

**Magdalena Okłota, Anna Niemcunowicz-Janica, Iwona Ptaszyńska-Sarosiek,
Janusz Zafuski**

Stwierdzenie zgonu u żywego człowieka – opis przypadku*

Declaration of death in a living individual – a case report

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik: dr hab. n. med. A. Niemcunowicz-Janica

Rozpoznanie śmierci człowieka jest diagnozą medyczną, która pociąga za sobą cały szereg skutków prawnych. Zgon może stwierdzić lekarz na podstawie sumiennie, osobiście wykonanych badań i ustaleń. Stwierdzenie śmierci zwalnia lekarza z obowiązku udzielenia pomocy i ratowania życia. W sytuacjach nieprawidłowego rozpoznania śmierci zaniechane zostaje udzielenie niezbędnej pomocy i dochodzi do spotęgowania zagrożenia życia. Nieprawidłowe rozpoznanie śmierci u żywej kobiety stanowiło podstawę przyjęcia błędnego, niezgodnego z aktualnie obowiązującymi standardami medycznymi, postępowania lekarskiego.

Declaration of death in a human being is a medical diagnosis, which results in numerous legal consequences. The demise of an individual can only be recognized by a doctor on the basis of a conscientious, personally conducted examination. Declaration of death releases a doctor from the obligation to rescue and save the individual's life. In the case of an incorrect death declaration, necessary aid is neglected by omission and the threat to human life is increased. Incorrect declaration of death in a living woman provided the basis for adopting an erroneous, contrary to current medical standards in force, management strategy.

Słowa kluczowe: zgon, błąd medyczny
Key words: death, medical error

WSTĘP

W 2009 roku w Zakładzie Medycyny Sądowej w Białymstoku, na podstawie materiałów dowodowych zgromadzonych w aktach sprawy przez wymiar sprawiedliwości, sporządzono opinię dotyczącą prawidłowości postępowania lekarza karetki pogotowia, który stwierdził zgon u żywej kobiety. Celem opinii była ocena czy postępowanie lekarza naraziło pacjentkę na skutki określone w art. 160 k.k.

Opis przypadku

80-letnia kobieta od kilku lat pozostawała pod opieką męża, była leżąca. Pogłębiało się jej wyniszczenie i osłabienie, co tłumaczono jej starszym wiekiem. Nie była leczona specjalistycznie. W okresie poprzedzającym zdarzenie zalecono hospitalizację chorej, celem przeprowadzenia właściwej diagnostyki. Rodzina nie zgadzała się na umieszczenie kobiety w oddziale szpitalnym, tłumacząc odmowę jej złym stanem higienicznym. W czerwcu 2009 roku, w godzinach wczesnorannych 80-letnia kobieta spadła z łóżka na podłogę. Małżonek wraz z sąsiadem przetransportowali ją ponownie na łóżko i okryli kołdrą. Czowała się wówczas dobrze, miała zachowane czynności życiowe. Nieco później mąż zauważył, iż pogorszył się kontakt z pokrzywdzoną. Zaniepokojony poprosił sąsiadów o telefoniczne wezwanie karetki pogotowia. Dyspozytor pogotowia przyjął wezwanie, a jako powód w karcie wyjazdu

* Poszerzona wersja plakatu przedstawionego podczas XV Zjazdu Naukowego PTMSiK, Gdańsk 16-18.09.2010 r.

karetki zapisał „utrata przytomności”. Do miejsca zamieszkania chorej została skierowana karetka reanimacyjna z obsadą ratowniczą w składzie: lekarz, pielęgniarka, sanitariusz i kierowca. Załoga karetki po przybyciu do miejsca wezwania przystąpiła do oceny stanu chorej. Lekarz w badaniu przedmiotowym stwierdził, iż starsza kobieta znajdowała się w bardzo złych warunkach sanitarno-higienicznych, leżała w brudnej pościeli, chodziły po niej muchy. Podczas badania rozpoznano skrajne wyniszczenie pacjentki, określone jako „skóra i kości”. W okolicy otworów oddechowych znajdowały się liczne muchy. Lekarz badający nie stwierdził oznak życia. Skóra chorej była blada, woskowa. Według relacji badającego obecne było stężenie mięśni, szerokie sztywne źrenice, mętne rogówki. Nie stwierdzono tętna na tętnicy szyjnej. W trakcie osłuchiwania klatki piersiowej nie stwierdzono szmerów oddechowych ani czynności serca. W karetce reanimacyjnej znajdował się defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Istniały możliwości do poszerzenia diagnostyki i prowadzenia resuscytacji. Powyższe ustalenia stały się podstawą rozpoznania śmierci kobiety. Lekarz karetki pogotowia wystawił kartę informacyjną, z którą rodzina udała się do pobliskiego ośrodka zdrowia. Inny lekarz na podstawie karty informacyjnej wystawił kartę zgonu, gdzie jako przyczynę śmierci we wszystkich trzech rubrykach wpisał starość. Dalsze czynności zmierzające do pochówku przebiegały bez zakłóceń. Kobieta została uznana za zmarłą a jej ciało powierzono pracownikom domu pogrzebowego.

Pracownicy firmy pogrzebowej wyznaczonej do organizacji pochówku, około godz. 14.00 w trakcie przekładania pokrzywdzonej z łóżka do foliowego worka stwierdzili, iż miała ona otwarte oczy, usta, chodziły po niej muchy, ważyła nie więcej niż 30 kg, była jeszcze ciepła i przykryta pierzyną, nie dawała oznak życia. Kobieta w zamkniętym foliowym worku została przetransportowana do kostnicy przyszpitalnej. Jeden z pracowników po przybyciu do kostnicy zauważył kilkakrotne poruszenie się worka. Po otwarciu zamka stwierdzono, iż „uznana za zmarłą” oddycha. Niezwłocznie zawiadomiono lekarza dyżurnego, który jednoznacznie stwierdził, iż kobieta nie jest martwa.

Pacjentka została przeniesiona do Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie przy przyjęciu stwierdzono: bardzo ciężki stan ogólny, przymroczenie, odwodnienie, wyniszczenie, tachykardię 100/min, nieoznaczalne ciśnienie tętnicze, szmer skurczowy nad sercem, tachypnoe, osłabiony szmer pęcherzykowy nad polami płucnymi, słabą

reakcję na bodźce bólowe. Badający chorą neurolog rozpoznał niedowład połowiczny prawostronny. W pierwszych dobach hospitalizacji nawracały częstoskurcze komorowe, rzadziej nadkomorowe ze spadkiem ciśnienia do 80 mmHg. W wyniku przeprowadzonych badań rozpoznano nadczynność tarczycy. Po zastosowaniu tyreostatyku i β bloкера częstoskurcze ustąpiły.

Podczas hospitalizacji zastosowano nawodnienie dożylnie, antybiotykoterapię, dopaminę, piracetam, hydrokortyzon, heparynę drobnocząsteczkową. Uzyskano poprawę stanu chorej.

Pacjentkę wypisano pod opiekę rodziny z rozpoznaniem: *Miażdżyca uogólniona. Miażdżycowe zwyrodnienie mięśnia sercowego w okresie niewydolności krążenia (NYHA III). Niedowład prawostronny. Nadciśnienie tętnicze. Częstoskurcz komorowy nawracający. Nadczynność tarczycy. Cukrzyca typu 2 leczona dietą, wyrównana. Infekcja układu moczowego. Niedokrwistość z niedoboru Wit. B12. Lewoboczne skrzywienie kręgosłupa. Wyniszczenie.*

Analiza materiału dowodowego pozwoliła na przyjęcie, iż postępowanie diagnostyczne lekarza pogotowia było nieprawidłowe. Stwierdzone niepewne znamiona śmierci nie stanowiły pewnych podstaw do rozpoznania zgonu. Obligowały lekarza do pogłębienia diagnostyki i obowiązku ratowania życia pacjenta.

Błędne rozpoznanie śmierci, mogło przyczynić się do pogorszenia pierwotnie złego stanu zdrowia chorej. Było przyczyną nie udzielenia pomocy pacjentce przez zespół pogotowia. Spowodowało około 8 godzinne opóźnienie w udzieleniu właściwej pomocy medycznej. Wykorzystanie przez lekarza wszystkich metod diagnostycznych, którymi dysponował jak: monitoring pracy serca, oznaczenie ciśnienia tętniczego i dokładne wnikliwe zbadanie przedmiotowe chorej oraz dobrze zebrany wywiad od męża uchroniłoby lekarza przed nieprawidłowym rozpoznaniem śmierci u żywego pacjenta.

Opiniujący zespół biegłych przyjął, że zaniechanie w udzieleniu pomocy przez lekarza pogotowia naraziło chorą na skutki określone w art. 160 k.k.

OMÓWIENIE

...Śmierci tak potrzeba uczyć się jak życia...

Leopold Staff

Artykuł 43 Ustawy o zawodzie lekarza reguluje problem stwierdzenia zgonu. W rozumieniu tego artykułu zgon może stwierdzić lekarz, na

podstawie „osobiście wykonanych badań i ustaleń” [1]. Art. 11 Ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych mówi, iż zgon i jego przyczyna powinny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie, a w razie niemożności stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę [2]. Osobę uznaje się za zmarłą w sposób nie budzący wątpliwości wówczas, gdy stwierdza się jedno z pewnych znamion śmierci. Najwięcej trudności przysparza rozpoznanie śmierci w pierwszych kilku godzinach od zatrzymania krążenia do pojawienia się plam opadowych i stężenia pośmiertnego. W tych sytuacjach ocena stanu klinicznego pacjenta rutynowymi metodami często bywa niewystarczająca do pewnego uznania osoby za zmarłą. Stwierdzenie braku czynności oddechowej, tętna na dużych tętnicach, sinicy, szerokich źrenic, oziębienia dystalnych części kończyn nie daje podstaw do jednoznacznego rozpoznania śmierci. Stan taki, przy braku wykształconych znamion śmierci, obliuguje lekarza do wdrożenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz pogłębienia diagnostyki o ocenę elektrokardiograficzną pracy serca, oznaczenie ciśnienia krwi, saturacji [3]. We wszystkich przypadkach podejrzenia zatrzymania krążenia i oddychania bez wykształconych znamion śmierci, lekarz ma obowiązek jak najszybszego wdrożenia czynności ratujących życie [4, 5]. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji krążeniowo-oddechowej w zakresie uniwersalnego algorytmu ALS wskazują, iż u pacjentów areaktywnych z klinicznymi objawami ustania krążenia i oddychania, należy udrożnić drogi oddechowe, poszukiwać oznak życia, rozpocząć resuscytację i prowadzić ją do momentu podłączenia defibrylatora/kardiomonitora. Kolejnymi etapami są ocena i monitoring pracy serca oraz decyzja o dalszych działaniach ratowniczych stosowna do stanu ogólnego chorego [6]. Zatem w sytuacjach niepewnych, trudnych diagnostycznie, posiłkowanie się specjalistycznym sprzętem, jakim dysponują załogi pogotowia ratunkowego w ocenie oznak życia jest zasadne i zalecane. Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 roku, określa kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia, poprzedzającego pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepiania. Nieodwracalne zatrzymanie krążenia u osoby dorosłej można rozpoznać po 20 minutowej prawidłowo prowa-

dzonej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, podczas której obserwowana jest asystolia bądź rozkojarzenie elektromechaniczne. Asystolia lub rozkojarzenie elektromechaniczne oraz brak spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych muszą utrzymywać się nieprzerwanie przez okres obserwacji trwającej, co najmniej 5 minut po zakończeniu nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej [7]. Takie postępowanie przy ustalaniu rozpoznania jakim jest śmierć człowieka byłoby właściwe także w innych sytuacjach pozatransplantacyjnych.

Błędy w przypadkach stwierdzania zgonu z reguły spowodowane są opieraniem rozpoznania lekarskiego na niepewnych znamionach śmierci jak: brak tętna, oddechu, ochłodzenie ciała, bledność powłok, brak reakcji źrenic na światło [8]. W opisanym przypadku w chwili zaniechania w udzieleniu specjalistycznej pomocy medycznej pacjentka żyła, zatem doszło do narażenia dobra chronionego prawem czyli jej życia [9].

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku, tekst. jed. Dz.U.05.226. poz.152, art. 43. (<http://isip.sejm.gov.pl>).
2. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych, Dz.U. 00.23.295, art. 11 oraz rozporządzenie MZiOS z dnia 3 sierpnia 1961 roku w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny. Dz.U.61.39.202 – § 3.
3. Kamiński B., Kublera A.: Anestezjologia i intensywna terapia. PZWL. 2002., 12, 212-224.
4. Ball Ch., Phillips R.: Medycyna stanów nagłych. Oxford Med. Know. 2002. 149-157.
5. Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P.: Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej. Wydawnictwo prawnicze LexisNexis. 2004., 51, 121-128.
6. Wytyczne 2005 Resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Kraków 2005. 43-99.
7. Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 roku (<http://www.mz.gov.pl>).
8. Skrzydło W.: Komentarz do art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] W. W. Skrzydło. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Zakamycze, 2002.
9. Jurek T., Świętek B., Drozd R.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach błędnego rozpoznania zgonu. Arch. Med. Sąd. Kryminol. 2007, 57(4), 416-419.