λόγω διαβητικής κετοξέωσης**».

Το επόμενο διάστημα, οι συγγενείς του θανόντος, ενημερώνουν τον Διοικητή του Νοσοκομείου και ζητούν ΕΔΕ για να αποδοθούν ευθύνες και να αποφευχθεί παρόμοιο περιστατικό στο μέλλον. Στις αρχές Δεκεμβρίου του 2011 και αφού δεν έχουν πάρει απάντηση από το Διοικητή, ενημερώνουν εγγράφως τον Υπουργό Υγείας, θέτοντας συγκεκριμένα ερωτήματα για τις συνθήκες νοσηλείας του ασθενούς. Το έγγραφο παρελήφθη από τον Διευθυντή του Γραφείου Υπουργού, κύριο ΧΧΧΧΧΧΧΧ. Σε έλλειψη απάντησης τελικά, τον Ιανουάριο του 2012 κατέθεσαν έγγραφη αναφορά στο Συνήγορο του Πολίτη.

Νομικό Πλαίσιο για το δικαίωμα στην κατάλληλη περίθαλψη και την άσκηση της ιατρικής σύμφωνα με τους ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Σύμφωνα με τον **Νόμο 2071/1992, άρθρο 47, παράγραφος 1** «Ο ασθενής έχει δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του». Σύμφωνα με την **παράγραφο 2** «...η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση». Σύμφωνα δε με την **παράγραφο 8** «Ο ασθενής έχει δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων».

Σύμφωνα με τον **Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), άρθρο 2 παράγραφος 1** «Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και την ανακούφισή του από τον πόνο». Σύμφωνα με την **παράγραφο 3 του ίδιου άρθρου** «Το



ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης». Σύμφωνα με το **άρθρο 10, παράγραφος 1** «Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο γιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του». Σύμφωνα με την **παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου** «Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωση σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή». Σύμφωνα δε με την **παράγραφο 3 του ίδιου άρθρου** «Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του».

Τέλος σύμφωνα με τον **Ποινικό Κώδικα άρθρο 28** «Από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει είτε δεν πρόβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το πρόβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν»

Ενέργειες του Συνηγόρου του Πολίτη

23/1/2012: Ο Συνήγορος του Πολίτη συντάσσει και αποστέλλει έγγραφο στον Διοικητή του Νοσοκομείου XXXXXXXX, ζητώντας ενημέρωση για τις ενέργειές του, τα αποτελέσματα και τα στοιχεία που πλαισιώνουν τυχόν ΕΔΕ που θα έπρεπε ήδη να έχει διενεργηθεί. Την ίδια μέρα αποστέλλει έγγραφο και στον Διευθυντή του Γραφείου του Υπουργού Υγείας, με το οποίο ζητείται ενημέρωση για τις ενέργειες στις οποίες πιθανώς έχουν προβεί, δηλαδή το κατά πόσο έχουν δώσει εντολή στις αρμόδιες υπηρεσίες για διερεύνηση της υπόθεσης. Ζητούνται επίσης όλα τα σχετικά έγγραφα.

13/3/2012: Ο Συνήγορος λαμβάνει απάντηση από το Διευθυντή του Γραφείου Υπουργού, σύμφωνα με την οποία, από 20-12-2011 έχει δοθεί εντολή για ενέργειες προς το ΣΕΥΥΠ, την 6^η ΔΥΠΕ και τον Διοικητή του Νοσοκομείου XXXXXXXX. Επίσης ενημερώνεται ότι δόθηκε εντολή για ΕΔΕ από τον Διοικητή του Νοσοκομείου XXXXXXXX, και το πόρισμα αυτής, διαβιβάστηκε στο Υπουργείο Υγείας στις 1-2-2012. Το πόρισμα όμως δεν διαβιβάζεται προς το Συνήγορο του Πολίτη με το συγκεκριμένο έγγραφο.

14/3/2012: Η ειδική επιστήμων που χειρίζεται την υπόθεση στο Συνήγορο του Πολίτη, ζητάει από το Διευθυντή του Γραφείου του Υπουργού Υγείας (με τηλεφωνική επικοινωνία) όλα τα σχετικά με την ΕΔΕ έγγραφα.

28/3/2012: Ο Διευθυντής του Γραφείου του Υπουργού Υγείας μας κοινοποιεί το έγγραφο που προαναφέρθηκε προς τις υπηρεσίες καθώς και το έγγραφο του κυρίου XXXXXXXX με τα ερωτήματα προς τον Υπουργό Υγείας. Στο φάκελο της επιστολής εμπερικλείεται ατύπως και το αποτέλεσμα της ΕΔΕ, όπως αυτό διαβιβάστηκε από το Διοικητή της 6^{ης} ΔΥΠΕ προς το Γραφείο Υπουργού Υγείας μετά τις 1-2-2012.

31/7/2012: Ο Συνήγορος του Πολίτη αφού μελέτησε επισταμένως το πόρισμα της ΕΔΕ και αξιολόγησε αδρά τα δεδομένα του ιατρικού φακέλου που είχε στη διάθεσή του, (όπως αυτά δόθηκαν στην οικογένεια του ασθενή από το Νοσοκομείο XXXXXXXX), κατέληξε στην σύνταξη συγκεκριμένων κρίσιμων ερωτημάτων σχετικά με τις συνθήκες νοσηλείας και τη θεραπεία του



διαβητικού παιδιού και τα απέστειλε στο Νοσοκομείο Παίδων, παρακαλώντας τον Διοικητή να αναθέσει σε ειδικούς γιατρούς την απάντηση των ερωτημάτων αυτών.

5/9/2012: Ο Διοικητής του Νοσοκομείου Παίδων, διαβιβάζει στον Συνήγορο την απάντηση από τον Διευθυντή της Α' Παιδιατρικής Κλινικής που ασχολείται με σχετικά νοσήματα (Καθηγητή ΧΧΧΧΧΧΧ). Γίνεται αναφορά σε συγκεκριμένο αγγλόφωνο άρθρο-πρωτόκολλο θεραπείας της Διαβητικής Κετοξέωσης, αλλά εκ παραδρομής αυτό δεν επισυνάπτεται στο απαντητικό έγγραφο.

17/9/2012: Ο Συνήγορος του Πολίτη αποστέλλει επιστολή με την οποία ενημερώνεται ο κύριος ΧΧΧΧΧΧΧ για την εξέλιξη της υπόθεσης και για το ότι αναμένεται η σχετική αρθρογραφία, ώστε να μελετηθούν τα στοιχεία και να συνταχθεί πόρισμα.

Οκτώβριος 2012: Λαμβάνεται το σχετικό πρωτόκολλο από το Νοσοκομείο Παίδων.

Από τη μελέτη των στοιχείων του φακέλου της αναφοράς προκύπτουν οι εξής ενέργειες και η θέση της Διοίκησης για το συγκεκριμένο περιστατικό:

Κατόπιν του από 10-10-2011 αιτήματος του Διοικητή της 6^{ης} ΔΥΠΕ, διενεργήθηκε ΕΔΕ στις 16-1-2012 από τον Διευθυντή της Εντατικής Μονάδας του Νοσοκομείου ΧΧΧΧΧΧΧ, κύριο ΧΧΧΧΧΧΧ, ο οποίος εξέδωσε πόρισμα στις 17/1/2012.

Σύμφωνα με το πόρισμα της ΕΔΕ:

1. Η ώρα εισόδου του ασθενή στα ΤΕΠ δεν αναγράφεται πουθενά, αλλά δεν μπορεί να αμφισβητηθεί η ώρα που δηλώνουν οι γονείς, δηλαδή 05.40 πμ.
2. Η εντατική ενυδάτωση (με φυσιολογικό ορό 0,9%) του ασθενή άρχισε μετά τα αποτελέσματα των πρώτων βιοχημικών εξετάσεων του αίματος, που έδειξαν διαβητική κετοξέωση, με PH 7.06 και τιμή σακχάρου 633 mg/dl. Οι εξετάσεις αναγράφουν ώρα 7.04 πμ. Κατά τον κύριο ΧΧΧΧΧΧΧ είχε προηγηθεί εξέταση σακχάρου με stick στα ΤΕΠ, το οποίο είχε δείξει 435 mg/dl.
3. Στις 8.30 πμ τα stick σακχάρου έδειξαν 456 mg/dl, οπότε άρχισε η χορήγηση ινσουλίνης και 15 λεπτά αργότερα έγινε αλλαγή του ορού σε ορό σακχαρούχο, κάτι το οποίο κατά τους γιατρούς της παιδιατρικής ήταν σύμφωνο με τα διεθνή πρωτόκολλα. Ταυτόχρονα έγινε χορήγηση καλίου.
3. Στις 9.20 πμ, δύο ώρες μετά την εισαγωγή στην Παιδιατρική Κλινική, το σάκχαρο ήταν 486 και το PH 7,03. Παρόλα αυτά, θεωρήθηκε ότι το παιδί βρίσκεται σε σταθεροποιημένη κατάσταση και ότι δεν υπήρξε κλινική επιβάρυνση της υγείας του μέσα στην τρίωρη παραμονή του στο Νοσοκομείο, οπότε αποφασίστηκε η διακομιδή του στο Νοσοκομείο Παίδων της Αθήνας για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εγκεφαλικού οιδήματος κάτι που θα χρειαζόταν Εντατική Μονάδα Θεραπείας.



4. Για να συνοδεύσει τον ασθενή, κρίθηκε ότι θα αρκούσε ειδικευόμενη γιατρός, λόγω της εμπειρίας που είχε σε διακομιδές. Επίσης αναφέρεται ότι εφοδιάστηκε με τα κατάλληλα φάρμακα για τη διακομιδή.
5. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί ήταν οι ενδεδειγμένοι, βάσει διεθνών πρωτοκόλλων και στόχευαν στην πρόληψη του εγκεφαλικού οιδήματος, κατά δήλωση των εμπλεκόμενων παιδιάτρων στο Νοσοκομείο ΧΧΧΧΧΧΧ (ΧΧΧΧΧΧΧ, ΧΧΧΧΧΧΧ και ΧΧΧΧΧΧΧ).
6. Ο διενεργών την ΕΔΕ δηλώνει ότι δεν είναι ειδικός και δεν δύναται να κρίνει κατά πόσο αυτό αληθεύει, ή κατά πόσο οι θεραπευτικοί αυτοί χειρισμοί επιδείνωσαν τελικά την πορεία της νόσου. Επιφυλάσσεται επίσης για την ορθότητα της απόφασης να διακομισθεί ο ασθενής στην Αθήνα την δεδομένη χρονική στιγμή. Για αυτό **ζητάει ειδικό παιδίατρο-διαβητολόγο/ενδοκρινολόγο για εμπειριστατωμένη πραγματογνωμοσύνη.**
7. Η επιλογή του παλιού ασθενοφόρου και όχι της κινητής μονάδας, έγινε διότι ο ασθενής δεν ήταν αιμοδυναμικά ασταθής, ούτε διασωληνωμένος. Κρίνεται ότι ακόμα και αν είχε χρησιμοποιηθεί η κινητή μονάδα που είναι καλύτερα εξοπλισμένη, το αποτέλεσμα θα ήταν το ίδιο, διότι κατά δήλωση της συνοδού ιατρού θα έκανε ακριβώς τις ίδιες ενέργειες.
8. Δεν υπήρξαν προβλήματα οξυγόνωσης κατά τις δηλώσεις της ειδικευόμενης συνοδού ιατρού κυρίας ΧΧΧΧΧΧΧ και των οδηγών των ασθενοφόρων, αλλά ο διενεργών την ΕΔΕ κρίνει ότι υπήρξε πρόβλημα λίγο πριν την επιστροφή στα ΤΕΠ.
9. Κρίνεται επαρκής η συνοδεία από την ειδικευόμενη, διότι μπόρεσε και διέκρινε την βαρύτητα του περιστατικού (!) και αποφάσισε να γυρίσει στα ΤΕΠ.
10. Το ασθενοφόρο ξεκίνησε με τον ασθενή για την Αθήνα στις 9.40 πμ έχοντας ΡΗ 7,035. Ταυτόχρονα κρίθηκε σταθερός και κατάλληλος για διακομιδή.
11. Μέσα στο ασθενοφόρο το παιδί είχε καλή οξυγόνωση (sat 99%), παρά ταύτα, η γιατρός αποφάσισε να χορηγήσει οξυγόνο, αλλά λόγω μυϊκής αδυναμίας δεν τα κατάφερε για κάποια δευτερόλεπτα.
12. Πριν επιστρέψει ο ασθενής ξανά στα ΤΕΠ, είχε ήδη εμφανίσει μυδρίαση, μείωση των καρδιακών ρυθμών αλλά όχι ασυστολία, για αυτό το λόγο δεν άρχισαν οι καρδιακές μαλάξεις και τα σχετικά φάρμακα.
13. Δεν αμφισβητείται ότι η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε ραγδαία μέσα σε 10-15 λεπτά από την αναχώρηση. Αυτό αποδίδεται στην υπάρχουσα μεταβολική οξέωση και στην ταχεία εγκατάσταση εγκεφαλικού οιδήματος. Ο διενεργών την ΕΔΕ θεωρεί όμως ότι αυτό θα συνέβαινε ακόμα κι αν ο ασθενής δεν είχε διακομισθεί. **Επιφυλάσσεται όμως για το αν οι θεραπευτικοί χειρισμοί μέχρι το σημείο αυτό ήταν οι ενδεδειγμένοι. Στο σημείο αυτό ζητάει ξανά πραγματογνωμοσύνη από ειδικό παιδίατρο διαβητολόγο/ενδοκρινολόγο.**
14. Στα ΤΕΠ ο ασθενής ανέκτησε καρδιακό ρυθμό. Πιθανολογείται από τον διενεργούντα την ΕΔΕ ότι ο καρδιακός ρυθμός είχε χαθεί λίγο πριν την είσοδο στην πόρτα του Νοσοκομείου. Η συνοδεύουσα γιατρός δήλωσε ότι δεν προέβη σε καρδιακές μαλάξεις διότι ήταν πολύ κοντά στο Νοσοκομείο.
15. Τελικό συμπέρασμα της ΕΔΕ είναι ότι ο κύριος υπεύθυνος για την παραλαβή και διαχείριση του περιστατικού ήταν ο κύριος ΧΧΧΧΧΧΧ, ότι πρέπει να απαντηθούν τα ερωτήματα περί της καταλληλότητας της θεραπευτικής αγωγής μέσα στο νοσοκομείο, περί της ορθότητας της απόφασης να διακομισθεί ο ασθενής και ότι για όλους τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους δεν προκύπτει ευθύνη λαθών ή παραλείψεων.



Το ανωτέρω πόρισμα διαβιβάστηκε στις 17/1/2012 στον Υποδιοικητή της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, κύριο XXXXXXXX. Στις 12/2/2012 διαβιβάζεται στο γραφείο Υφυπουργού Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με εμπιστευτικό έγγραφο (Αρ. Πρωτ. 14/1-2-2012). Στις 8/3/2012, επιβεβαιώθηκε από τον Διευθυντή του Γραφείου του Υπουργού ότι παρελήφθη το συγκεκριμένο πόρισμα, χωρίς να αναφέρονται όμως περαιτέρω ενέργειες εκ μέρους του Υπουργείου. Στις 28/3/2012, κοινοποιείται στο Συνήγορο του Πολίτη από το γραφείο του Υπουργού Υγείας έγγραφο με ημερομηνία 20/12//2011 με το οποίο δίνεται εντολή για ενέργειες διερεύνησης της καταγγελίας προς την 6^η ΔΥΠΕ, το Διοικητή του Νοσοκομείου XXXXXXXX καθώς και το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Σε τηλεφωνική επικοινωνία με την ειδική επιστήμονα του Συνηγόρου του Πολίτη στις 26/3/2013, ο χειριστής της υπόθεσης στο ΣΕΥΥΠ, κύριος XXXXXXXX (τηλ XXXXXXXX), ανέφερε ότι το ΣΕΥΥΠ δεν έχει εκδώσει κανένα πόρισμα, λόγω της καθυστέρησης της 6^{ης} ΔΥΠΕ να ορίσει ειδικό παιδίατρο-ενδοκρινολόγο πραγματογνώμονα, για να αποφανθεί για την καταλληλότητα της θεραπείας και της διακομιδής. Ο κύριος XXXXXXXX δεν είχε λάβει απάντηση στα έγγραφα του προς την ΔΥΠΕ για το θέμα αυτό, ούτε για το αν μέχρι σήμερα έχει οριστεί ειδικός πραγματογνώμονας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ιατρικού φακέλου όπως δόθηκε στην οικογένεια:

Από το **Νοσοκομείο XXXXXXXX**, στο **πρόχειρο χειρόγραφο σημείωμα** που επισυνάπτεται στο ιστορικό διακομιδής και υπογράφει ο κύριος XXXXXXXX αναγράφεται ότι: Στα ΤΕΠ ο ασθενής εμφανίσθηκε με ήπια αφυδάτωση, Dextro stick 435 mg/dl, Αρτηριακή Πίεση 127/99 mmHg, και σφύξεις 123/min. Η εντατική χορήγηση υγρών άρχισε στις 7.30 πμ. Στις 8.30πμ η γλυκόζη με Dextro stick ήταν 496mg/dl (και όχι 456 που αναφέρει το πόρισμα της ΕΔΕ) και άρχισε η χορήγηση ινσουλίνης 0,1ml/kg (100 ml N/S+20 IU Actrapid). Στις 8.45πμ αναγράφεται S:(2+1) με 7ml KCL 10% με ρυθμό χορήγησης 170 μικροσταγόνες/min. Επίσης αναγράφεται ένδειξη E/E γλυκόζη ορού 594mg/dl. Σε **επόμενο φύλλο** που συμπληρώνεται μετά την ανακοπή, μεταξύ άλλων αναγράφεται ότι ο ασθενής διασωληνώθηκε στις 10.30πμ και ότι μετά από 15 λεπτά ΚΑΡΠΑ ανέκτησε τον καρδιακό του ρυθμό. Οι σημειώσεις είναι κακογραμμένες και δεν φαίνονται καθαρά. Ωστόσο διακρίνεται η χορήγηση ατροπίνης και αδρεναλίνης. Δεν διακρίνεται πουθενά χορήγηση μαννιτόλης. **Στο εξιτήριο** αναγράφεται η τελική διάγνωση: Διαβητική Κετοξέωση και Διακομιδή σε Νοσοκομείο της Αθήνας και έκβαση: Στάσιμη. Στο Φύλλο Ιστορικού του Ασθενούς παρατηρούμε ότι έχουν γίνει διορθώσεις ως προς την ώρα στο κάτω μέρος της σελίδας και ως προς τον ρυθμό χορήγησης υγρών (250 ml/h). Από τα **αποτελέσματα των εξετάσεων** όπως αυτές υπάρχουν μέσα το φάκελο φαίνεται ότι υπάρχει καρδιογράφημα που αναγράφεται χειρόγραφα η ώρα 11.15πμ. Υπάρχουν βιοχημικές εξετάσεις με αποστολέα το ΤΕΠ-Παιδιατρικό με τιμή γλυκόζης 594 mg/dl (δεν αναφέρεται ώρα), γενική εξέταση αίματος (ώρα 07.04πμ) που φαίνεται αιματοκρίτης 42,6% και λευκοκυττάρωση, βιοχημικές εξετάσεις με αποστολέα Παιδιατρική με τιμή γλυκόζης 633 mg/dl και υπονατρίαμια 124 mEq/L. Στις 11,06 πμ, υπάρχουν καινούργιες εξετάσεις αίματος με αιματοκρίτη 36,6 %. Μετά την ανακοπή, στις 10.41πμ, το PH αίματος ήταν 6,6, στις 11.00πμ ήταν 6,7 και στις 11.31πμ ήταν 6,5.



Επίσης υπάρχουν **αρχεία από το Νοσοκομείο Παίδων**, στο οποίο διακομίστηκε ο ασθενής όταν ήταν ήδη σε κώμα, τα οποία όμως δεν ενδιαφέρουν τα ερωτήματα τα οποία έχουν τεθεί στην υπόθεση. Αξίζει μόνο να αναφερθεί ότι κατά την είσοδο στο Νοσοκομείο Παίδων στις 2.30 μμ στις 17/5/2011 καταγράφεται η γλυκόζη ορού στα 373mg/dl, ότι ο ασθενής ήταν χωρίς καταστολή, με διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη αναπνοής, χωρίς αντανακλαστικά, με μυδρίαση, και ότι αμέσως τέθηκε σε καταστολή και δόθηκε υπέρτονο διάλυμα NaCl για την αντιμετώπιση του εγκεφαλικού οιδήματος. Σε ιατρικό σημείωμα της ιατρού του Νοσοκομείου Παίδων κυρίας XXXXXXX, αναφέρεται ότι στις 4.00 μμ η γλυκόζη ήταν 335, Na 139 και K 3,8.

Γενικά αποδεκτοί και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης

Οι γενικοί και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής (**Νόμος 3418/2005, άρθρο 2, παρ. 3 και άρθρο 10, παρ. 1**), είναι γνωστό ότι ορίζονται παγκοσμίως και επικαιροποιούνται συχνά από τις ιατρικές επιστημονικές εταιρίες ειδικοτήτων, ειδικά στις χώρες που ηγούνται στην έρευνα στην ιατρική επιστήμη. Αυτοί οι κανόνες- οδηγίες (guidelines) βασίζονται κυρίως σε επιστημονικά συγγράμματα (κλινικές μελέτες, ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις, κλπ), σε υψηλού κύρους ιατρικά επιστημονικά περιοδικά. Τέτοιοι κανόνες είναι και τα ενδεδειγμένα πρωτοκόλλα θεραπείας για κάθε χρόνια ή επείγουσα νόσο. Λόγω της μεγάλης εξάπλωσης της Αγγλικής γλώσσας στην επιστήμη της ιατρικής, όλα τα ανωτέρω εκδίδονται σε αγγλόφωνα περιοδικά. Επομένως, όλοι οι γιατροί που ασκούν ιατρική, οι οποίοι εκ του Νόμου έχουν υποχρέωση δια βίου συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής (**Νόμος 3218/2005, άρθρο 10, παρ. 1**), οφείλουν εκ του Νόμου να ασκούν το λειτούργημά τους σύμφωνα με τους Γενικούς και Ισχύοντες Κανόνες της ιατρικής επιστήμης, εφαρμόζοντας τα πρωτόκολλα αυτά, και ειδικά στις περιπτώσεις όπου άμεσα απειλείται η ζωή του ασθενούς, όπως ήταν η περίπτωση του μικρού XXXXXXX.

Για λεπτομερέστερη ενημέρωση του Συνηγόρου του Πολίτη και μετά από ερώτημα προς το Νοσοκομείο Παίδων, υποδεικνύεται από τους ειδικούς γιατρούς του Νοσοκομείου συγκεκριμένο πρωτόκολλο θεραπείας της Διαβητικής Κετοξέωσης που εμπεριέχεται σε ιατρικό άρθρο-βιβλιογραφική επισκόπηση του 2010, στην αγγλική γλώσσα: **“the management of diabetic ketoacidosis in children”**. Το κείμενο μελετήθηκε με προσοχή, μεταφράστηκε από το αγγλικό κείμενο και εντοπίστηκαν τα κρίσιμα σημεία που ενδιαφέρουν την υπόθεση, τα οποία ακολουθούν μεταφρασμένα στα ελληνικά. Σε κρίσιμα σημεία, υποσημειώνεται και το πρωτότυπο κείμενο.

«Η θεραπεία της Διαβητικής Κετοξέωσης στα παιδιά»¹:

«...Η πιο συχνή επιπλοκή της Διαβητικής Κετοξέωσης είναι το εγκεφαλικό οίδημα. Η Διαβητική Κετοξέωση στους πρωτοεμφανιζόμενους παιδιατρικούς διαβητικούς ασθενείς μπορεί να φθάσει το 70%. Η Διαβητική Κετοξέωση ορίζεται βιοχημικά όταν το PH αίματος

¹ Rosenbloom AL. “The management of Diabetic Ketoacidosis in Children”. Review. Diabetes Ther 2010; 1(2): 103-120



είναι μικρότερο του 7,3 και η βαρύτητά της καθορίζεται από το βαθμό οξύτητας: ήπια (όταν το PH είναι ανάμεσα στο 7,3 και 7,2), μέτρια (PH ανάμεσα σε 7,2 και 7,1) και βαριά (PH μικρότερο από 7,1)².

Η συχνότητα της Διαβητικής Κετοξέωσης που παρουσιάζεται στους πρωτο-εμφανιζόμενους ασθενείς με διαβήτη, είναι αντιστρόφως ανάλογη με το επίπεδο επαγρύπνησης που υπάρχει και διαφοροποιείται στην Ευρώπη από 11-67%. Μάλιστα δεν είναι ασυνήθιστο, αδιάγνωστοι (ως διαβητικοί) ασθενείς να επισκέπτονται είτε ιδιωτικά ιατρεία είτε τμήματα επειγόντων σε Νοσοκομεία, χωρίς να διαγιγνώσκονται πριν εγκατασταθεί σοβαρή Διαβητική Κετοξέωση, ακριβώς επειδή δεν ελήφθη επαρκές ιατρικό ιστορικό και δεν έγιναν οι κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις³.

Η επιτυχής θεραπεία και η έγκαιρη παρέμβαση για τις επιπλοκές απαιτεί στενή παρακολούθηση και μετρήσεις σε κάρτα ασθενούς που θα πρέπει να ενημερώνεται για όλα τα σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς. Η ελάχιστη καταγραφή- παρακολούθηση θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και νευρολογικό έλεγχο κάθε ώρα, γλυκόζη ορού κάθε ώρα, αέρια αίματος κάθε δύο ώρες, όπως και Νάτριο, Κάλιο, και ιονισμένο ασβέστιο, μαγνήσιο και φώσφορο κάθε 4 ώρες, βασικό μεταβολικό προφίλ στην εισαγωγή (και μετά κάθε πρωί). Ανάλογα με την τιμή Καλίου κατά την εισαγωγή, είναι πιθανό να χρειάζεται πιο συχνή (κάθε ώρα) παρακολούθηση του καλίου και καταγραφή ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Επίσης χρειάζεται πιο συχνή παρακολούθηση των νευρολογικών και ζωτικών σημείων αν υπάρχει αμφιβολία για την νευρολογική και διανοητική κατάσταση του ασθενούς⁴.

Αρχικά πρέπει να γίνει εξέταση αίματος για γλυκόζη, ηλεκτρολύτες, PH, ουρία, άζωτο, κρεατινίνη, οσμωτικότητα, κετόνες, αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη. Η λευκοκυττάρωση συνδέεται με την διαβητική κετοξέωση. Μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης πρέπει να γίνει για να δούμε τη βαρύτητα της υπεργλυκαιμίας σε πρωτοεμφανιζόμενους διαβητικούς ασθενείς. Ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι απαραίτητο για την διάγνωση της κατάστασης καλίου: Σε βαριά υποκαλιαιμία, υπάρχει έντονο κύμα U στην απαγωγή II⁵.

² "...the most common complication of DKA is cerebral edema (CE). DKA at the time of diagnosis of pediatric diabetes can be up to 70%. DKA is biochemically defined as PH<7,3. The severity is determined by the degree of acidosis: mild (PH between 7,3 and 7,2), moderate (PH between 7,2 and 7,1 and severe (PH <7,1 and bicarbonate <5 mmol/L)".

³ "The frequency of new-onset diabetes presenting as DKA correlates inversely with the level of awareness and varies in Europe from 11-67%. It is not uncommon for previously undiagnosed patients to have been seen in physicians' offices or emergency rooms, without adequate history and laboratory study that could have made the diagnosis before they became critically ill".

⁴ "Successful management and early intervention for complication requires close monitoring. A flow chart should be maintained to document all relevant incidents regarding the patient's condition. Minimal monitoring frequency recommendations include vital signs and neurologic checks hourly; blood glucose hourly; venous blood gasses every 2 hours; Na, K and ionized calcium every 2 hours; magnesium and phosphorous every 4 hours; basic metabolic profile at admission and then every morning. Even more frequent measurements for K (every hour) may be indicated, along with electrocardiogram monitoring, depending on the initial K value, or more frequent neurologic and vital signs checks if there is a concern about the patient's mental status".

⁵ "Initial venous blood sample should be tested for glucose, electrolytes, PH, urea, nitrogen, creatinine, osmolality, ketones, hemoglobin, and hematocrit. DKA is associated with leukocytosis.



Η θεραπεία πρέπει να γίνεται σε νοσηλευτικά κέντρα που έχουν την επαρκή εμπειρία και όπου τα ζωτικά σημεία μπορούν να παρακολουθούνται ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές. Η χορήγηση υγρών πρέπει να προηγείται της χορήγησης ινσουλίνης κατά 1-2 ώρες. Αυτές τις πρώτες 1-2 ώρες πρέπει να χορηγηθεί αρχική δόση 10-20 ml/kg ορού 0,9% με χλωριούχο νάτριο. Το κάλιο πρέπει να διορθωθεί και να χορηγηθεί γρήγορα. Η συντήρηση των υγρών πρέπει να συνεχίσει με 0,45% φυσιολογικό ορό, και όχι με 0,9% ορό, διότι μπορεί να καταλήξει σε υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση. 5% γλυκόζη θα πρέπει να προστεθεί στα ενδοφλέβια υγρά, μόνο όταν η γλυκόζη πλάσματος πέσει στα 300 mg/dl. Κ μπορεί να δοθεί ...αν το Κ ορού είναι μικρότερο από 6 mmol/L⁶.

Ινσουλίνη πρέπει να αρχίσει να χορηγείται μετά από την αρχική αποκατάσταση του όγκου των υγρών, μέσω αντλίας (0,1 U/Kg/ώρα:: 50 μονάδες σε 50 ml, για να δίνουν 1 U/ml). Ταχεία εφάπαξ έγχυση δεν ενδείκνυται να γίνει, διότι αυξάνει την πιθανότητα για εγκεφαλικό οίδημα. Από μόνη της η αποκατάσταση του όγκου των υγρών και εξαιτίας του φαινομένου της αραίωσης θα έχει αποτέλεσμα να κατεβεί η γλυκόζη ορού κατά 180-270 mg/dl. Με την χορήγηση ινσουλίνης στην αντλία, η μείωση της γλυκόζης ορού θα πρέπει να είναι 50-150 mg/dl, αλλά όχι μεγαλύτερη από 200 mg/dl. Αν η γλυκόζη ορού πέσει κάτω από 150 mg/dl, πρέπει να δοθεί ορός με 10% δεξτρόζη. Η ινσουλίνη πρέπει να χορηγείται αδιάλειπτα, για να προληφθεί η κέτωση και για να γίνεται συνεχής αναβολισμός⁷.

Το εγκεφαλικό οίδημα είναι μια πολύ σοβαρή επιπλοκή, η οποία απαιτεί προσεκτική νευρολογική παρακολούθηση καθώς και συνεχή καταγραφή των ζωτικών σημείων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο η συχνότητα εμφάνισης του εγκεφαλικού οιδήματος στους καινούργιους ασθενείς είναι 1,2% και στους ήδη γνωστούς διαβητικούς ασθενείς είναι 0,4% (μέσος όρος 0,7%). Στην Αυστραλία η συχνότητα είναι μεγαλύτερη. 4,3% στους καινούργιους ασθενείς και 1,3% στους ήδη γνωστούς ασθενείς (μέσος όρος 2%) και στη Βόρεια Αμερική μέσος όρος 0,9%. Στον Καναδά, και συγκεκριμένα για παιδιά μικρότερα των 16 ετών που έπασχαν από Διαβητική Κετοξέωση, μόνο το 0.51% εμφάνισε εγκεφαλικό οίδημα. Παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό οίδημα είναι η ηλικία κάτω από 5 ετών και η μεγάλη συγκέντρωση αζώτου ουρίας στον ορό. Συνδέεται με αποτυχία του Νατρίου να αυξηθεί κατάλληλα κατά τη διάρκεια

Glycohemoglobin (HbA1c) should provide information about the severity of hyperglycemia in newly diagnosed patients. Electrocardiographic monitoring should be done for K status". In severe hypokalemia there is prominent U-wave in II lead. Severely ill patients should have continuous electrocardiographic monitoring using standard lead II".

⁶ "Management should be in centers with experience and where vital signs can be monitored with sufficient frequency to prevent complications. Fluid infusion should precede insulin administration by 1-2 hours. The first 1-2 hours, initial bolus of 10-20 ml/kg of 0.9% of sodium chloride (saline) should be provided. Potassium must be replaced early. Maintenance should be continued with 0,45% saline and not with 0,9% saline, because this may result in hyperchloremic metabolic acidosis. 5% glucose should be added to the IV fluid only when the plasma glucose falls to 300 mg/dl. K can be provided as half KCL and half KPO4 or as half KPO4 and half K acetate after serum K is <6mmol/L".

⁷ "Insulin should be started after initial volume expansion in a pump (0,1 U/Kg/h). Fifty U in 50ml, to provide 1 unit/ml. Bolus dose is not indicated and may increase the risk of CE. Fluid expansion alone, will have a dilutional effect, lowering high blood glucose levels by 180-270 mg/dl. With insulin infusion the rate of glucose decline should be 50-150 mg/dl, but not >200 mg/dl. If the blood glucose falls below 150 mg/dl, 10% dextrose solution should be given. Insulin should not be stopped and a continuous supply is needed to prevent ketosis and permit continued anabolism".



θεραπείας για κετοξέωση. Ωστόσο υπάρχει έλλειψη στοιχείων που να συνδέουν τον όγκο ή την τονικότητα των υγρών ή τον ρυθμό αλλαγής της γλυκόζης ορού με την εμφάνιση εγκεφαλικού οιδήματος.

Η διάγνωση στα αρχικά στάδια εμφάνισης εγκεφαλικού οιδήματος είναι κρίσιμη για την μετέπειτα πορεία. Βελτίωση έχει παρατηρηθεί μόνο με την άμεση χορήγηση μαννιτόλης (1 g/kg σε 20 λεπτά, αμέσως μόλις υπάρξει η υποψία για εγκεφαλικό οίδημα και πριν από την αναπνευστική ανακοπή) και αν δεν υπάρξει βελτίωση, χορήγηση υπέρτονου φυσιολογικού ορού 3%.

Συμπερασματικά η έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής κετοξέωσης και η χρήση γενετικών και ανοσολογικών μεθόδων για έλεγχο σε παιδιά υψηλού κινδύνου είναι τεράστιας σημασίας. Στην Ιταλία για παράδειγμα, τέτοιες μέθοδοι μείωσαν τη νόσο από 78% σε 0% μέσα σε 6 χρόνια, σε παιδιά από 6-14 ετών.

Εκτός από το συγκεκριμένο πρόσφατο κείμενο, και **παλαιότερες οδηγίες για την Διαβητική Κετοξέωση στα παιδιά** (πχ BSPED Recommended DKA Guidelines 2009⁸, 2007 ISPAD guidelines⁹ και ESPE/LWPES consensus statement on diabetic ketoacidosis in children and adolescents¹⁰) κινούνταν προς την ίδια κατεύθυνση, με μικρές διαφοροποιήσεις. Όλες όμως τόνιζαν την επικινδυνότητα της κατάστασης στα παιδιά και την ανάγκη για στενή παρακολούθηση, την άμεση χορήγηση φυσιολογικού ορού και αργότερα ινσουλίνης, καθώς και την ανάγκη για άμεση παρέμβαση σε υποψία εγκεφαλικού οιδήματος είτε με μαννιτόλη, είτε με υπέρτονο ορό.

Κρίσιμα ερωτήματα

Ο Συνήγορος του Πολίτη, αφού εξέτασε με λεπτομέρεια τα στοιχεία της αναφοράς και τις θέσεις της Διοίκησης όπως προκύπτουν από τα έγγραφα του φακέλου, πριν ακόμα μελετήσει το πρωτόκολλο θεραπείας της Διαβητικής Κετοξέωσης που εστάλη από το Νοσοκομείο Παίδων είχε καταλήξει στα κρίσιμα ζητήματα της υπόθεσης που θα έπρεπε να ερευνηθούν:

1. Τι έγινε από την ώρα που εισήλθε ο ασθενής στα ΤΕΠ στις 5.40 το πρωί και τι μεσολάβησε από την ώρα που το stick σακχάρου έδειξε 435 μέχρι την ώρα που οι πρώτες αιματολογικές εξετάσεις έδειξαν 633; Συγκεκριμένα τίθεται το ερώτημα αν έγινε άμεσα η σωστή ενυδάτωση-θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης ή χάθηκε κρίσιμος χρόνος και πολύ περισσότερο αν αντί για φυσιολογικό ορό 0,9% δόθηκε ορός γλυκόζης, όπως οι συγγενείς υποστηρίζουν στην αναφορά.

⁸ <http://www.bsped.org.uk/clinical/docs/DKAGuideline.pdf>

⁹ International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. Pediatric Diabetes, 2007; 8: 28-43

¹⁰ Archives of Disease in Childhood, 2004; 89: 188-194



2. Ποια ήταν η ώρα που πράγματι άρχισε σωστή ενυδάτωση και χορήγηση ινσουλίνης; Μετά από την ενέργεια αυτή ήταν πράγματι ο ασθενής σε κατάσταση για διακομιδή (με ΡΗ αίματος 7,03, γλυκόζη 594 και υπονατρίαemia), ή θα έπρεπε να είχε προβλεφθεί ότι ο ασθενής ήταν στα πρόθυρα θανατηφόρου εγκεφαλικού οιδήματος, οπότε έπρεπε να είχε κρατηθεί για νοσηλεία στην Παιδιατρική κλινική μέχρι να ξεφύγει από τον κίνδυνο;

3. Από τη στιγμή που αποφασίστηκε η διακομιδή, πόσο κατάλληλη ήταν επιλογή να μην χρησιμοποιηθεί το καινούργιο εξοπλισμένο με μηχανήματα ασθενοφόρο που διαθέτει το Νοσοκομείο, αλλά το παλιό ασθενοφόρο (χωρίς δυνατότητα ανάνηψης σε περίπτωση επικίνδυνου συμβάντος) και με συνοδεία όχι ειδικού, αλλά ειδικευμένης ιατρού;

Η γνώμη των ειδικών γιατρών του Νοσοκομείου Παίδων

Για το σκοπό αυτό, όπως προαναφέρθηκε και για συμπληρωματική βοήθεια στην αξιολόγηση των στοιχείων που διέθετε, συνέταξε σύντομη επιστολή με ερωτήματα και τα απέστειλε στο Νοσοκομείο Παίδων, ώστε να απαντηθούν από τους ειδικούς παιδίατρος στο Διαβήτη. Στα ερωτήματα αυτά ο Συνήγορος του Πολίτη έλαβε τις εξής απαντήσεις:

1. Η μεγάλη αύξηση της γλυκόζης του ορού σε 1 ώρα και 15 λεπτά μπορεί να οφείλεται στη νόσο αυτή καθ' αυτή **αλλά και στη χορήγηση ορού γλυκόζης**. Η ενδεικνυόμενη ενέργεια θα ήταν να έχει χορηγηθεί **γρήγορα ορός 0,9% NaCl** και μετά **0,45% NaCl** και 5% γλυκόζης ταυτόχρονα με τη χορήγηση ινσουλίνης. 2. **Οι αιτίες των σπασμών είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές** (υπο- ή υπερ-νατρίαemia), εγκεφαλικό οίδημα και υποκαλιαemia. Ωστόσο, οι δύο τελευταίες συχνές επιπλοκές όταν δεν συνοδεύονται και από ηλεκτρολυτικές διαταραχές δεν οδηγούν σε σπασμούς, αλλά απευθείας στο θάνατο χωρίς να προηγούνται σπασμοί. 3. Σε βαριά κατάσταση του ασθενή, ενδείκνυται **νοσηλεία σε Νοσοκομείο και θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης και όχι διακομιδή**.

Διαπιστώσεις του Συνηγούρου του Πολίτη

Οι διαπιστώσεις που ακολουθούν προκύπτουν με βάση τα πραγματικά περιστατικά, το πρωτόκολλο θεραπείας της Διαβητικής Κετοξέωσης που παρατίθεται πιο πάνω και την γνώμη του Καθ. XXXXXXX σε σχέση με τα ερωτήματα που θέσαμε:

1. Ο ασθενής παρουσιάστηκε στο Νοσοκομείο XXXXXXX στις 17/5/2011, στις 5.40πμ, με **βαριά Διαβητική Κετοξέωση**, η οποία αποδεικνύεται εκτός από την κλινική εικόνα του βαρέως πάσχοντος παιδιού, κυρίως από το γεγονός ότι το ΡΗ αίματος κατά την είσοδο ήταν 7.06 (σύμφωνα με το παραπάνω πρωτόκολλο, όταν το ΡΗ αίματος είναι κάτω από 7,1 χαρακτηρίζεται βαριά).



2. Οι ενδεδειγμένοι χειρισμοί στις πρώτες 2 ώρες (δηλαδή μέχρι τις 7.40πμ) θα ήταν να θεραπευθεί άμεσα η αφυδάτωση του ασθενή με ταχεία χορήγηση υγρών, η οποία θα προκαλούσε και αυτόματη μείωση της τιμής της γλυκόζης ορού. Δηλαδή θα έπρεπε **αμέσως** να μετρηθεί η γλυκόζη ορού καθώς και το Κάλιο, Νάτριο, Μαγνήσιο, Ασβέστιο και Φώσφορος ορού, και ταχέως να του χορηγηθούν γρήγορα συγκεκριμένα υγρά (0,9% φυσιολογικός ορός 220-440 ml σύνολο και μετά ορός 0,45% για την αποφυγή υπερχλωραιμικής μεταβολικής οξέωσης και επιδείνωσης της κατάστασης). **Από τα δεδομένα που έχουμε, διαπιστώνουμε ότι ενώ στα ΤΕΠ έγινε η εξέταση για γλυκόζη με stick, η οποία έδειξε 435 mg/dl, τιμή που θα έπρεπε αμέσως να σημάνει συναγερμό, είτε δεν έγινε καμία ενέργεια, είτε έγινε βλαπτική ενέργεια, χορηγώντας ορό με γλυκόζη. Συγκεκριμένα δεν έγινε ταχεία χορήγηση φυσιολογικού ορού όπως επιβάλλεται. Αν είχε γίνει, από μόνη της η χορήγηση υγρών θα κατέβαζε τη γλυκόζη ορού κατά 180-270 mg/dl, εξαιτίας της αραίωσης του αίματος λόγω των χορηγουμένων υγρών. Θα έπρεπε λοιπόν ο ασθενής μέσα στις πρώτες δύο ώρες από την προσέλευση στο Νοσοκομείο να έχει γλυκόζη 180-270 mg/dl (κατά μέσο όρο περίπου 225 mg/dl) μικρότερη από την γλυκόζη με την οποία εισήλθε στο Νοσοκομείο. Δηλαδή $435 - 225 = 210^{11}$, τιμή που πλησιάζει στο φυσιολογικό όριο. Όμως ο ασθενής όχι μόνο δεν μείωσε, αλλά αύξησε την τιμή της γλυκόζης ορού μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα (κάτω της μίας ώρας), από 435 σε 633 mg/dl. Υπάρχει λοιπόν πολύ σοβαρή ένδειξη ότι πράγματι, όπως αναφέρουν οι συγγενείς, όχι μόνο δεν χορηγήθηκε ταχέως φυσιολογικός ορός, αλλά έγινε χορήγηση ορού γλυκόζης, ο οποίος επιδείνωσε την κατάσταση της γλυκόζης αίματος. Η ταχεία χορήγηση υγρών (αν έγινε), έγινε σίγουρα μετά τις 7.30πμ, αφού είχαν χαθεί τουλάχιστον 2 πολύτιμες ώρες, αν οι σημειώσεις αναγράφουν την πραγματική ώρα, με δεδομένο ότι είναι διορθωμένες ως προς την ώρα και την ποσότητα υγρών ανά λεπτό, όπως ήδη προαναφέρθηκε.**

3. Θα έπρεπε να παρακολουθούνται στενά η γλυκόζη ορού, και ανά μια ώρα να γίνονται μετρήσεις της, καθώς και οι ανωτέρω ηλεκτρολύτες και αέρια αίματος (μετρήσεις ανά μία έως 4 ώρες). Θα έπρεπε να είχε γίνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, οι αλλαγές του οποίου σχετίζονται με την κατάσταση του Καλίου στον ορό, για να διαγνωστεί τυχόν βαριά υποκαλιαιμία (από την ύπαρξη έντονου κύματος U στην απαγωγή II). Θα έπρεπε να είχε μετρηθεί η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη για να διαπιστωθεί η βαρύτητα της υπεργλυκαιμίας, αφού επρόκειτο για πρωτοεμφανιζόμενο διαβητικό ασθενή. Τέλος ήταν απολύτως απαραίτητη η μέτρηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς καθώς και νευρολογικός έλεγχος ανά ώρα ή και πιο συχνά, ανάλογα με τη βαρύτητα του ασθενή. **Στα ΤΕΠ δεν υπάρχει πουθενά καταγραφή για οποιαδήποτε εξέταση, ζωτικό σημείο, νευρολογικό σημείο ή ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ένα μοναδικό καρδιογράφημα που υπάρχει, φαίνεται να έχει έντονο κύμα U και έχει χειρόγραφη σημείωση 11.15πμ, δηλαδή ελήφθη μετά την ανακοπή. Διαπιστώνουμε ότι κατά την είσοδο του ασθενή και για πάνω από μία ώρα δεν έγιναν οι απαραίτητες μετρήσεις που θα καθόριζαν με ακρίβεια το βαθμό βαρύτητας του περιστατικού. Ακόμα και μετά την διάγνωση ότι ο ασθενής έπασχε από Διαβήτη τύπου I, δεν άρχισε η εντατική μέτρηση και καταγραφή σε ειδική φόρμα, όλων των προαναφερομένων παραμέτρων, ώστε να παρακολουθείται στενά η πορεία και η βαρύτητα της νόσου.**

¹¹ Το ανώτερο φυσιολογικό όριο είναι 115mg/dl.



4. Κατά την είσοδο του παιδιού στα ΤΕΠ και μόλις είχε μετρηθεί η γλυκόζη και το Κάλιο, και ταυτόχρονα με τη χορήγηση υγρών θα έπρεπε αν το Κάλιο ήταν κάτω από 6 mmol/L να διορθωθεί και να χορηγηθεί **γρήγορα** Κάλιο, το μισό σε μορφή KCL και το μισό σε KPO₄. **Αποδεικνύεται ότι δεν χορηγήθηκε Κάλιο πριν από τις 8.45πμ. Η μοναδική εξέταση που υπάρχει για Κάλιο είναι μετά τις 7.30πμ που έγινε εισαγωγή στην παιδιατρική (τιμή Καλίου 5,1). Κάλιο χορηγήθηκε όπως φαίνεται από τις σημειώσεις μετά τις 8.30πμ (3 ώρες μετά την είσοδο στα ΤΕΠ). Παρατηρούμε επιπλέον ότι υπήρξε υπονατριαιμία (τιμή Νατρίου 124) πριν τη διακομιδή, χωρίς να αναφέρεται ή να αποδεικνύεται προσπάθεια διόρθωσης. Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές του ασθενούς που προφανώς υπήρχαν πριν από τη διακομιδή θα μπορούσε να είναι μια πιθανή αιτία των σπασμών που αναφέρει η οικογένεια λίγο αφού ξεκίνησε το ασθενοφόρο.¹²**

5. Ινσουλίνη θα έπρεπε να αρχίσει να χορηγείται μετά από την αρχική αποκατάσταση του όγκου των υγρών. Η ποσότητα της ινσουλίνης θα έπρεπε να είναι 0,1 μονάδα/κιλό/ώρα. Δηλαδή για τον συγκεκριμένο ασθενή (που ζύγιζε 22κιλά) 2,2 μονάδες/ώρα. **Στα έγγραφα αναγράφεται ότι δόθηκε 0,1 ml/kg/ώρα από ορό που περιείχε 20 μονάδες ινσουλίνης στα 100 ml, δηλαδή 0,2 μονάδες/ml. Στο 0,1 ml υπήρχαν 0,02 μονάδες ινσουλίνης. Οι 0,02 μονάδες/Kg/ώρα, είναι 0,44 μονάδες/ώρα, δηλαδή 5 φορές μικρότερο από την προβλεπόμενη σύμφωνα με το πρωτόκολλο θεραπείας δόση των 2,2 μονάδων/ώρα. Αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και εξέτασης από ειδικούς, ώστε να αποσαφηνιστεί αν δόθηκε η σωστή ποσότητα ινσουλίνης πριν την αναχώρηση από το Νοσοκομείο προς το ασθενοφόρο.** Ταυτόχρονα με τη χορήγηση ινσουλίνης, και μόνο όταν η γλυκόζη πλάσματος υποχωρούσε κάτω από τα 300 mg/dl, θα έπρεπε να προστεθεί ορός 5% γλυκόζης στα ενδοφλέβια υγρά. **Σε όλα τα στοιχεία του φακέλου και στην ΕΔΕ δεν εμφανίζεται πουθενά η γλυκόζη να έχει πέσει σε αυτή την τιμή. Όμως, στο πόρισμα της ΕΔΕ αναφέρεται ότι στις 8.45πμ δόθηκε ορός με γλυκόζη, όταν άρχισε η χορήγηση ινσουλίνης. Αν όμως πράγματι δόθηκε ινσουλίνη σε πολύ μικρότερη ποσότητα, τότε αυτό σε συνδυασμό με τη χορήγηση ορού γλυκόζης, μπορεί να ανέβασε κι άλλο την τιμή της γλυκόζης στον ορό. Πράγματι, σημειώνεται μια τιμή γλυκόζης 594 mg/dl, μετά την σημείωση της έναρξης ινσουλίνης στις 8.45πμ και αφού είχε ήδη προηγηθεί μικρότερη τιμή γλυκόζης ορού.**

6. Εγκεφαλικό οίδημα είναι η σοβαρότερη επιπλοκή της Διαβητικής Κετοξέωσης και ευτυχώς πολύ σπάνια: Η συχνότητα εμφάνισης είναι πολύ μικρή για τους γνωστούς διαβητικούς ασθενείς και λίγο μεγαλύτερη για τους πρωτοεμφανιζόμενους ασθενείς (της τάξης του 1,2% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 4,3% στην Αυστραλία και 0,5% στον Καναδά σε παιδιά που έπασχαν από Διαβητική Κετοξέωση). Παράγοντες κινδύνου αποτελεί η μικρή ηλικία (μικρότερη των 5 ετών) και υψηλή ουρία (ή όταν είναι δυνατόν να μετρηθεί άζωτο ουρίας) στον ορό. **Ο ασθενής ήταν 8 ετών, δηλαδή έξω από την επικίνδυνη για εγκεφαλικό οίδημα ηλικία, και ζούσε σε Ευρωπαϊκό κράτος. Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα ο κίνδυνος να πάθει εγκεφαλικό οίδημα ήταν εξ ορισμού ελάχιστος (κάτω από 1,2-4,3%). Προσήρθε στο Νοσοκομείο σε κατάσταση που το επίπεδο συνείδησης και η γενική του κατάσταση δεν προδιέθεταν αρχικά σε αυτόν τον κίνδυνο, και με ουρία που δεν ήταν ιδιαίτερα**

¹² Βλέπε και απάντηση Καθ. XXXXXX περί αιτίας σπασμών στη Διαβητική Κετοξέωση.



υψηλή. Αν και οι ακριβείς αιτίες για το ποια παιδιά τελικά εμφανίζουν εγκεφαλικό οίδημα δεν είναι ακόμα γνωστές και υπάρχει έλλειψη στοιχείων που να το συνδέουν με ιατρογενείς αιτίες ¹³, δεν μπορεί καθόλου να αποκλειστεί η πιθανότητα ότι οι ιατρικοί χειρισμοί συνέβαλαν προς την κατεύθυνση αυτή. Η θεραπεία του εγκεφαλικού οιδήματος, το οποίο συνδυάζεται με πολύ υψηλή θνητότητα, είναι μόνο η ταχεία χορήγηση μαννιτόλης ή υπέρτονου ορού, πριν συμβεί η αναπνευστική ανακοπή. **Τίποτα από τα δύο δεν αναφέρεται να έγινε, ούτε αναγράφεται στις σημειώσεις, μέχρι το σημείο που ήταν πολύ αργά ήδη, όταν δηλαδή ο ασθενής εισήχθη στην εντατική μονάδα του Νοσοκομείου Παίδων, όπου και έγινε η χορήγηση υπέρτονου διαλύματος, όπως έπρεπε.**

7. Σε καμία περίπτωση δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί σταθερή, ασφαλής ή στάσιμη (όπως αναγράφεται στο εξιτήριο) η κατάσταση του ασθενή, ώστε να επιλεγεί να διακομισθεί με παλιό ασθενοφόρο, χωρίς συνοδεία ειδικών γιατρών. Το PH αίματος συνέχιζε να πέφτει σε πολύ επικίνδυνα όρια, η τιμή της γλυκόζης ανεβοκατέβαινε και δεν είχε σταθεροποιηθεί σε αποδεκτά επίπεδα και υπήρχε υπονατριαιμία που δεν διορθώθηκε. Πιθανώς να υπήρχε και υποκαλιαιμία, όπως φαίνεται αργότερα στο καρδιογράφημα. **Υπήρχε λοιπόν πολύ αυξημένος κίνδυνος ο ασθενής να παρουσίαζε σοβαρή επιπλοκή κατά την διακομιδή.** Προφανώς, το επιχείρημα της ΕΔΕ ότι η ειδικευόμενη γιατρός ήταν επαρκής διότι διαπίστωσε την κρισιμότητα την κατάστασης και γύρισε πίσω, **δεν μπορεί να ευσταθεί**, διότι ο καθένας θα μπορούσε να διαπιστώσει την κρισιμότητα της κατάστασης ενός ασθενή, ο οποίος έκανε σπασμούς και αναπνευστική και καρδιακή ανακοπή. Για παράδειγμα η μητέρα του παιδιού που το συνόδευε, κατάλαβε πολύ καλά την κρισιμότητα της κατάστασης χωρίς να είναι γιατρός.

8. Υπάρχουν λοιπόν σοβαρές ενδείξεις ότι η αντίδραση του ιατρικού προσωπικού του Νοσοκομείου, με κύριο υπεύθυνο τον Διευθυντή της Παιδιατρικής Κλινικής, ήταν **έξω από τους ενδεδειγμένους χρόνους, χειρισμούς και πρωτόκολλα θεραπειάς** για την αντιμετώπιση της Διαβητικής Κετοξέωσης. Αυτό συνεπάγεται ότι η περίπτωση του 8χρονου ασθενή XXXXXXXX στην XXXXXXXX, μπορεί να θεωρηθεί ένας **θάνατος που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί** (avoidable death σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία) αν είχαν γίνει έγκαιρα και σωστά οι ενέργειες που ορίζονται. Τίθεται προφανώς θέμα **μη εφαρμογής των προαναφερόμενων νομικών διατάξεων περί άσκησης της ιατρικής σύμφωνα με τα σύγχρονα πρωτόκολλα θεραπειάς** και ερωτηματικά περί **πιθανής ιατρικής αμέλειας**, που θα πρέπει να απαντηθούν.

9. Από την πλευρά της, η **Διοίκηση της ΔΥΠΕ**, στην οποία παραπέμφθηκε η υπόθεση για ορισμό ειδικού πραγματογνώμονα, δεν γνωστοποίησε μέχρι σήμερα καμία ενέργειά της προς την κατεύθυνση της απάντησης των ερωτηματικών που έθετε η ΕΔΕ, ούτε στην οικογένεια του θανόντος, ούτε στο ΣΕΥΥΠ που διερευνά την υπόθεση, οπότε βγαίνει αβίαστα το συμπέρασμα ότι **δεν προέβη μέχρι σήμερα στον ορισμό ειδικού γιατρού**. Όπως έχουμε επισημάνει και σε προηγούμενό μας πόρισμα το 2004, **«Διερεύνηση Καταγγελιών**

¹³Rosenbloom AL. "The management of Diabetic Ketoacidosis in Children". Review. Diabetes Ther 2010; 1(2): 103-120



Ασθενών- Πειθαρχική Ευθύνη Ιατρών», η παράλειψη σωστής διερεύνησης των καταγγελιών των πολιτών οδηγεί σε **αδυναμία ουσιαστικής αναζήτησης των προβλημάτων λειτουργίας και αναβολή λήψης των κατάλληλων μέτρων** ώστε να αποφευχθούν παρόμοια περιστατικά στο μέλλον. Στο συγκεκριμένο πόρισμα μεταξύ άλλων είχαμε προτείνει την επανεξέταση του συστήματος διαχείρισης καταγγελιών από τα νοσοκομεία, την **εξασφάλιση διαδικαστικών εγγυήσεων αντικειμενικότητας και αμεροληψίας** στην έρευνα καθώς και την **ανάθεση ΕΔΕ που αφορούν το ιατρικό προσωπικό σε υπαλλήλους-ιατρούς διαφορετικών νοσοκομείων από το εμπλεκόμενο**¹⁴. Στο συγκεκριμένο πόρισμα, δεν είχε υπάρξει ανταπόκριση από το Υπουργείο Υγείας και θεωρήθηκε ότι έλαβε αρνητική στάση, αφού και μετά από υπομνηστικό μας έγγραφο το 2006, εξακολούθησε να μην ανταποκρίνεται. **Διαπιστώνεται δυστυχώς, ότι μέχρι σήμερα δεν έχουν σημειωθεί βήματα προόδου στον τρόπο διερεύνησης των καταγγελιών στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας, ο οποίος παραμένει αναποτελεσματικός και δεν καταλήγει στον εντοπισμό των προβλημάτων και τη διόρθωσή τους, ώστε να υπάρξει ουσιαστικό όφελος των χρηστών των Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας.**

10. Τέλος, θα πρέπει να τονισθεί ότι σε Εθνικό Επίπεδο, είναι φανερό ότι η **εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των γιατρών** στα Νοσοκομεία της περιφέρειας και στα σχολεία έχει τεράστια σημασία για την **πρόληψη της Διαβητικής Κετοξέωσης** στα παιδιά. Προγράμματα προληπτικών εξετάσεων (screening) παιδιών υψηλού κινδύνου, μπορούν να αποδώσουν τεράστιο όφελος, κυριολεκτικά μηδενίζοντας το ποσοστό εμφάνισης και τους συνεπαγόμενους θανάτους από Διαβητική Κετοξέωση, όπως ο θάνατος του συγκεκριμένου ανήλικου ασθενή. Το παράδειγμα της Ιταλίας με το **«Ιταλικό Πρόγραμμα Επαγρύπνησης Σχολείων και Γιατρών»**¹⁵ αποτελεί ένα παράδειγμα που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί και στην Ελλάδα. Η Ιταλία με αυτό το πρόγραμμα μείωσε την εμφάνιση Διαβητικής Κετοξέωσης σε παιδιά από 6-14 ετών σε 0% μέσα σε 6 χρόνια εφαρμογής προληπτικών εξετάσεων σε παιδιά υψηλού κινδύνου.

Προτάσεις

Προτείνεται στον Υπουργό Υγείας:

- Να ορίσει ειδικούς γιατρούς ώστε να **διερευνηθεί άμεσα η καταλληλότητα των χειρισμών (ιατρικών και διοικητικών) στο Νοσοκομείο XXXXXXXX και στην αρμόδια ΔΥΠΕ** πριν την αναπνευστική και καρδιακή ανακοπή του XXXXXXXX τις πρώτες πρωινές ώρες στις 17/5/2011 αλλά και μετά την καταγγελία του συμβάντος από τους συγγενείς και να αποδοθούν οι ευθύνες που πιθανόν αναλογούν.

¹⁴ <http://www.synigoros.gr> Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας. ΠΟΡΙΣΜΑ «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΙΑΤΡΩΝ» Νοέμβριος 2004.

¹⁵ **“The Italian School and Physician Awareness Program”** at: World Diabetes Day. DKA Awareness. Available at: <http://www.worlddiabetesday.org/DKA>. Accessed December 1, 2010.



- Να επανεξετάσει τη δυνατότητα του Υπουργείου να βελτιώσει γενικότερα τις διαδικασίες διερεύνησης καταγγελιών στα Δημόσια Νοσοκομεία καθώς και τις πειθαρχικές διαδικασίες απόδοσης ευθυνών, λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις που εκφράσαμε και σε προηγούμενο σχετικό πόρισμα που προαναφέρεται.
- Εκτός από την ήδη παγκοσμίως καθιερωμένη Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη στις 14 Νοεμβρίου, να καθιερώσει σε ένδειξη τιμής στο νεκρό XXXXXXXX την **18η Μαΐου** (ημέρα του θανάτου του), ως επιπλέον **ημέρα επαγρύπνησης για την Περιφέρεια**, διοργανώνοντας ημερίδες εκπαίδευσης **για τον Πρωτοεμφανιζόμενο Παιδικό Διαβήτη**, στο ιατρικό προσωπικό των περιφερειακών Νοσοκομείων της χώρας, με σκοπό την ευρύτερη εξοικείωση με τη νόσο και τις σοβαρές επιπλοκές της.
- Τέλος, σε συνέχεια των ήδη διατυπωμένων προτάσεων του Συνηγόρου του Πολίτη προς τα συναρμόδια Υπουργεία με θέμα **«τα δικαιώματα των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη στην εκπαίδευση»** (Α.Π 139082/7092/2012, 22.2.2012), και **σε συνεργασία με τον Υπουργό Παιδείας, Θρησκευμάτων, Πολιτισμού και Αθλητισμού**, να συντονίσει την από κοινού δράση για την ενημέρωση στα σχολεία και την ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών, των γονέων και των ίδιων των μαθητών για την **πρόληψη του παιδικού και νεανικού διαβήτη** καθώς και για την ορθή αντιμετώπιση των θεραπευτικών αναγκών και των ενδεχομένων **ειδικών προβλημάτων των μαθητών που πάσχουν από διαβήτη**.

Η Συνήγορος του Πολίτη

Καλλιόπη Σπανού

Κοινοποίηση

XXXXXXXXXXXXX