



archiwum medycyny sądowej i kryminologii

Praca oryginalna
Original paper

Magdalena E. Kusior¹, Karina Polak¹, Nadia Sajuk¹, Szymon Kłaptocz¹, Michał Knapik¹, Joanna Rypel¹, Tomasz Konopka²

Analiza opinii sądowo-lekarskich w sprawach karnych w przypadkach podejrzenia błędu medycznego w zakresie położnictwa wydanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 2010–2016

Analysis of forensic medical opinions issued in criminal cases of alleged medical error in obstetrics at the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College, in 2010–2016

¹Studenckie Koło Naukowe Medycyny Sądowej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska

²Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, Polska

¹Student Scientific Circle of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

²Chair and Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

Streszczenie

Cel pracy: Analiza opinii sądowo-lekarskich sporządzonych w Zakładzie Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w zakresie położnictwa w latach 2010–2016 pod kątem oceny, jak zmieniła się na przestrzeni lat liczba wnoszonych spraw o błąd medyczny, w jakich sytuacjach pacjentki podejrzewają popełnienie błędu medycznego oraz jakie są najczęstsze błędy medyczne w zakresie położnictwa.

Materiał i metody: Opinie podzielono na dwie grupy. W pierwszej postępowanie lekarskie było prawidłowe, a w drugiej stwierdzono popełnienie błędu medycznego. Błędy medyczne sklasyfikowano jako diagnostyczno-terapeutyczne, techniczne i organizacyjne. Za skutki popełnionych błędów medycznych uznano zgon, uszczerbek na zdrowiu, narażenie na zgon i narażenie na uszczerbek na zdrowiu, rozpatrując je osobno dla położnic oraz płodów i noworodków (w pierwszych dobach życia).

Wyniki: Przeanalizowano 73 opinie sądowo-lekarskie. W 25 przypadkach stwierdzono zaistnienie błędu medycznego. Wyszczególniono najczęściej powtarzające się sytuacje, w których doszło do popełnienia błędu medycznego oraz w których podejrzenie błędu okazało się nieuzasadnione. Stwierdzono 17 błędów diagnostyczno-terapeutycznych, 7 organizacyjnych i 4 techniczne. W sprawach, w których stwierdzono błąd medyczny, doszło ogółem do 15 zgonów, a w sprawach bez znamion błędu lekarskiego – łącznie 31 zgonów.

Wnioski: W 66% analizowanych opinii nie stwierdzono błędu medycznego. W większości tych przypadków wystąpiło niepowodzenie terapeutyczne, m.in. krwotok okołoporodowy, ciasne owinięcie szyi płodu pępowiną, poród przedwczesny, powikłania septyczne. W kilku przypadkach stwierdzono brak współpracy położnic. Najczęściej popełnia-

nym błędem medycznym było zaniechanie bądź opóźnienie wykonania cięcia cesarskiego mimo istniejących wskazań (pilnych lub nagłych). Na drugim miejscu uplasowała się nieprawidłowa interpretacja zapisu KTG.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, położnictwo, opiniowanie sądowo-lekarskie.

Abstract

Aim of the study: Analysis of forensic medical opinions in the field of obstetrics prepared at the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College in Krakow, in 2010–2016, in order to evaluate changes in the number of filed cases involving an alleged medical error over the years, and determine the most common situations where medical errors are suspected by patients, and the most prevalent types of medical errors in obstetrics.

Material and methods: The opinions were divided into two groups. In the first group, the medical management was appropriate, while in the second group medical errors were identified. The medical errors were categorised as diagnostic/therapeutic, technical, and organisational. The effects of medical errors were classified as death, impairment to health, exposure to death, and exposure to impairment to health, by considering them separately for post-natal women, and for foetuses and neonates (during the first days of life).

Results: A total of 73 forensic medical opinions were analysed. In 25 cases, a medical error was identified. The most common situations in which a medical error was committed, and in which the suspicion of medical error proved to be unfounded, were listed. Overall, there were 17 diagnostic/therapeutic errors, 7 organisational errors, and 4 technical errors. In cases where a medical error was identified, there were 15 deaths, and in cases without a medical error – 31 deaths.

Conclusions: It was found that 66% of the analysed forensic medical opinions involved no medical errors. In most of these cases, a therapeutic failure occurred, including perinatal haemorrhage, tight wrapping of the umbilical cord around the foetal neck (nuchal cord), premature birth, and septic complications. A few cases involved uncooperative patients. The most prevalent medical error was failure to perform or delaying a caesarean section when it was needed (because of emergency or urgent indications). The second most common medical error was related to incorrect CTG interpretation.

Key words: medical error, obstetrics, medico-legal expert opinions.

Wstęp

W ostatnich latach zwiększyła się liczba wnoszonych spraw o błąd medyczny [1, 2]. W związku ze wzrostem świadomości społeczeństwa, a także licznymi przekazami medialnymi, które często przedstawiają środowisko medyczne w negatywnym świetle, wzrasta liczba zgłaszanych spraw dotyczących błędu medycznego zarówno w ramach postępowania karnego, jak i cywilnego [1, 2]. Wśród nich przeważają specjalizacje zabiegowe, takie jak chirurgia i ginekologia z położnictwem [3, 4]. W świetle intensywnego rozwoju technologii diagnostyczno-terapeutycznych, które powinny sprzyjać poprawie jakości świadczeń medycznych, to zaskakująca i niepokojąca tendencja. Obecnie odsetek stwierdzonych błędów medycznych w stosunku do wnoszonych spraw waha się na poziomie 20–33% [4–6], aczkolwiek wartość ta może się nieco różnić pomiędzy poszczególnymi ośrodkami sporządzającymi opinie.

Introduction

The number of filed cases alleging a medical error has risen in recent years [1, 2]. In view of increasing public awareness, as well as growing media reports which portray the medical community in a negative light, the number of both criminal and civil cases of alleged medical error has been on a rise [1, 2]. The majority of medical error cases involve operative medical specialties such as surgery, and obstetrics and gynaecology [3, 4]. Given the dynamic advances in diagnostic and therapeutic technologies which should contribute to improvements in the quality of medical services, this is both a surprising and alarming trend. At present, the percentage of identified medical errors in relation to the number of filed cases ranges from 20 to 33% [4–6], though the value may vary slightly across different centres preparing forensic medical opinions.

Cel pracy

Celem pracy była analiza opinii sądowo-lekarskich sporządzonych w Zakładzie Medycyny Sądowej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (CMUJ) dotyczących prawidłowości postępowania lekarskiego w zakresie położnictwa w latach 2010–2016.

Materiał i metody

Analizie poddano wszystkie opinie sądowo-lekarskie z zakresu położnictwa sporządzone w Zakładzie Medycyny Sądowej CMUJ w latach 2010–2016. Praca nie obejmuje natomiast wyroków, jakie ostatecznie zapadły w analizowanych sprawach, ponieważ takie opracowanie stanie się przedmiotem osobnego artykułu.

Opinie przeanalizowano, biorąc pod uwagę:

- w jakim odsetku przypadków stwierdzono zaistnienie błędu medycznego,
- w jakich sytuacjach klinicznych wnoszono zastrzeżenia dotyczące prawidłowości postępowania lekarskiego,
- jakie błędy medyczne popełniono najczęściej.

Przypadki obejmowały prowadzenie ciąży, porodu i bezpośredni okres okołoporodowy i dotyczyły stanu zdrowia oraz powikłań, jakie wystąpiły u położnic, płodów i noworodków. W analizie uwzględniono powyższy podział.

Wśród zebranych opinii sądowo-lekarskich wyróżniono dwie grupy: przypadki, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe oraz przypadki, gdzie stwierdzono popełnienie błędu medycznego. W obu grupach wyszczególniono najczęściej powtarzające się sytuacje kliniczne.

Błędy medyczne sklasyfikowano jako diagnostyczno-terapeutyczne, techniczne i organizacyjne. Skutki popełnionych błędów sklasyfikowano zgodnie z art. 160, art. 156 i art. 157 Kodeksu karnego (k.k.), rozpatrując je osobno dla położnic oraz płodów i noworodków (w pierwszych dobach życia).

Wyniki

W latach 2010–2016 w Zakładzie Medycyny Sądowej CMUJ wydano 73 opinie sądowo-lekarskie w zakresie położnictwa na potrzeby postępowania karnego. W 25 przypadkach stwierdzono zaistnienie

Aim of the study

The aim of the study was to analyse forensic medical opinions prepared in the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College in Krakow, regarding the appropriateness of obstetric management in patients in 2010–2016.

Material and methods

The analysis comprised all forensic medical opinions in obstetric cases prepared in the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College in Krakow, in 2010–2016. However, the study does not cover the final judgements passed by courts in the cases analysed. This topic will be addressed in a separate paper.

The forensic medical opinions were analysed in order to determine:

- in what percentage of cases a medical error was identified,
- in what clinical situations objections were raised regarding the appropriateness of medical management,
- what medical error types were the most prevalent.

The cases under study involved the management of pregnancy, delivery, and the immediate perinatal period, focusing on the state of health and complications that developed in post-natal women, foetuses, and neonates. The analysis took into account the above division.

The forensic medical opinions under study were divided into two groups: cases where the medical management was appropriate, and cases where a medical error was identified. The most common clinical situations in both groups were determined.

The medical errors were categorised as diagnostic/therapeutic, technical or organisational. The effects of identified medical errors were classified in accordance with Art. 160, Art. 156, and Art. 157 of the Polish Penal Code (PPP), and considered separately for post-natal women, and for foetuses and neonates (during the first days of life).

Results

In 2010–2016, the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical Col-

nie błędu medycznego, natomiast w pozostałych 48 przypadkach postępowanie lekarskie oceniono jako prawidłowe. Liczbę spraw wniesionych w poszczególnych latach wraz z wyszczególnieniem liczby popełnionych błędów medycznych przedstawiono w tabeli I oraz na rycinie 1.

Wśród analizowanych przypadków wyróżniono dwie grupy: pierwszą, w której postępowanie lekarskie uznano za poprawne, oraz drugą, w której stwierdzono zaistnienie błędów medycznych. Obie grupy przeanalizowano pod kątem sytuacji klinicznych, w których wysunięto podejrzenie popełnienia błędu lekarskiego. Uzyskane wyniki zestawiono w tabeli II (przypadki bez błędów medycznych) oraz tabeli III (przypadki ze stwierdzonymi błędami medycznymi). W tabelach IV i V przedstawiono streszczenia wszystkich analizowanych przypadków wraz z opisami prawidłowego i nieprawidłowego postępowania lekarskiego.

Przypadki, w których uznano zaistnienie błędu medycznego, usystematyzowano zgodnie z zaproponowanym wyżej podziałem, dzieląc je na błędy o charakterze:

- diagnostyczno-terapeutycznym, a więc takie, w których nieprawidłowo przeprowadzono diagnostykę lub leczenie zaistniałego stanu klinicznego albo w niepoprawny sposób zinterpretowano uzyskane wyniki badań dodatkowych;

lege, issued a total of 73 forensic medical opinions in obstetric cases for the purpose of criminal proceedings. Medical errors were identified in 25 cases, while in the remaining 48 cases the medical management was considered appropriate. The number of cases filed in successive years, including the number of medical errors made, is listed in Table I and shown in Figure 1.

The cases under analysis were split into two groups. One group comprised cases where the medical management was deemed appropriate, while the other contained cases where medical errors were identified. Both groups were analysed for clinical situations in which a suspicion of medical error was raised. The results thus obtained are listed in Table II (cases without medical errors) and Table III (cases with identified medical errors). Tables IV and V present brief summaries of all analysed cases with appropriate and faulty medical management, respectively.

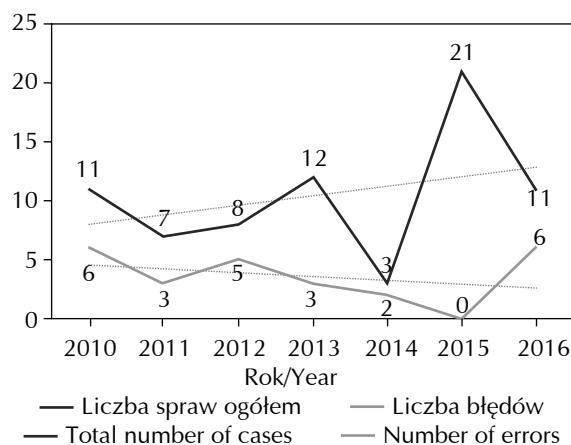
The cases in which a medical error was identified, were systematised on the basis of the division proposed above, with a distinction between:

- diagnostic/therapeutic errors, i.e. those in which the diagnosis or treatment of the existing clinical condition was incorrect or the results of additional examinations were misinterpreted;

Tabela I. Liczba wszystkich opinii sądowo-lekarskich z zakresu położnictwa sporządzonych w Zakładzie Medycyny Sądowej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w latach 2010–2016 z wyszczególnieniem stwierdzonych błędów medycznych

Table I. Number of all forensic medical opinions in obstetric cases prepared at the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College in Krakow, in 2010–2016, with a listing of identified medical errors

Rok Year	Wniesione sprawy o błąd medyczny Filed cases alleging medical error	Stwierdzone błędy medyczne Identified medical errors	Odsetek stwierdzonych błędów medycznych (%) Percentage of identified medical errors (%)
2010	11	6	55
2011	7	3	43
2012	8	5	63
2013	12	3	25
2014	3	1	33
2015	21	0	0
2016	11	6	55
Total Razem	73	25	
Średnia Mean			34



Ryc. 1. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu położnictwa sporządzonych w Zakładzie Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w latach 2010–2016 z uwzględnieniem stwierdzonych błędów medycznych. Na wykresie naniesiono linie trendu obrazujące zmiany w ogólnej liczbie wnoszonych spraw oraz zmiany liczby stwierdzanych błędów medycznych na przestrzeni analizowanych lat **Fig. 1.** Number of forensic medical opinions in obstetric cases prepared at the Department of Forensic Medicine, Jagiellonian University Medical College in Krakow, in 2010–2016, including identified medical errors. The graph shows trend lines representing changes in the total number of cases filed, and changes in the number of identified medical errors during the period under study

- technicznym, czyli związane głównie z nieprawidłowym wykonaniem interwencji zabiegowej,
- organizacyjnym, związanym z nieprawidłowym zorganizowaniem miejsca i okoliczności wykonania poszczególnych procedur, np. wykonanie zabiegu bez pełnej obsady.

Uzyskane wyniki przedstawiono na rycinie 2. W trzech przypadkach popełniono błędy należące do dwóch kategorii: dwa przypadki zakwalifikowano jednocześnie jako diagnostyczno-terapeutyczne i organizacyjne, jeden przypadek jako techniczny oraz organizacyjny.

Skutki stwierdzonych błędów medycznych opisano zgodnie z art. 160, art. 157 i art. 156 k.k. [7] – w odniesieniu do dziecka, matki lub dziecka i matki. W dwóch przypadkach stwierdzono naruszenie art. 156 k.k. oraz w jednym art. 157 k.k. w odniesieniu do dziecka. W jednym przypadku stwierdzono naruszenie art. 157 § 1 k.k. w odniesieniu do matki. Naruszenie art. 160 k.k. stwierdzono w jednym przypadku w stosunku do dziecka oraz w czterech przypadkach w stosunku do matki. Wskutek popełnionych błędów medycznych stwierdzono osiem zgonów dziecka, a ponadto w dwóch przypadkach doszło do zgonu zarówno matki jak i dziecka. W jednym przypadku stwierdzono naruszenie art. 156 k.k. w odniesieniu do

- technical errors, i.e. associated primarily with faulty performance of a surgical intervention;
- organisational errors, i.e. related to incorrect organisation of the place and circumstances where individual procedures were done, e.g. performance of a surgical intervention without a full set of staff.

The results are shown in Figure 2. In three cases, the medical errors spanned two categories. Two cases were classified as diagnostic/therapeutic and organisational at the same time, and one case was categorised as both technical and organisational in nature.

The effects of identified medical errors were described in accordance with Art. 160, Art. 157 and Art. 156 of the PPP [7] with respect to the child, the mother, or the child and the mother. Two cases were found to constitute a violation of Art. 156 of the PPP, and one case – a violation of Art. 157 of the PPP with respect to the child. One case was found to involve a violation of Art. 157 §1 of the PPP with respect to the mother. A violation of Art. 160 of the PPP was noted in one case with respect to the child, and in four cases with respect to the mother. The medical errors led to the death of eight children, and in two cases both the mother and the child died. One case was found to be a violation of Art. 156 of the PPP

Tabela II. Sytuacje kliniczne, w których wysunięto podejrzenie popełnienia błędu medycznego pomimo prawidłowego postępowania lekarskiego (48 spraw z prawidłowym postępowaniem lekarskim na 73 sprawy o błąd medyczny)

Table II. Clinical situations where the medical management was found to be appropriate despite a suspicion of medical error (48 cases of appropriate medical management among 73 filed cases alleging medical error)

Sytuacja kliniczna Clinical findings	Liczba przypadków Number of cases
Brak współpracy pacjentki / Uncooperative patients:	
palenie papierosów w czasie ciąży / smoking during pregnancy	1
zignorowanie konieczności hospitalizacji / failure to report for hospitalisation	1
niezgłaszanie się na zalecone wizyty kontrolne / failure to report for scheduled follow-up medical appointments	3
położenie miednicowe płodu i zgłoszenie się w zaawansowanej akcji porodowej / foetal breech presentation and seeking medical attention in an advanced stage of labour	1
Krwotok okołoporodowy / Perinatal haemorrhage:	
pęknięcie macicy / uterine rupture	1
łożysko przodujące / placenta praevia	2
atonia macicy / uterine atony	3
udar maciczno-łożyskowy / uteroplacental apoplexy	1
Ograniczenie czułości metod diagnostycznych (doszło do wystąpienia poniższych powikłań pomimo uzyskania prawidłowych wyników badań prenatalnych) / Limited sensitivity of diagnostic methods (with the development of complications listed below despite normal prenatal examination results):	
nierozpoznana wada łożyska podczas diagnostyki prenatalnej / placental defect undiagnosed during prenatal diagnostic work-up	3
dystocja barkowa / shoulder dystocia	4
zakrzepica tętnicy pępowinowej / umbilical artery thrombosis	1
wrodzone zapalenie płuc / congenital pneumonia	1
Nieprzewidywalne powikłania położnicze / Unpredictable obstetric complications	
ciasne owinięcie pępowiną wokół szyi płodu / tight wrapping of the umbilical cord around the foetal neck	5
przedwczesne odklejenie łożyska / placental abruption	2
zgon płodu o nieznanym przyczynie / foetal death of unknown aetiology	3
udar żylny matki / cerebral venous stroke in the mother	1
poród przedwczesny o nieznanym przyczynie / premature labour of unknown aetiology	1
niedrożność przewodu pokarmowego (u matki) z koniecznością wykonania laparotomii i cięcia cesarskiego powikłana zgonem płodu / gastrointestinal obstruction (in the mother) requiring laparotomy and caesarean section (complicated by foetal death)	1
Infekcja wewnątrzmaciczna / Intrauterine infection	8
Sepsa / Sepsis	2 (matka/mother) and 1 (dziecko/child)
Rzekomy związek pomiędzy zgonem płodu a podaniem leku matce, zgodnie ze wskazaniami / Alleged relationship between foetal death and drug administration to the mother according to indications	1
Opinia nierozstrzygająca (zbyt skąpo prowadzona dokumentacja medyczna) / Inconclusive opinion (scanty medical records)	1

Tabela III. Błędy medyczne w analizowanym materiale stwierdzone w toku opiniowania sądowo-lekarskiego (25 stwierdzonych błędów medycznych na 73 wniesione sprawy)

Table III. Medical errors identified in the study material in the course of preparation of medico-legal expert opinions (25 identified medical errors among 73 filed cases alleging medical error)

Przyczyna Cause	Liczba przypadków Number of cases
Zbyt późne wykonanie lub zaniechanie wykonania cięcia cesarskiego / Failure to perform or excessive delay of caesarean section	11
Odmowa nieplanowej hospitalizacji ¹ / Refusal of unplanned hospitalisation ¹	5
Nieprawidłowe wykonanie lub zinterpretowanie KTG ¹ / Incorrect performance or misinterpretation of CTE findings ¹	3
Błąd organizacyjny ² / Organisational error ²	2
Pozostawienie gazy w polu operacyjnym ² / Leaving gauze in the operative field ²	2
Zbyt późno pobrane wymazy bakteriologiczne (GBS) z dróg rodnych / Excessively delayed bacteriological genital swabs for GBS testing	2
Zbyt późna operacja / Excessive delay of surgery	1
Nierozpoznanie wady prenatalnie / Failure to diagnose foetal anomaly by prenatal screening	1

¹ w tym jeden przypadek, w którym stwierdzono obie nieprawidłowości, ² w tym jeden przypadek, w którym stwierdzono obie nieprawidłowości

¹ including 1 case in which both irregularities were found, ² including 1 case in which both irregularities were found

dziecka przy jednoczesnym naruszeniu art. 160 k.k. w odniesieniu do matki. W dwóch przypadkach stwierdzono jednoczesne naruszenie art. 160 k.k. zarówno w stosunku do matki jak i jej dziecka. W trzech przypadkach doszło do zgonu płodu lub noworodka z jednoczesnym naruszeniem art. 160 k.k. w stosunku do matki. Należy podkreślić, że powyższe wyniki uzyskano wskutek analizy opinii sądowo-lekarskich. Cennym uzupełnieniem uzyskanych wniosków byłaby analiza wyroków, jakie zapadły w tych sprawach. Taka analiza wykracza jednak poza ramy niniejszego artykułu.

Przeprowadzono również ocenę wszystkich przypadków (analizując łącznie sprawy z zaistnieniem oraz bez zaistnienia błędu medycznego), w których doszło do zgonu dziecka, matki bądź matki i dziecka. W sprawach, gdzie stwierdzono błąd medyczny doszło do 15 zgonów płodów, a w dwóch przypadkach również zgonów matek. Wśród opinii stwierdzających prawidłowe postępowanie lekarskie doszło łącznie do 31 zgonów, w tym 25 w przypadku płodów lub noworodków i 6 w przypadku matek. Zarówno w sprawach ze stwierdzonym błędem medycznym jak i w sprawach bez błędu odsetek zaistniałych zgonów był zbliżony do 60%.

with respect to the child with a concurrent violation of Art. 160 of the PPP with respect to the mother. There were two cases of a concurrent violation of Art. 160 of the PPP with respect to both the mother and her child. Also, there were three cases of foetal or neonatal death with a concurrent violation of Art. 160 of the PPP with respect to the mother. It should be emphasised that the above results were based on an analysis of forensic medical opinions issued in respective cases. Valuable additional insights might be gained by reviewing the court judgements passed in the cases analysed. Such an analysis, however, goes beyond the scope of this paper.

A separate evaluation was also performed for all cases (pooling together cases with and without medical errors) involving the death of the child, the mother, or the mother and the child. In cases where a medical error was found, there were 15 foetal deaths, and in two cases also maternal deaths. Among the forensic medical opinions where the management was deemed appropriate, there were a total of 31 deaths, including 25 foetal or neonatal deaths, and six maternal deaths. The mortality rate was close to 60% both in cases with and without medical errors.

Tabela IV. Streszczenie spraw, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe (z powodu zwięzłości opis nie uwzględnia wszystkich informacji uwzględnionych w toku opiniowania)

Table IV. Brief summaries of all cases in which medical management was appropriate (for reasons of brevity, the summaries do not include all information considered in the course of preparing forensic medical opinions)

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2016	<p>Hbd 38, hospitalizowana z powodu ciąży obumarłej; indukowano poród; w okresie połogu stwierdzono ciężki stan przedrzucawkowy. W przebiegu ciąży stwierdzono białkomocz i obrzęki, zalecono hospitalizację – pacjentka odmówiła. W ocenie pacjentki nie przeprowadzono właściwej diagnostyki stanu przedrzucawkowego, co miało doprowadzić do zgonu dziecka/ GA 38 wk; patient hospitalised because of foetal death in utero; labour induction; severe preeclampsia diagnosed in the puerperal period. Proteinuria and oedema during pregnancy; hospitalisation was recommended but the patient refused. The patient claimed that there was no proper diagnostic work-up for preeclampsia, which allegedly led to the child's death</p>
2016	<p>Hbd 41, przyjęta do szpitala z czynnością skurczową macicy; wykonano CC (wskazania: miednica zwężona). Tydzień później rozpoznano zakażenie wewnątrzmaciczne powikłane wstrząsem septycznym. Wycięto macicę z zachowaniem jajników uzyskując poprawę stanu zdrowia. W ocenie pacjentki personel miał narazić pacjentkę na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu; brak odróżnienia pojęć błędu medycznego od typowego powikłania położniczego/ GA 41 wk; admitted to hospital with uterine contractions; CS was performed (indications: pelvic narrowing). One week later, intrauterine infection complicated by septic shock was diagnosed. Hysterectomy with ovarian preservation was performed, with improvement in the patient's condition. The patient claimed that she was directly exposed to an immediate danger of death or severe impairment to health by medical professionals; failure to understand the distinction between medical error and typical obstetric complication</p>
2016	<p>Hbd 40, PSN. Okołoporodowo nacięto krocze, stwierdzono pęknięcie pochwy i krocza II stopnia, krocze zaopatrzono chirurgicznie. Po wygojeniu rany: nietrzymanie stolca i gazów, rehabilitacja – bez znaczącej poprawy. W ocenie pacjentki przedłużający się ból i poród były wskazaniem do CC, nie wykonując go miała zostać narażona na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (problem z utrzymaniem stolca). W ocenie Biegłych brak było wskazań do CC/ GA 40 wk; SVD. Episiotomy was performed; 2nd degree vaginal and perineal rupture was found; the perineum was surgically treated. After wound healing: faecal and gas incontinence, rehabilitation without significant improvement. In the patient's opinion, prolonged pain and protracted labour were an indication to perform CS; without CS she was exposed to an immediate danger of death or severe impairment to health (faecal incontinence problem). In the opinion of court experts, there were no indications to perform CS</p>
2016	<p>Termin porodu wyznaczono na 21.11. 20.11 położnica przestała odczuwać ruchy płodu; w USG stwierdzono zgon dziecka. Przyczyną zgonu była wada łożyska-błoniasty przyczep pępowiny. Lekarz prowadzący ciążę nie rozpoznał jej w USG. Pacjentka zgłosiła pretensje o nierozpoznanie tej wady podczas badań prenatalnych. Jej wykrycie jest możliwe jedynie w USG wysokiej rozdzielczości i przy dużym doświadczeniu sonografisty; czułość badania jest niska. Wcześniejsze rozpoznanie tej wady nie zmieniłoby postępowania/ The date of labour was set for 21.11. On 20.11 the woman stopped feeling foetal movements; ultrasound examination confirmed the death of the foetus. The cause of foetal death was a placental defect – velamentous cord insertion. The prenatal care provider failed to detect the abnormality in the ultrasound scan. The patient complained about failure to identify the defect during prenatal examinations. Detecting the complication is possible only by high-resolution ultrasound and with extensive experience of the sonographer; the sensitivity of the examination is low. Earlier detection would not have changed the patient management</p>

Tabela IV. Cd.
Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2016	<p>Hbd 41 (ciąża po terminie); monitorowano KTG, zlecono notowanie ruchów dziecka, zaplanowano USG i podłączenie oksytocyny, ale czwartego dnia pobytu na oddziale stwierdzono brak akcji serca płodu w KTG; wykonano USG i potwierdzono zgon płód; wykonano CC. Przyczyną zgonu było ciasne owinięcie pępowiny wokół szyi. W ocenie pacjentki CC powinno być wykonane wcześniej (pomimo braku obiektywnych wskazań); pacjentka miała również pretensje o niewykonanie USG, które miało pomóc rozpoznać zagrożenie dla dziecka oraz o zbyt późno zaplanowane podłączenie „kroplówki wywołującej poród”</p> <p>GA 41 wk (overdue pregnancy); CTG and monitoring of foetal movements were ordered; ultrasound and oxytocin infusion were scheduled, but on day 4 of hospital stay CTG indicated the absence of foetal heartbeat; ultrasound scan confirmed foetal death; CS was performed. The cause of death was tight wrapping of the umbilical cord around the foetal neck. The patient claimed that the CS procedure should have been done earlier (despite the lack of objective indications); she also complained about failure to perform the ultrasound scan which, in her view, would have been helpful in identifying the risk to the child, and about the delay in providing the „labour-inducing drip”</p>
2015	<p>Hbd 32/33, ciąża bliźniacza; 9.01: zagrażający poród przedwczesny, KTG w normie. 14.01: ból brzucha, 15.01: krwawienie z dróg rodnych i wzmożone napięcie mięśnia macicy. W USG nie stwierdzono akcji serca jednego z płodów; wykonano CC. Bliźniak A: zamartwica okołoporodowa (Apgar 5/6/7), B: zgon. Stwierdzono przedwczesne oddzielenie łożyska. Podejrzanie zbyt późnego wykonanie CC oraz zaniechania w zakresie diagnostyki</p> <p>GA 32/33 wk, twin pregnancy; 9.01: risk of premature labour; normal CTG findings. 14.01: abdominal pain, 15.01: genital bleeding and increased uterine muscle tone. USG scan detected no heartbeat in one foetus; CS was performed. Twin A: perinatal asphyxia (APGAR score 5/6/7), B: death. Placental abruption was found. A suspicion was raised that the CS was unduly delayed, and there were diagnostic omissions</p>
2015	<p>Hbd 40; brak postępu porodu – przeprowadzono CC. Wypisana w stanie dobrym 12.01. 17.01: masywne krwawienie z dróg rodnych. Z objawami wstrząsu kobieta przyjęta do szpitala, gdzie stwierdzono obecność resztek popłodu i wyłęczkowano jamę macicy. Podejrzanie nieprawidłowo prowadzonej diagnostyki (brak USG po cięciu cesarskim)</p> <p>GA 40 wk, no progress in labour – CS was performed. Discharged in good condition on 12.01. 17.01: massive genital bleeding. Admitted to the hospital with signs of shock. Placental remains were identified and uterine curettage was performed. A suspicion was raised that the diagnostic work-up was inadequate (no ultrasound examination was performed post CS)</p>
2015	<p>11.03 rozpoznano niewydolność szyjkową – wskazana hospitalizacja. 12.03: przyjęta na oddział, rozpoznanie: krwawienie we wczesnym okresie ciąży. 19.03 założono szew McDonalda. 26.03 wymaz z pochwy – E. coli. 27.03: zagrażający poród przedwczesny. 01.04 ślad krwawienia, widoczny pęcherz płodowy, a następnie poród płodu martwego. Pacjentka zgłosiła pretensje do lekarza, o niewłaściwe (w jej ocenie) postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, a także, że z winy szpitala wystąpiło u niej zakażenie skutkujące utratą ciąży. W ocenie Biegłych nie stwierdzono nieprawidłowości w leczeniu i diagnozowaniu; poronienie miało charakter samoistny, najpewniej z powodu infekcji dróg rodnych <i>E. coli</i></p> <p>11.03: cervical incompetence was diagnosed, and hospitalisation was indicated. 12.03: ward admission, diagnosis: bleeding in early pregnancy. 19.03: McDonald cerclage was placed. 26.03: vaginal swab test was performed – E. coli. 27.03: risk of premature labour. 01.04: spot of bleeding, visible amniotic sac followed by the delivery of dead foetus. The patient complained to the physician about the diagnostic and therapeutic procedures which she regarded as inappropriate. She blamed the hospital for the infection resulting in the loss of pregnancy. In the opinion of court experts, there were no diagnostic or therapeutic errors; the miscarriage was spontaneous, and most likely caused by genital tract infection with <i>E. coli</i></p>
2015	<p>Hbd 38, nadciśnienie tętnicze: hospitalizacja – ustabilizowano CTK. 01.01, 02.01 i 04.01 zgłaszała się do szpitala i po KTG była odsyłana do domu z zaleceniem kontroli za 3 dni. 06.01: brak ruchów płodu. USG: brak akcji serca płodu. CTK 210/125. Następnego dnia PSN martwego płodu, pępowina okręcona wokół szyi (węzeł prawdziwy). Podejrzanie nieprawidłowego prowadzenia ciąży, które miało skutkować utworzeniem węzła prawdziwego</p> <p>GA 38 wk; hypertension: hospitalisation, stabilisation of BP. 01.01, 02.01 and 04.01 – the patient reported to hospital; after CTG she was sent home with the instruction to return for follow-up examination 3 days later. 06.01: no foetal movement. Ultrasound: no foetal heartbeat. BP 210/125. The following day: SVD of dead foetus; umbilical cord wrapped around the neck of the foetus (nuchal cord). Suspected incorrect pregnancy management which allegedly resulted in nuchal cord formation</p>

Tabela IV. Cd.

Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2015	<p>Hbd 24. Dzień wcześniej przestała odczuwać ruchy płodu; CTK 180/110. W USG brak ruchów płodu. Rozpoznano poronienie samoistne. Podejrzenie o nieprawidłowe postępowanie lub zaniechanie ze strony personelu lekarskiego, co miało doprowadzić do zgonu płodu GA 24 wk. On the previous day, the patient stopped feeling foetal movement; BP 180/110. Ultrasound scan revealed no foetal movement. Spontaneous miscarriage was diagnosed. A suspicion was raised that misconduct or omission committed by medical professionals might have led to foetal death</p>
2015	<p>Hbd 38, stan po CC, nisko schodzące łożysko, przyjęta do planowego CC. Około zabiegowo znaczna utrata krwi; po kilku godzinach zgłosiła ból brzucha; w z szyjki macicy usunięto liczne skrzepy krwi, ból ustąpił. Wieczorem dodatkowo objawy otrzewnowe. Reoperowana, stwierdzono udar maciczno-łożyskowy, wykonano histerektomię. Poprawa stanu ogólnego. Po kilku dniach: podejrzenie niedrożności jelit; reoperowana (powikłanie: uszkodzono pęcherz moczowy – zaopatrzono). W ocenie pacjentki ww. powikłania i niepowodzenia terapeutyczne były skutkiem błędu lekarskiego GA 38 wk, status post CS, low-lying placenta, admitted for elective CS. Significant perisurgical blood loss; after a few hours she reported abdominal pain; numerous blood clots were removed from the cervix, the pain resolved. In the evening the patient developed peritoneal symptoms. Reoperation was performed; uteroplacental apoplexy was diagnosed; hysterectomy was conducted. An improvement in the general condition was noted. After a few days: suspected bowel obstruction; reoperation (complicated by bladder injury; repaired). In the patient's opinion, the above-mentioned complications and therapeutic failures were a result of medical error</p>
2015	<p>PSN, stwierdzono objawy rozpoczynającej się infekcji wewnątrzmacicznej; wykonano pilnie CC. Noworodek zmarł w 3 godz. po porodzie (rozpoznanie: ciężka zamartwica urodzeniowa, zespół aspiracji smółki, odma opłucnowa, niewydolność oddechowa, zakażenie swoiste dla okresu okołoporodowego). W ocenie pacjentki: narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia przez zbyt długie opóźnienie w wykonaniu CC SVD, symptoms of developing intrauterine infection were noted; urgent CS was performed. The neonate died 3 hours after the delivery (diagnoses: severe birth asphyxia, meconium aspiration syndrome, pneumothorax, respiratory failure, infection specific to the perinatal period). In the patient's view, the excessive delay in performing CS resulted in exposure to the risk of death</p>
2015	<p>Hbd 39; dolegliwości bólowe podbrzusza i krwawienie z dróg rodnych. Wykonano USG, KTG – wyniki w/n, 12.11: amnioskopia – wody płodowe czyste. 13.11: zagrożenie infekcją wewnątrzmaciczną, wykonano CC. Noworodek: cechy infekcji oraz niewydolności krążeniowo oddechowej. W późniejszym okresie życia chorował na astmę. W ocenie pacjentki (rzekome) niezdiagnozowanie infekcji wewnątrzmacicznej miało skutkować rozwojem poważnych powikłań (astmy oskrzelowej) GA 39 wk; lower abdominal pain and genital bleeding. Ultrasound scan and CTG were performed; the results were within normal limits; 12.11: amniocopy – clear amniotic fluid. 13.11: risk of intrauterine infection, CS was performed. Neonate: signs of infection and circulatory and respiratory failure. Later in life, the child suffered from asthma. In the patient's view, the (alleged) failure to diagnose intrauterine infection resulted in the development of serious complications (bronchial asthma)</p>
2015	<p>Hbd 39: ból brzucha, plamienie z dróg rodnych. Hospitalizowana, wówczas w KTG przemijająca bradykardia, brak skurczów macicy, o 2:00 niewielkie krwawienie z dróg rodnych jasną krwią; wykonano CC, o 5:05 wydobyto płód bez oznak życia z ciasno okręconą pępowiną wokół szyi, podjęto reanimację, bezskutecznie. Pacjentka podejrzewała personel lekarski o nieumyślne spowodowanie śmierci dziecka GA 39 wk; abdominal pain, genital spotting. Hospitalised, CTG showed transient bradycardia, no uterine contractions; at 2:00 am minor bleeding from the genital tract (bright red blood); CS was performed, at 5:05 am the foetus was delivered with no signs of life and with the umbilical cord tightly wrapped around the neck; resuscitation was undertaken, but failed. The patient suspected medical professionals of inadvertently causing the child's death</p>

Tabela IV. Cd.
Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2015	<p>Hbd 40, PSN. Dnia 14.10 badania (USG i OCT) w normie. W II okresie porodu: dystorsja barkowa płodu wymagająca pomocy położniczej. Podejrzanie o błędną decyzję: niezakwalifikowanie pacjentki do CC oraz rzekomo nieprawidłowe prowadzenie drugiego okresu porodu, co miało doprowadzić do dystorsji barkowej GA 40 wk; SVD. 14.10: ultrasound and OCT results – within normal limits. 2nd stage of labour: foetal shoulder dystocia requiring obstetric assistance. Suspicion of erroneous medical decision: failure to refer the patient for CS and allegedly incorrect management of the 2nd stage of labour leading to shoulder dystocia</p>
2015	<p>Hbd 26/27, odpływanie płynu owodniowego, odczuwała ruchy płodu. W USG uwidoczono pętlę pępowinową wokół szyi płodu. Zlecono Atosiban i antybiotykoterapię. Odpływanie wód utrzymywało się. Pogorszenie stanu. W KTG i USG nie zarejestrowano tonów serca płodu. Wykonano CC, wydobyto płód martwy. Przyczyną śmierci było niedotlenienie z powodu ciasnego owinięcia pępowiny wokół szyi płodu. Podejrzanie nieprawidłowego postępowania lekarskiego i nieprawidłowej interpretacji KTG GA 26/27 wk; leaking of amniotic fluid; the patient felt foetal movements. Ultrasound scan revealed the umbilical cord wrapped around the neck of the foetus. Atosiban and antibiotic therapy were prescribed. The amniotic fluid leakage persisted. Deterioration of the patient's condition. CTG and ultrasound scan revealed no cardiac tones. CS was performed; dead foetus was delivered. The cause of death was hypoxia due to tight wrapping of the umbilical cord around the foetal neck. Suspicion of inappropriate medical procedure and CTG misinterpretation</p>
2015	<p>Hbd 37, przyjęta z zaawansowaną akcją porodową. Prenatalnie rozpoznana WWS (prawostronny łuk aorty, wątpliwa ciągłość przegrody PK). Noworodek: Apgar 1/4/5/6 (apatia, atonia, sinica uogólniona, arefleksja). GBS – wymaz ujemny. Noworodek przyjęty na OIT w st. ciężkim; niewydolność oddech i krążeniowa, ciężka zamartwica okołoporodowa, obustronne zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; dysplazja oskrzelowo-płucna, MAS, WWS (prawostronny łuk aorty, VSD, ASD), encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna, krwawienie śródmózgowe, leukomalacja okołokomorowa, małogłowie, atrofia nerwu wzrokowego; cholestaza wewnątrzwątrobowa, żółtaczką, ropne zapalenie spojówek, niedokrwiistość wtórna, wcześniactwo. W 3 msc.ż. zamknięcie FoA i VSD, podwiązano PDA. Pozabiegowo rozwinął się wstrząs septyczny, zgon. Rodzice mieli pretensje o niewykonanie CC GA 37 wk; admitted in an advanced stage of labour. Prenatally diagnosed congenital heart defect (right-sided aortic arch, uncertain continuity of RV septum). Neonate: APGAR score 1/4/5/6 (apathy, atony, central cyanosis, areflexia). GBS swab: negative. Neonate admitted to ICU in poor general condition; respiratory and circulatory failure, severe perinatal asphyxia, bilateral pneumonia, meningitis; bronchopulmonary dysplasia, MAS, congenital heart defect (right-sided aortic arch, VSD, ASD), hypoxic ischaemic encephalopathy, intracerebral haemorrhage, periventricular leukomalacia, microcephaly, optic atrophy; intrahepatic cholestasis, jaundice, purulent conjunctivitis, secondary anaemia, prematurity. At 3 months: FoA and VSD closure, clipping of PDA. Post-surgery septic shock followed by death. The parents complained about the failure to perform CS</p>
2015	<p>Hbd 40; ból brzucha, USG i KTG – w/n. Dwa dni później bradykardia, odpłynięcie zielonego płynu owodniowego; wykonano CC, płód owinięty kilkukrotnie pępowiną, także wokół szyi bez oznak życia; bezskuteczna reanimowany. Stwierdzono również ropne zapalenie błon płodowych pozałożyskowych-infekcja wewnątrzmaciczna. W ocenie pacjentki lekarz miał nieumyślnie doprowadzić do zgonu płodu GA 40 wk; abdominal pain; ultrasound and CTG findings within normal limits. After 2 days: bradycardia, leaking of green amniotic fluid; CS was performed; the umbilical cord was wrapped around the body of the foetus several times, including the neck; no signs of life; unsuccessful resuscitation. Suppurative inflammation of extraplacental chorioamniotic membranes (intrauterine infection) was also diagnosed. In the patient's view the physician inadvertently caused the death of the foetus</p>
2015	<p>Toksoplazmoza i nikotynizm w przebiegu ciąży, leczona Rowamycyną; podejrzanie wady genetycznej płodu, pacjentka odmówiła badań genetycznych. W Hbd 39 stwierdzono obumarcie ciąży. Histopat łożyska – obraz starego łożyska (ogniska zawałów, pseudotorbiel, złogi włóknika z wylewami krwawymi). Podejrzanie nieprawidłowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego History of toxoplasmosis and smoking during pregnancy, treated with Rovamycine; suspicion of foetal genetic defect, but the patient refused genetic testing. At GA 39 wk, foetal death was detected. Histopathological examination of the placenta – features of aged placenta (foci of infarction, pseudocyst, fibrin deposits with blood effusions). Suspicion of inappropriate diagnostic/therapeutic management</p>

Tabela IV. Cd.

Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2015	<p>Hbd 33, małopłytkowość, łożysko nisko schodzące. Hospitalizowana od 21.01 do 14.03; w 41 tyg. OCT – łożysko wydolne, następnego dnia w KTG i USG brak tętna płodu – brak czynności serca, pojedyncze ruchy zastawek. CC: płód bez oznak życia, resuscytacja bezskuteczna. Pacjentka podejrzewa lekarza o nieumyślne spowodowanie śmierci noworodka</p> <p>GA 33 wk, thrombocytopaenia, low-lying placenta. Hospitalised from 21.01 until 14.03; at week 41. OCT – normal placental efficiency; CTG and ultrasound scan performed the following day detected no foetal pulse – no heart function, isolated valve movements; CS: foetus with no signs of life, unsuccessfully resuscitated. The patient claimed the physician inadvertently caused the death of the foetus</p>
2015	<p>Hospitalizacja: zagrażający poród przedwczesny; obserwowana – w/n. Pomimo tego płód obumarł. Indukcja PDN oksycyną bez skutku; wydobyto – CC. Pacjentka zgłaszała pretensje do personelu o obumarcie ciąży mimo prowadzonego nadzoru</p> <p>Hospitalisation: risk of preterm birth; the patient was monitored (condition within normal limits). Despite the monitoring, the foetus died. Unsuccessful SVD induction with oxytocin; CS was performed to deliver the foetus. The patient complained to the medical professionals about the death of the foetus despite monitoring</p>
2015	<p>PSN, w trakcie bradykardia płodu; konwertowano do CC: pęknięcie macicy z masywnym krwawieniem powikłane NZK, a następnie niewydolnością wielonarządową i zgonem. Płód bez oznak życia, resuscytacja ze skutkiem; powikłania: neurologicznie MPD: tetraplegia, znaczna encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienne, ślepotą obuoczną, padaczka lekooporna. Pęknięcie macicy było wydarzeniem nieprzewidywalnym, jego skutki – niepowodzeniem terapeutycznym</p> <p>SVD; foetal bradycardia during the delivery; the procedure was switched to CS; uterine rupture with massive haemorrhaging complicated by SCA, followed by multiple organ dysfunction syndrome and death. Foetus without signs of life, successfully resuscitated; neurological complications: cerebral palsy, tetraplegia, significant hypoxic ischaemic encephalopathy, binocular blindness, drug-resistant epilepsy. Uterine rupture was an unpredictable event, and its effects represented therapeutic failure</p>
2015	<p>42 Hbd: bradykardia płodu, CC w trybie nagłym. Noworodek: MAS, wrodzone krwotoczne zapalenie płuc; zgon w 2 dobie. Leczenie prowadzone w sposób prawidłowy, wyjściową przyczyną zgonu noworodka była infekcja wewnątrzmaciczna (niepowodzenie terapeutyczne)</p> <p>GA 42 wk: foetal bradycardia, emergency CS was performed. Neonate: MAS, congenital haemorrhagic pneumonia; death on day 2. The treatment was correct, the underlying cause of neonatal death was intrauterine infection (therapeutic failure)</p>
2015	<p>Położnica przyjęta z powodu obfitego krwawienia z dróg rodnych. W USG nie stwierdzono akcji serca płodu. Wykonano CC (martwy płód, 1972g). W sekcji zwłok: przyczyna śmierci płodu: niedotlenienie. Podejrzewano nieprawidłowe postępowanie diagnostyczno-lecznicze, co miało skutkować śmiercią płodu.</p> <p>W ocenie Biegłych postępowanie prawidłowe</p> <p>Pregnant woman admitted with heavy genital bleeding. Ultrasound scan detected no foetal heartbeat. CS was performed (dead foetus, 1972 g). Autopsy findings: cause of foetal death – hypoxia. Incorrect diagnostic/therapeutic procedure was suspected as the alleged cause of foetal death. In the opinion of court experts, the management was correct</p>
2015	<p>26.07: krwawienie z dróg rodnych – hospitalizowana do 31.07.2009 z rozpoznaniem łożyska przodu przodu brzuszno. 17.09: krwawienie z dróg rodnych, wykonano cesarskie cięcie (35 Hbd) ze względu na odklejające się łożysko przodu przodu brzuszno. Noworodek: niewydolność oddechowa, obustronne zapalenie płuc i żółtaczka okresu noworodkowego. W ocenie pacjentki: późne rozpoznanie łożyska przodu przodu brzuszno ze skutkiem rozstroju zdrowia i narażenia życia i zdrowia dziecka, narażenie na poród przedwczesny operacyjny</p> <p>26.07: genital bleeding – the patient was hospitalised until 31.07.2009 with the diagnosis of marginal placenta praevia. 17.09: genital bleeding; CS was performed (GA 35 wk) because of abruption of placenta praevia. Neonate: respiratory failure, bilateral pneumonia and neonatal jaundice. The patient claimed that the late diagnosis of placenta praevia led to the disturbance of health, preterm operative delivery, and exposed the child's life and health to danger</p>

Tabela IV. Cd.
Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2015	<p>40 Hbd przyjęta na oddział z zaawansowaną akcją porodową. Położenie podłużne miednicowe. Stwierdzono wypadnięcie stópki do pochwy. Noworodek: Apgar 1-3-6-6, powikłanie odległe: padaczka lekooporna. Podejrzenie błędnego postępowania lekarskiego, które miało doprowadzić do powikłań neurologicznych u dziecka</p> <p>GA 40 wk; admitted in an advanced stage of labour. Longitudinal breech presentation of the foetus. Feet prolapsed into the maternal vagina. Neonate: APGAR score 1-3-6-6, late complication: drug-resistant epilepsy. Suspicion of errors in medical management leading to neurological complications in the child</p>
2014	<p>Hbd 35: podejrzenie IUGR, rozwarcie 1,5 cm, przyjęta na oddział patologii ciąży 25.08. 28.08: nie odczuwała ruchów płodu, KTG – zapis w/n, amnioskopia – wody czyste. 30.08 regularna czynność skurczowa, zielone wody płodowe, położenie pośladowe, wykonano pilne CC. Noworodek: Apgar 4. W ocenie pacjentki brak prawidłowego monitorowania stanu położnicy i płodu, a ponadto czas oczekiwania na CC wynoszący ok. 2h miał być zbyt długi</p> <p>GA 35 wk; suspected IUGR; cervical dilation 1.5 cm, admission to the antenatal ward on 25.08. 28.08: no foetal movements were felt; CTG record within normal limits; amnioscopy – clear amniotic fluid. 30.08; regular uterine contractions, green amniotic fluid, breech presentation of the foetus; urgent CS was performed. Neonate: APGAR score 4. According to the patient, there was no proper monitoring of her and foetal status, and the waiting time for CS of approximately 2 hours was allegedly too long</p>
2013	<p>Ciąża 10 dni po terminie. USG przed PSN – m.c. płodu w/n. PSN powikłany dystocją barkową, złamaniem obojczyka lewego i porażeniem lewego splotu barkowego. Podejrzenie o błąd medyczny w zakresie zastosowanych badań diagnostycznych i sposobu rozwiązania ciąży</p> <p>Overdue pregnancy (10 days). Ultrasound performed before SVD – foetal weight within normal limits. SVD complicated by shoulder dystocia, fracture of the left clavicle and paralysis of the left brachial plexus. A suspicion of a medical error in the applied diagnostic work-up and manner of pregnancy termination was raised</p>
2013	<p>Hbd 27: dolegliwości bólowe nadbrzusza. USG w/n. W trakcie hospitalizacji 15-18.01: przemijające bóle nadbrzusza i wymioty. 19.01: wymioty (śluz krwi), brzuch twardy, tkliwy palpacyjnie. USG: niedrożności przewodu pokarmowego. Pilna laparotomia z resekcją odcinka jelita krętego i zespoleniem krętniczokątniczym oraz CC – urodzono dziecko martwe. Podejrzenie o błąd medyczny: zbyt późne rozpoznanie schorzenia matki skutkujące śmiercią płodu</p> <p>GA 27 wk: epigastric pain. Ultrasound findings within normal limits. During hospitalisation on 15-18.01, the patient experienced transient epigastric pain and vomiting. 19.01: vomiting (trace of blood); abdomen hard and tender to palpation. Ultrasound findings: gastrointestinal obstruction. Urgent laparotomy with ileal resection and ileo-caecal anastomosis; CS – the child was stillborn. Suspected medical error: excessively delayed diagnosis of maternal disease resulting in foetal death</p>
2013	<p>Przy przyjęciu: bolesne stawianie się mięśnia macicy; monitorowano KTG, 8:35: głęboka bradykardia, zagrażająca zamartwica – CC. O 9.05 wydobyto płód, reanimowano ze skutkiem. W rozpoznaniu: dysplazja oskrzelowo-płucna, zespół aspiracji smółki, nadciśnienie płucne, krwotok z płuc, posocznica MRSE, niedokrwistość, afiksja. Postępowanie o odszkodowanie przeciwko firmie ubezpieczeniowej</p> <p>On admission: painful uterine tightening; CTG monitoring; 8:35 am: severe bradycardia, risk of asphyxia – CS. The foetus was delivered at 9.05 am; resuscitation was successful. Diagnosis: bronchopulmonary dysplasia, meconium aspiration syndrome, pulmonary hypertension, pulmonary haemorrhage, MRSE sepsis, anaemia, asphyxia. A compensation claim was filed with the insurance company</p>

Tabela IV. Cd.

Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2013	<p>Podczas wizyty ambulatoryjnej: wydzielina z dróg rodnych podbarwiona krwisić, wskazana hospitalizacja (odmowa). Po 3 tyg hospitalizowana (Hbd 22): pęknięcie pęcherza owodniowego. Miała pozostać w szpitalu do Hbd 26, a następnie zostać przekazana do szpitala o wyższej referencyjności. W 4. dobie wypisała się na własne żądanie, transportem własnym pojechała do Kliniki. W tamtejszej hospitalizacji: przedwczesne pęknięcie błon płodowych, PSN, płód żywy niedonoszony, zmarł wkrótce po porodzie. Podejrzenie o zaniechanie ze strony personelu lekarskiego, co miało przyczynić się do pęknięcia błon płodowych i zgonu noworodka</p> <p>Outpatient appointment: blood-coloured secretion from the genital tract, hospitalisation was indicated (the patient refused). Hospitalisation 3 weeks later (GA 22 wk): rupture of membranes. The patient was scheduled to stay in hospital until GA 26 wk, and then be transferred to a higher referral hospital. On day 4, the patient was discharged on her own request and reported to the hospital of higher referral on her own. During subsequent hospitalisation: premature rupture of membranes, SVD, live preterm foetus, died soon after delivery. Suspected omission committed by medical professionals which allegedly contributed to the rupture of membranes and neonatal death</p>
2013	<p>Hospitalizacja, Hbd 37: silny ból podbrzusza, obrzęki kończyn dolnych, odpływanie jasnych wód płodowych. PSN z nacięciem krocza. Po dwóch godz. ból w klatce piersiowej, duszność, ból w okolicy krocza. Rewizja rany: wzmożone krwawienia z miejsc ukłuć. Wystąpiły kolejno: zaburzenia krzepnięcia, pogorszenie stanu ogólnego, wstrząs, reanimowana trzykrotnie, zgon. Sekcja zwłok: zator powietrzny prawej komory. Podejrzenie błędnego postępowania lekarskiego. Zgon był spowodowany zmianą chorobową</p> <p>Hospitalisation, GA 37 wk: severe lower abdominal pain, oedema of the lower limbs, leaking of clear amniotic fluid. SVD with episiotomy. After two hours – chest pain, shortness of breath, pain in the perineal area. Wound revision: increased bleeding from injection sites. A succession of events occurred, including coagulation disorders, deterioration of general condition and shock; the patient was resuscitated 3 times, but death followed. Autopsy findings: right ventricular air embolism. Suspected error in medical management. The death was caused by underlying pathology</p>
2013	<p>20 Hbd: obrzęk kończyn dolnych, żylaki kończyn dolnych i wybroczyny krwawe. Hospitalizowana (w celu diagnostyki układu krzepnięcia), włączono Clexane. W USG nie stwierdzono akcji serca płodu. Indukowano PSN. Podejrzenie spowodowania zgonu płodu poprzez podanie położnicy Clexane</p> <p>GA 20 wk: oedema of lower extremities, varicose veins of lower extremities, petechiae. The patient was hospitalised for the diagnostic work-up of the coagulation system; treatment with Clexane was started. Ultrasound scan detected no heartbeat in the foetus. SVD was induced. Suspicion of allegedly causing foetal death by the administration of Clexane to the patient</p>
2013	<p>Hbd 38: ból podbrzusza i brak odczuwalnych ruchów płodu; zapisy KTG w/n. Następnego dnia w USG stwierdzono brak akcji serca płodu. Przeprowadzono indukcję porodu, płód martwy, z pępowiną okręconą wokół szyi. W badaniu sekcyjnym: zakrzepica tętniczy pępowinowej. Podejrzenie nieumyślnego spowodowania śmierci 38-tygodniowego płodu w wyniku nieprawidłowego postępowania diagnostyczno-leczniczego</p> <p>GA 38 wk; the patient experienced abdominal pain and felt no foetal movements; CTG findings within normal limits. On the following day, ultrasound scan detected no foetal heartbeat. Labour was induced, and a dead foetus was delivered with the umbilical cord wrapped around the neck. Autopsy findings: umbilical arterial thrombosis. Suspicion of inadvertently causing the death of the 38-week-old foetus through incorrect diagnostic/therapeutic management</p>

Tabela IV. Cd.
Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2013	<p>Próba zapłodnienia metodą IVF, wynik testu ciążowego ujemny. Po kilku dniach omdlenie. Rozpoznanie: pęknięte, krwawiące ciało żółte w lewym jajniku, pęknięta, krwawiąca ciąża ektopowa w prawym jajniku. Dwa miesiące później laparoscopia celem uwolnienia zrostów jajnikowo-jajowodowych. Podejrzenie błędu medycznego (m.in. zastosowanie niepoprawnych dawek hormonów przy leczeniu niepłodności, które miały narazić pacjentkę na uszczerbek na zdrowiu: powstanie krwotocznego ciała żółtego, ciąży ektopowej)</p> <p>IVF attempt; negative pregnancy test. A few days later, the patient fainted. Diagnosis: ruptured and bleeding corpus luteum in the left ovary, ruptured ectopic pregnancy in the right ovary, also with haemorrhage. Two months later, laparoscopy was performed to release the adhesions between the ovaries and fallopian tubes. Suspected medical error (including incorrect doses of hormones prescribed for the treatment of infertility, allegedly exposing the patient to impairment to health: formation of haemorrhagic corpus luteum, ectopic pregnancy)</p>
2013	<p>CC (wskazania: niedotlenienie, ucisk pępowiny). Noworodek w stanie ciężkim, stan ustabilizowano, uzyskano poprawę. Podejrzenie, że niedotlenienie płodu/novorodka było skutkiem błędu lekarskiego. W rzeczywistości przyczyną był ucisk pępowiny</p> <p>CS (indications: hypoxia, umbilical cord compression). Neonate in a poor condition; stabilised and improved. A suspicion was raised that foetal/neonatal hypoxia was a result of medical error. It was actually due to umbilical cord compression</p>
2012	<p>PSN odebrany przez ZRM. Noworodek: zaburzenia oddechowe, wrodzone zapalenie płuc, niedomykalność z. trójdzielnej, drożny otwór owalny. Rzekomo nieprawidłowe postępowanie lekarskie miało spowodować rozwój wrodzonego zapalenia płuc u noworodka</p> <p>SVD managed by emergency medical service team. Neonate: respiratory disorders, congenital pneumonia, tricuspid regurgitation, patent foramen ovale. The allegedly incorrect medical management was claimed to have caused the development of congenital pneumonia in the neonate</p>
2012	<p>Hbd 41, indukowano PSN. Po porodzie nasilone krwawienie, rozwinął się wstrząs, DIC. Rozpoznano udar żylny struktur głębokich płatów skroniowych w przebiegu zakrzepicy żylny mózgowia; zakrzepica lewej zatoki poprzecznej, esowatej, żył głębokich mózgowia. W ocenie pacjentki rozwiązanie poprzez CC (zamiast indukcji porodu) zapobiegłoby rozwinięciu się w/w powikłań. W ocenie biegłych brak było wskazań do CC</p> <p>GA 41 wk; SVD was induced. Heavy haemorrhaging after delivery, followed by shock, DIC. Venous infarction of deep temporal lobe structures secondary to cerebral venous thrombosis; left transverse sinus thrombosis, deep cerebral venous thrombosis. In the patient's view, the complications would not have occurred if the pregnancy had been terminated by CS instead of labour induction. In the opinion of court experts, there were no indications to perform CS</p>
2012	<p>Planowe CC (wskazanie: ciąża bliźniacza). W 1. dobie nawracające objawy neurologiczne, zaniewidzenie, skoki CTK, intensywnie leczona – zmarła. W sekcji zwłok: samoistne krwotoki śródmózgowe. Podejrzenie błędnego leczenia (było to niepowodzenie terapeutyczne)</p> <p>Elective CS (indication: twin pregnancy). On day 1, recurrent neurological symptoms, visual loss, BP spikes occurred; the patient died despite intensive treatment. Autopsy findings: spontaneous intracerebral haemorrhages. A suspicion of error in medical management was raised (it was ultimately recognised as therapeutic failure)</p>
2011	<p>Stan po 3 poronieniach i 2 próbach zapłodnienia in vitro. 3 próba skuteczna. Lekarz prowadzący ciążę zaproponował objęcie patronatem położniczym przez poradnię patologii ciąży, ale pacjentka odmówiła. Ciąża zakończyła się poronieniem samoistnym. Pacjentka nie dostosowała się do zaleceń lekarskich, miała pretensje o utratę ciąży</p> <p>History of 3 miscarriages and 2 attempts at in vitro fertilisation. The 3rd attempt was successful. The prenatal care provider suggested including the patient in an obstetric monitoring programme at the Antenatal Outpatient Clinic, but the patient refused. The pregnancy ended with a spontaneous miscarriage. The patient was non-compliant; she complained about the loss of pregnancy</p>

Tabela IV. Cd.

Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2011	<p>Nieletnia ciężarna, za namową swojego partnera miała udać się do ginekologa [który miał zostać przezeń opłacony, by usunął ciążę]. Lekarz przeprowadził dwukrotnie niezidentyfikowany, bolesny zabieg. Następnie wydalila resztki po poronieniu. Hospitalizowana, wyłyżeczkowano jamę macicy. Wynik badania hist-pat: resztki doczesnej i jaja płodowego. Podejrzanie terminacji ciąży wbrew woli pacjentki</p> <p>A pregnant woman, a minor, at the urging of her partner, reportedly went to a gynaecologist (whom he allegedly paid for the termination of pregnancy). The physician performed twice an unidentified, painful procedure. Then, the patient expelled the remains of the pregnancy. She was hospitalised; uterine curettage was performed. Histopathological findings: remains of decidua and foetal ovum. Suspected termination of pregnancy against the patient's will</p>
2011	<p>Hbd 39, przyjęta w II okresie PSN. Masa płodu w USG: 3500-3600 g. Dystocja barkowa, po ok 2-3 min wydobyto płód per vaginam w stanie ciężkim. Noworodek: niedotlenienie okołoporodowe, wrodzone zapalenie płuc, niewydolność oddechowa, całkowite porażenie splotu barkowego lewego, zaburzenia elektrolitowe, drgawki i niedokrwistość. Uzyskano poprawę. W pierwszym roku życia wielokrotnie hospitalizowany (rozpoznanie: ZUM, zapalenie płuc, kyfoskolioza kręgosłupa szyjnego, niedowład trójkończynowy, porażenie splotu ramiennego, mózgowie porażenie dziecięce). Podejrzanie błędnego postępowania, które miało doprowadzić do niepełnosprawności dziecka</p> <p>GA 39 wk; admitted in the 2nd stage of SVD. Foetal weight determined on ultrasound: 3,500–3,600 g. Shoulder dystocia, after approximately 2–3 min the foetus was delivered per vaginam in a poor condition. Neonate: perinatal hypoxia, congenital pneumonia, respiratory failure, complete paralysis of the left brachial plexus, electrolyte level imbalances, convulsions, and anaemia. An improvement was achieved. The child was repeatedly hospitalised in the first year of life (diagnoses: UTI, pneumonia, cervical kyphoscoliosis, triplegia, brachial plexus paralysis, cerebral palsy). Suspicion of errors in medical management leading to the child's disability</p>
2011	<p>Hbd 39, PSN powikłany dystocją barkową, płód wydobyty per vaginam. Dokumentacja medyczna bardzo skąpa. Brak było wskazań do wykonania USG przed PSN oraz do CC</p> <p>GA 39 wk; SVD complicated by shoulder dystocia; the foetus was delivered per vaginam. Very scanty medical documentation. There were no indications to perform an ultrasound scan before SVD or to perform CS</p>
2010	<p>Omdlenie po zabiegowej terminacji ciąży. Wstrząs oligowolemiczny. Laparotomia: brzusznej 0,5 litra krwi płynnej. trzon macicy miękkiej, powiększonej, rozzerwanej, płód martwy, obecny pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego w przymaciczu prawym. Lekarz miał stwierdzić zgon płodu i na życzenie pacjentki wyłyżeczkować jamę macicy. Brak wyniku USG potwierdzającego zgon płodu</p> <p>Fainting after surgical termination of pregnancy. Oligovolaemic shock. Laparotomy: 0.5 l of liquid blood in the abdomen; the uterine corpus soft, enlarged, ruptured; dead foetus between the laminae of the broad ligament of the uterus in the right parametrium. A physician allegedly found that the foetus was dead and performed uterine curettage at the patient's request. No ultrasound findings confirming foetal death</p>
2010	<p>Pacjentka 31-letnia, stan po omdleniu. Lekarz [jej konkubent] miał jej wykonać bliżej nieokreślony zabieg ginekologiczny. Wypisana na żądanie. W domu wydalila jajo płodowe. W załączonej dokumentacji medycznej brak informacji o ciąży, a data ostatniej miesiączki wykluczała taką możliwość. Brak dowodów na wykonany zabieg ginekologiczny. Nie można jednoznacznie wskazać przyczyny omdlenia. Sprawa o rzekomo błędną diagnostykę i postępowanie lekarskie oraz terminację ciąży</p> <p>A 31-year-old patient, status post fainting. A physician [her partner] allegedly performed an unspecified gynaecological procedure. The patient was discharged on demand. At home, she expelled a foetal ovum. The attached medical documentation contained no information about the pregnancy, and the last menstruation date ruled out this possibility. There was no evidence that the gynaecological procedure took place. The cause of fainting cannot be clearly established. A case was filed alleging incorrect diagnostic/therapeutic management and termination of pregnancy</p>

Tabela IV. Cd.
Table IV. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których postępowanie lekarskie było prawidłowe Summaries of cases where medical management was appropriate
2010	<p>Ciąża – planowe CC. Łożysko przodujące i częściowo wrośnięte. Okołożabiegowo krwotok, zaopatrzony. Po kilku godzinach kolejny krwotok – wykonano histerektomię, powikłaną NZK, reanimowana ze skutkiem. 2 dni później kolejne NZK, zgon</p> <p>Pregnancy – elective CS. Placenta praevia and partially increta. Perioperative haemorrhage, controlled. After a few hours another haemorrhage occurred; hysterectomy was performed, complicated by SCA; successful resuscitation. Two days later, another SCA occurred, followed by death</p>
2010	<p>Ciąża powikłana torbielowatością nerek położnicy. Dwukrotnie hospitalizowana, wypisy na własne żądanie. Przy kolejnych wzrostach CTK odmawiała hospitalizacji. W 35 Hbd przyjęta na oddział z nadmiernie żywą czynnością skurczową. Rozwiązanie: CC. Noworodek urodzony w zamartwicy, rozwinięta infekcja wewnątrzmaciczna, leczony w warunkach OIOM, zmarł. W badaniu histopatologicznym: starzenie łożyska. Podejrzanie błędnego postępowania lekarskiego. W ocenie Biegłych: położnica obciążona, nie stosowała się do zaleceń, rozwinęły się powikłania skutkujące zgonem noworodka</p> <p>Pregnancy complicated by the woman's cystic kidney disease. The patient was hospitalised twice, discharged on demand. She refused hospitalisation despite a succession of spikes in BP. She was admitted to the ward at GA 35 wk with excessive uterine contractile activity. Termination of pregnancy: CS. The neonate was born in asphyxia, with advanced intrauterine infection; treated in the ICU, died. Histopathological findings: aged placenta. Suspected error in medical management. In the opinion of court experts, the patient had a significant medical history and failed to comply with medical advice, which resulted in complications leading to the neonate's death</p>
2010	<p>PSN o czasie. Śródporodowo pęknięcie pochwy i krocza – zaopatrzone. Następnie utrzymujące się krwawienie z macicy i jej atonia; wykonano histerektomię. Utrata 1500 ml krwi, wstrząs krwotoczny, ustabilizowana. W badaniu histopatologicznym macicy: łożysko wrośnięte. Pacjentka miała pretensje o niewykonanie USG podczas przyjęcia do szpitala</p> <p>SVD at term. Vaginal and perineal rupture during delivery; treated. Followed by persistent uterine haemorrhaging and uterine atony; hysterectomy was performed. 1500 ml blood loss, haemorrhagic shock, stabilised. Histopathological examination of the uterus: placenta increta. The patient complained about failure to perform ultrasound scan upon hospital admission</p>

Dyskusja

Wśród analizowanych opinii sądowno-lekarskich przeważały przypadki prawidłowego działania personelu medycznego co stanowi ok. 66% przypadków (48 spośród 73 przypadków), co potwierdzają obserwacje innych zakładów. W piśmiennictwie wartości opisujące odsetek stwierdzanych błędów medycznych wśród analizowanych spraw mieszczą się w granicach 20–33% [4–6].

W ostatnich latach w Polsce rośnie liczba spraw o błąd medyczny w toku postępowania karnego w stosunku do realnie popełnianych błędów medycznych [4]. Podobną tendencję zaobserwowano również w analizowanym materiale, co zilustrowano na rycinie 1. Co istotne, liczba stwierdzanych błędów medycznych w opiniach sądowno-lekarskich utrzymuje się na przestrzeni lat na stałym poziomie.

Wśród przypadków prawidłowego postępowania lekarskiego wyróżniono określone sytuacje

Discussion

Among the analysed forensic medical opinions, cases of appropriate management by medical staff predominated, accounting for approximately 66% of all cases (48 out of 73), which is consistent with observations made in other forensic medicine departments. In the literature, the percentage of medical errors identified among the cases under analysis varies from 20 to 33% [4-6].

In recent years, the number of criminal cases alleging a medical error in Poland has increased in relation to the number of actually committed medical errors [4]. A similar tendency was also observed in the material under our analysis, as shown in Figure 1. Importantly, the number of medical errors confirmed in forensic medical opinions has remained on a stable level over the years.

Among the cases where medical management was regarded as appropriate, specific clinical situa-

Tabela V. Streszczenie spraw, w których stwierdzono błąd medyczny (z powodu zwięzłości opis nie uwzględnia wszystkich informacji uwzględnionych w toku opiniowania)

Table V. Brief summaries of all cases in which medical errors were found (for reasons of brevity, the descriptions do not include all information considered in the course of preparing forensic medical opinions)

Rok Year	Opis przypadków, w których stwierdzono nieprawidłowe postępowanie lekarskie Summaries of cases where medical management was found to be inappropriate
2016	Hbd 37, brak odczuwania ruchów płodu. Podłączono KTG zostawiając pacjentkę bez nadzoru na 1 godzinę. Oscylacje milczące, bradycardia, nagłe CC. Wydobyto martwy płód, RKO nieskuteczna. Położna zbyt późno powiadomiła lekarza o nieprawidłowym zapisie KTG GA 37 wk; no foetal movement was felt. The patient was put on CTG, but left unattended for 1 hour. Silent oscillations, bradycardia, emergency CS. Dead foetus was delivered; CPR was ineffective. The midwife notified the physician too late about the patient's abnormal CTG findings
2016	W II trymestrze ciąży przeoczono rozszczep kręgosłupa i przepuklinę oponowo-rdzeniową w USG. W 34 Hbd rozpoznano w USG ww. wady oraz wodogłowie. Noworodek zmarł w 6. dobie. Wcześniejsze rozpoznanie ww. wad wrodzonych umożliwiłoby leczenie wewnątrzmaciczne In the 2 nd trimester of pregnancy, spina bifida and myelomeningocele were overlooked on ultrasound. At GA 34 wk, the above defects and hydrocephalus were detected on ultrasound. The neonate died on day 6. Earlier detection of the above congenital disorders would have allowed intrauterine treatment
2016	40 Hbd, zapis KTG nieprawidłowy (zaistniało wskazanie do CC), leczona p.bólowo. W następnej dobie PSN, noworodek w zamartwicy, owinięty pępowiną, z rozwiniętą infekcją wewnątrzmaciczną, zmarł. Cięża powinna zostać rozwiązana CC po uzyskaniu nieprawidłowego zapisu KTG GA 40 wk; abnormal CTG (indication to perform CS); analgesic treatment. SVD on the following day; the neonate was born in asphyxia, wrapped in the umbilical cord, with advanced intrauterine infection; and died. The pregnancy should have been terminated by CS after abnormal CTG record was obtained
2016	Poronienie samoistne, wyłyżeczkowano jamę macicy pozostawiając w jamie macicy 6 gazików. Gaziki usunięto, bez powikłań Spontaneous miscarriage; uterine curettage was performed; 6 gauze swabs were left in the uterine cavity. The swabs were removed without complications
2016	Planowe CC przeprowadzono w niepełnej obsadzie (brak instrumentariuszki). Pozostawiono w j. brzusznej chustę, co skutkowało dolegliwościami bólowymi j. brzusznej. Reoperowana, usunięto chustę, bez powikłań Elective CS; performed with incomplete staff (no operating room attendant). A surgical cloth was left in the abdominal cavity, resulting in abdominal pain. The patient was reoperated; the cloth was removed without complications
2016	Hospitalizacja w 24 Hbd: poronienie zagrażające. Wystąpił krwotok i objawy intekcji wewnątrzmacicznej. Podano GKS, wykonano CC. Na bloku operacyjnym pobrano wymazy z dróg rodnych. Noworodek: infekcja wrodzona, liczne powikłania, niepełnosprawny. Wymazy z dróg rodnych pobrano zbyt późno Hospitalisation at GA 24 wk; risk of miscarriage. Haemorrhage and signs of intrauterine infection occurred. GCs were administered; CS was performed. Swabs from the genital tract were collected in the operating block. Neonate: congenital infection, multiple complications, disability. The genital swabs were collected too late
2014	Ciąża po terminie, rozpoczynająca się akcja porodowa. Monitorowano KTG bez rejestracji skurczów macicy; deceleracje. Noworodek: obrzęk mózgu, drgawki, tetrapareza spastyczna, padaczka. Nieprawidłowe przeprowadzenie badania KTG Overdue pregnancy; the labour commenced. CTG was monitored without recording uterine contractions; decelerations. Neonate: cerebral oedema, convulsions, spastic tetraparesis, epilepsy. Incorrect performance of CTG examination
2014	40 Hbd, wykonywano KTG – opisy niepełne, nieczytelne. Zbyt późno wykonano CC. Noworodek w zamartwicy, encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna, leukomalacja okołokomorowa, wstrząs septyczny, stan drgawkowy, obrzęk płuc. Przekazano do hospicjum GA 40 wk; CTG was performed, but with incomplete and illegible interpretations. The CS was performed too late. Neonate: asphyxia, hypoxic ischaemic encephalopathy, periventricular leukomalacia, septic shock, convulsive condition, pulmonary oedema. Transferred to a hospice

Tabela V. Cd.
Table V. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których stwierdzono nieprawidłowe postępowanie lekarskie Summaries of cases where medical management was found to be inappropriate
2013	<p>39 Hbd, PSN z podażą oksytocyny. Monitorowano KTG. Zarejestrowano bradykardię, wykonano CC. Noworodek zmarł. Na pępowninie uwidoczniono węzeł prawdziwy. W sekcji zwłok: zgon na skutek niedokrwienia i niedotlenienia z aspiracją wód płodowych. Błędnie zinterpretowano zapis KTG przy przyjęciu, nie był on prawidłowy</p> <p>GA 39 wk, SVD with oxytocin infusion. CTG was monitored. Bradycardia was noted; CS was performed. The neonate died. Nuchal cord was identified on the umbilical cord. Autopsy findings: death due to ischaemia and hypoxia with aspiration of amniotic fluid. The CTG findings on admission were misinterpreted (undiagnosed CTG abnormalities)</p>
2013	<p>Hbd 33, zagrażający poród przedwczesny. Przy przyjęciu tętno płodu 100-130/min, USG w/n. Włączono tokolityki. Następnego dnia stwierdzono obumarcie płodu. Sekcja zwłok: ostre niedotlenienie spowodowane niewydolnością łożyska w następstwie jego rozległych zawałów. Wobec stwierdzonej bradykardii płodu należało wdrożyć diagnostykę. Podczas hospitalizacji nie rejestrowano KTG. Ponadto nieprawidłowości w zakresie organizacji pracy oddziału</p> <p>GA 33 wk; risk of premature labour. On admission, foetal heart rate 100–130 bpm; ultrasound findings within normal limits. Tocolytics were introduced. On the following day, foetal death was detected. Autopsy findings: acute hypoxia due to placental insufficiency following extensive infarctions. In view of the foetal bradycardia, appropriate diagnostic measures should have been taken. There was no CTG monitoring during hospitalisation. Furthermore, organisational irregularities were found in the ward</p>
2013	<p>Hbd 40, w KTG nieprawidłowości tętna płodu, o godz. 12.30. Decyzję o CC podjęto o godz. 13.20. O godz. 13.51 wydobyto płód martwy. Przyczyna zgonu: przedwczesne oddzielenie łożyska. Nieprawidłowością było zbyt późne wykonanie CC</p> <p>GA 40 wk, foetal heart rate abnormalities detected on CTG at 12:30 pm. At 1.20 pm, a decision to perform CS was made. At 1.51 pm, a dead foetus was delivered. Cause of death: placental abruption. Delaying the performance of CS was an incorrect procedure</p>
2012	<p>40 Hbd, bradykardia płodu (70/min) na Izbie Przyjęć. Przyjęta na oddział patologii ciąży, powtarzano KTG, po 1,5 godz. CC, wydobyto płód martwy. Błędem było przyjęcie pacjentki na oddział, powinna zostać przyjęta na salę porodową. Zbyt późno wykonano CC</p> <p>GA 40 wk; foetal bradycardia (70 bpm) in the Admission Room. The patient was admitted to the antenatal ward; CTG was repeated; CS was performed after 1.5 hours; delivering a dead foetus. Admitting the patient to the ward was an incorrect decision; she should have been taken to the delivery room. The CS was performed too late</p>
2012	<p>PSN, nacięto krocze, wytworzył się krwiak. Zaopatrzone go w warunkach Sali porodowej, nie założono drenu. Krew nawiązał kilkakrotnie, wówczas odbarczany prawidłowo, w warunkach Sali operacyjnej i z założeniem drenu. Powikłanie: uszkodzenie odbytnicy, przetoka pochwowo-odbytnicza. Nieprawidłowością było przeprowadzenie pierwszego zabiegu w warunkach sali porodowej oraz niezałożenie drenu</p> <p>SVD, episiotomy; haematoma was formed. It was managed in the delivery room setting, no drain was placed. The haematoma recurred several times; it was then properly managed, with drainage, in the operating room. Complications: rectal damage, rectovaginal fistula. Performing the first procedure in the delivery room setting and failure to place a drain were incorrect measures</p>
2012	<p>PSN, brak postępu porodu. W KTG brak tętna płodu, podłączono oksytocynę. W USG stwierdzono obumarcie płodu. Wobec braku tętna płodu należało wykonać CC</p> <p>SVD, no progress of labour. CTG detected no foetal pulse; oxytocin infusion was initiated. The ultrasound revealed foetal death. In view of the lack of foetal pulse CS should have been performed</p>
2012	<p>Hbd 38, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego. PSN wspomagany oksytocyną. O 14.30 w KTG bradykardia płodu. O 15.15 rozpoczęto CC: płód bez oznak życia, pęknięcie macicy. Zbyt późno wykonano CC</p> <p>GA 38 wk; premature leakage of amniotic fluid. SVD supported by oxytocin infusion. At 2.30 pm, foetal bradycardia was detected on CTG. At 5.15 pm, CS was started; the foetus was delivered without signs of life; uterine rupture. The CS was performed too late</p>

Tabela V. Cd.

Table V. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których stwierdzono nieprawidłowe postępowanie lekarskie Summaries of cases where medical management was found to be inappropriate
2012	<p>Ciężarna z gorączką 38,9°C, odesłana do domu. Następnego dnia hospitalizowana, stan ogólny pogorszył się (duszność, ból j. brzusznej, pobudzenie), NZK. Przeprowadzono RKO oraz CC. Zgon położnicy i płodu. Sekcja zwłok położnicy: niewydolność wielonarządowa, wstrząs septyczny, zmiany zapalne m. sercowego. Sekcja zwłok płodu: ostre wewnątrzmaciczne niedotlenienie</p> <p>Pregnant woman with fever (38.9°C). The woman was sent home. The next day, she was hospitalised. The general condition worsened (dyspnoea, abdominal pain, agitation), SCA. CPR and CS were performed. Both the mother and the foetus died. Autopsy findings in the mother: multiple organ dysfunction syndrome, septic shock, myocardial inflammatory lesions. Foetal autopsy findings: acute intrauterine hypoxia</p>
2011	<p>Położnica po przeszczepie nerki, przewlekle dializowana. Cięża rozwiązana przez CC, wypisana do domu. Od 5 doby gorączkowała do 40°C, kilkakrotnie nieprzyjęta na oddział. Po kilku dniach hospitalizowana. W rozpoznaniu: ropne zapalenie otrzewnej w przebiegu krwiaka w bliźnie po CC, rozejście się blizny macicy. Reoperowana, wystąpiły dalsze powikłania ropne w zakresie jamy brzusznej. Ustabilizowana. Błędną decyzją było odesłanie pacjentki do domu, zamiast hospitalizacji</p> <p>Pregnant woman with a history of kidney transplant, on chronic dialysis therapy. The pregnancy was terminated by CS; the patient was discharged home. From day 5, she had fever (to 40°C); she was refused admission to the ward several times. Hospitalised a few days later. Diagnosis: purulent peritonitis secondary to haematoma in the CS scar, dehiscence of uterine scar. The patient was reoperated; further suppurative abdominal complications developed. The patient's condition was stabilised. Sending the patient home instead of hospitalisation was an incorrect decision</p>
2011	<p>Błędnie oceniono w USG masę ciała płodu (3600 g zamiast 5050 g) i zakwalifikowano położnicę do PSN. Wystąpiła dystocja barkowa. Noworodek urodzony w zamartwicy, ustabilizowany. Wśród powikłań odległych: zaburzenia zachowania, porażenie splotu barkowego</p> <p>The foetal weight was erroneously evaluated by ultrasound (3600 g instead of 5050 g); and SVD was selected as the manner of delivery. Shoulder dystocia occurred. The neonate was born in asphyxia, and stabilised. Late complications: behavioural disorders, brachial plexus paralysis</p>
2011	<p>Pacjentka rodząca, monitorowana KTG, OCT. Cechy infekcji wewnątrzmacicznej, w KTG tachykardia i deceleracje. Zdecydowano o CC po kilku godzinach, a więc zbyt późno wobec stwierdzonych objawów. Noworodek zmarł</p> <p>Patient in labour; CTG monitoring, OCT. Signs of intrauterine infection, tachycardia and decelerations in CTG findings. The decision to perform CS was made a few hours later, so it was excessively delayed, considering the symptoms. The neonate died</p>
2010	<p>PSN wspomagany manewrem Kristellera. Wówczas bradykardia płodu do 80/min, zastosowano próżnościąg. Nie rozpoznano pęknięcia macicy i krwotoku położnicy, rozwinął się wstrząs krwotoczny, zgon. Noworodek – stan ciężki, zgon. Błędnie zinterpretowano KTG</p> <p>SVD assisted by Kristeller manoeuvre. Foetal bradycardia (up to 80 bpm) developed; vacuum-assisted vaginal delivery was performed. Uterine rupture and haemorrhage in the mother failed to be detected; haemorrhagic shock developed, followed by death. Neonate – severe condition followed by death. CTG misinterpretation</p>
2010	<p>Ciąża po terminie, nadzór KTG 3 x dziennie. Zapisy prowadzono niepoprawnie (poniżej 40 min.). Pomimo nieprawidłowości w zapisie (bradykardia do 70/min, oscylacja milcząca), nie wezwano lekarza. W efekcie zbyt późno wykonano CC, noworodek zmarł</p> <p>Overdue pregnancy; CTG monitoring 3x day. CTG recording was performed incorrectly (for less than 40 min). Despite CTG abnormalities (bradycardia up to 70 bpm, silent oscillation) no physician was called. As a result, the CS was performed too late; the neonate died</p>

Tabela V. Cd.
Table V. Cont.

Rok Year	Opis przypadków, w których stwierdzono nieprawidłowe postępowanie lekarskie Summaries of cases where medical management was found to be inappropriate
2010	<p>Ciąża po terminie. Zapisy KTG 2 x dziennie, wydruki nieopisane (brak daty, godziny, czasu trwania, imienia i nazwiska pacjentki, pieczętek i podpisów). Zapisy były nieprawidłowe (cechy niedotlenienia). Zaobserwowano odpłynięcie zielonego płynu owodniowego, deceleracje do 80/min, włączono oksycyrynę i zlecono CC. Noworodek: niewydolność oddechowa, zespół aspiracji smółki, nadciśnienie płucne, podejrzenie infekcji wewnątrzmacicznej, stan zdrowia pogarszał się, zmarł. W sekcji zwłok stwierdzono ponadto: żółtaczkę z uszkodzeniem narządów wewnętrznych, niedodmę, zawał i obrzęk płuc, krwawienie podpajęczynówkowe i podtwardówkowe, wybroczyny krwotoczne w jądrach podstawnych, szeroki, drożny przewód Botalla, uszkodzenie nerek i wątroby, wybroczyny krwotoczne w błonie śluzowej przewodu pokarmowego. Błędem było nierozpoznanie niedotlenienia wewnątrzmacicznego i zbyt późne wykonanie CC</p> <p>Overdue pregnancy. CTG recording twice a day, printouts without additional information (no date, time, duration, patient's name, stamps and signatures). Abnormalities in CTG records (signs of hypoxia). Leakage of green amniotic fluid was observed; decelerations to 80 bpm, oxytocin was started and CS ordered. Neonate: respiratory failure, meconium aspiration syndrome, pulmonary hypertension, suspected intrauterine infection; the neonate's health deteriorated and death followed. Autopsy findings: jaundice with damage to internal organs; atelectasis; myocardial infarction and pulmonary oedema; subarachnoid and subdural haemorrhage; petechiae in the basal ganglia; wide patent ductus arteriosus; kidney and liver damage; gastric mucosal petechial haemorrhages. Medical errors included failure to detect intrauterine hypoxia and excessively delayed CS</p>
2010	<p>W nocy po PSN: masywny krwotok (utrata ok 3000ml krwi), wyłęczkowano jamę macicy, pacjentkę przeniesiono na OIOM. Operowana – histerektomia. Ustabilizowana. Przyczyną powikłań było nierozpoznanie pęknięcia macicy i kilkugodzinne opóźnienie wykonania histerektomii</p> <p>During the night after SVD, massive haemorrhage occurred (loss of approx. 3000 ml of blood); uterine curettage was performed, and the patient was transferred to the ICU. Surgery (hysterectomy). The patient's condition was stabilised. The complications were caused by undiagnosed uterine rupture and a few hours' delay in performing hysterectomy</p>
2010	<p>Przyjęta z akcją porodową, w KTG bradykardia. Zbyt późno wykonano CC: pęknięcie macicy w bliźnie (po uprzednim CC), prawa kończyna górna i staw barkowy płodu poza jamę macicy, główka nisko w kanale rodnym. Wydobyto płód w zamartwicy; rozpoznania: bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, niewydolność oddechowa, wrodzone zapalenie płuc, posocznica, małopłytkowość, niedokrwistość</p> <p>Patient admitted in labour; bradycardia on CTG. Delay in performing CS; uterine rupture in the scar (after previous CS), upper right limb and shoulder of the foetus outside the uterine cavity, head low in the birth canal. The foetus was delivered in asphyxia; diagnosis: bacterial meningitis, respiratory failure, congenital pneumonia, sepsis, thrombocytopenia, anaemia</p>
2010	<p>Uprzednio dwukrotne poronienie. Zagrożający poród przedwczesny, wykonano krótkotrwały zapis KTG (bradykardia), nie wykonano badania wewnętrznego, nie uwidoczniło się położenia potylicowego płodu. Tydzień później PSN, stan ogólny noworodka zły. Rozpoznania: ciężka zamartwica urodzeniowa, encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwiniowa II st., porencefalia, mózgowo-porażenie dziecięce, niewydolność oddechowa, zapalenie płuc, PFO, PDA, hyperbiluminemia, niedokrwistość. Poród prowadzony nieprawidłowo; wobec obciążającego wywiadu (dwukrotne poronienie) poród powinien odbyć się w ośrodku referencyjnym. Ponadto nieprawidłowo zinterpretowano KTG</p> <p>History of two previous miscarriages. Risk of premature labour; short CTG recording was performed (bradycardia); there was no vaginal examination; occiput presentation of the foetus was not found. SVD a week later; neonate in poor general condition. Diagnosis: severe perinatal asphyxia, hypoxic ischaemic encephalopathy stage 2, porencephaly, cerebral palsy, respiratory failure, pneumonia, PFO, PDA, hyperbilineuminaemia, anaemia. Incorrect management of labour; because of the patient's significant medical history (2 previous miscarriages), the delivery should have taken place in a higher referral hospital. In addition, the CTG was misinterpreted</p>

kliniczne, w których bezpodstawnie wysunięto podejrzenie popełnienia błędu medycznego (tab. II). W większości analizowanych przypadków doszło do wystąpienia niepowodzenia terapeutycznego, a więc stanu klinicznego, który w typowy i przewidywalny sposób może rozwinąć się w danej sytuacji klinicznej, pomimo zachowania zwyczajnej, należytej staranności postępowania lekarskiego. Do takich przypadków spotykanych w okresie ciąży i okołoporodowym, należą m.in. krwotok okołoporodowy, ciasne owinięcie pępowiną wokół szyi płodu, przedwczesne odklejenie łożyska, zgon płodu o nieznaną przyczynę, poród przedwczesny o nieznaną przyczynę, jak również powikłania septyczne, takie jak rozwój infekcji wewnątrzmacicznej i sepsy.

W 9 spośród zebranych przypadków rozwinęły się poważne powikłania pomimo zastosowania właściwych metod diagnostycznych. Wniesione skargi koncentrowały się wokół pytania, dlaczego nie rozpoznano bądź nie przewidziano wystąpienia określonych powikłań pomimo zastosowania diagnostyki. Niestety, wszystkie spośród dostępnych metod diagnostycznych, włączając zarówno badanie przedmiotowe, podmiotowe jak i szeroko rozumiane badania dodatkowe, mają swoje ograniczenia opisane parametrami takimi jak czułość i swoistość, które niemal nigdy nie osiągają wartości 100%.

O wiele mniej liczną, ale równie istotną grupą przypadków była ta, w której pacjentki nie zastosowały się do zaleceń lekarskich. Powikłania, do których doszło, były przewidywalne i istniała możliwość zapobiegnięcia im. Ze względu na brak współpracy pacjentek nie wdrożono jednak dostępnych metod terapeutycznych.

W zdecydowanej większości analizowanych spraw pojawiały się również pytania dotyczące przeprowadzenia cięcia cesarskiego, np.: czy zaistniały wskazania do jego wykonania?; czy ten rodzaj porodu zapobiegłby wystąpieniu określonych powikłań?; czy zabieg należało wykonać wcześniej? W ocenie skarżących powikłany poród drogami natury często budzi niesłuszne podejrzenia o popełnieniu błędu medycznego.

Wśród analizowanych przypadków błędu medycznego najczęściej spotykaną nieprawidłowością okazało się zaniechanie bądź opóźnienie wykonania cięcia cesarskiego pomimo istniejących wskazań. W większości sytuacji wskazania miały charakter nagły bądź pilny. W drugiej co do częstości grupie przypadków postępowanie diagnostyczne przeprowadzono w nie-

tions were distinguished in which the suspicion of a medical error was shown to be unfounded (Table II). Most cases under analysis involved a therapeutic failure, i.e. a clinical condition which may develop in a typical and predictable manner in a particular clinical situation even if the usual due diligence is maintained throughout the medical management. Such cases, which may be encountered during pregnancy and in the perinatal period include, for example, perinatal haemorrhage, tight wrapping of the umbilical cord around the foetal neck (nuchal cord), placental abruption, foetal death of unknown aetiology, premature birth of unknown aetiology, as well as septic complications such as intrauterine infection and sepsis.

Nine of the collected cases were associated with serious complications which developed despite the use of appropriate diagnostic methods. The complaints revolved around the question of why certain complications were not diagnosed or anticipated, even though a diagnostic work-up was performed. Unfortunately, all the available diagnostic methods, including physical examination, medical history taking, and broadly understood additional tests, have their inherent limitations described by parameters such as sensitivity and specificity which almost never reach 100%.

A far less numerous, but equally important group of cases comprised patients which failed to comply with medical recommendations. The complications that occurred as a result of patient non-compliance were predictable and preventable. Unfortunately, since the patients were uncooperative, available therapeutic modalities were not implemented.

In the vast majority of cases under analysis, there were also questions regarding the performance of caesarean section, such as: were there indications for caesarean delivery?; would this type of delivery have prevented the development of specific complications?; should the procedure have been performed earlier? In the applicants' opinion, complicated delivery by natural means often raises false suspicions of a medical error.

Among the studied cases of medical error, the most commonly identified fault was failure to perform or delaying the performance of caesarean section despite the presence of indications. The majority of cases involved emergency or urgent indications. In the second most prevalent group of

pełnym zakresie w danej sytuacji klinicznej lub nieprawidłowo zinterpretowano uzyskane wyniki badań dodatkowych, takich jak KTG. W wielu analizowanych przypadkach stan kliniczny pacjentek zmieniał się w sposób dynamiczny, co wymagało szybkiego podejmowania decyzji, np. o wykonaniu cięcia cesarskiego. Taki zabieg jest operacją o dużym zakresie i stanowi dla położnicy znaczny uraz biologiczny. Do możliwych powikłań należą: ryzyko krwotoku, zakażenia rany pooperacyjnej z dalszymi powikłaniami septycznymi, powikłania zakrzepowo-zatorowe i zgon [8]. Do tego należy dodać podwyższone ryzyko wynikające z konieczności przeprowadzenia znieczulenia ogólnego [8, 9]. Pomocnym rozwiązaniem dla klinicystów jest korzystanie z algorytmów i wytycznych, zwłaszcza w stanach pilnych i nagłych.

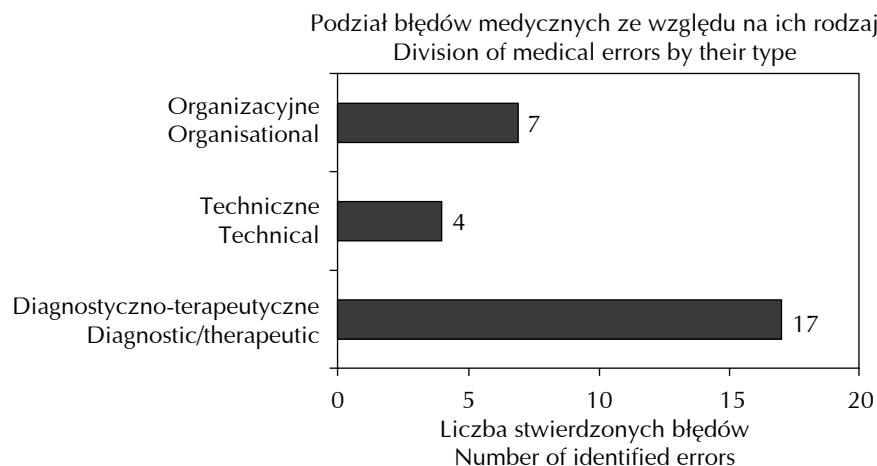
W grupie przypadków błędów medycznych znalazło się również kilka wynikających bezpośrednio z zabiegowego charakteru położnictwa, takich jak brak zabezpieczenia odpowiedniej obsady na potrzeby przeprowadzenia zabiegu lub nieprawidłowe wykonanie zabiegu pod względem technicznym.

Przypadki, w których stwierdzono błąd medyczny, podzielono na diagnostyczno-terapeutyczne, organizacyjne i techniczne (ryc. 2). Najczęściej popełniano błędy o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym, głównie związane z oceną wskazań do wykonania cięcia cesarskiego w trybie pilnym bądź nagłym oraz z interpretacją wyników badań dodatkowych, w szczególności KTG.

cases, either the diagnostic work-up was incomplete in a given clinical situation, or the results of additional tests, such as CTG records, were misinterpreted. In many cases analysed, the clinical condition of patients changed very rapidly, which required quick decisions, for example on the performance of caesarean section. It must be noted that caesarean section is a major operation causing an extensive biological intervention in women in labour. Possible complications include the risk of haemorrhage, postoperative wound infection with further septic complications, thromboembolic complications, and death [8]. The risk is additionally increased by the fact that the procedure is performed under general anaesthesia [8, 9]. The support tools available to clinicians include algorithms and guidelines which are useful especially in emergencies and urgent cases.

In the group of cases with identified medical errors, there were also several situations associated directly with the surgical aspects of obstetrics, such as the lack of adequate staffing for the surgical procedure or incorrect technical performance of the procedure.

The medical errors identified were divided into three categories: diagnostic/therapeutic, organisational, and technical (Fig. 2). Diagnostic/therapeutic errors were the most prevalent category, relating mainly to the faulty assessment of indications to perform caesarean section from emergency or ur-



Ryc. 2. Podział analizowanych błędów medycznych na diagnostyczno-terapeutyczne, techniczne i organizacyjne. W trzech przypadkach popełniono błędy należące do dwóch rodzajów (szczegóły w tekście)

Fig. 2. Division of analysed medical errors into diagnostic/therapeutic, technical, and organisational types. In three cases, the errors spanned two categories (details are provided in paper)

Zgodnie z obowiązującymi zasadami opiniowania sądowno-lekarskiego stwierdzenie zaistnienia błędu medycznego wymaga wykazania związku czasowego oraz przyczynowo skutkowego pomiędzy niepoprawnym postępowaniem lekarskim a skutkiem zdrowotnym tego postępowania. Artykuły 156, 157 i 160 k.k. wyróżniają możliwe skutki popełnienia błędu lekarskiego. Należą do nich: zgon, uszczerbek na zdrowiu oraz narażenie na ich zaistnienie [7]. Najczęstszym skutkiem zaistniałego błędu medycznego był zgon płodu lub noworodka w pierwszych dniach życia. Drugim co do częstości stwierdzonym uchybieniem było naruszenie art. 160 k.k. Żaden z analizowanych błędów medycznych nie doprowadził do zgonu położnicy. Natomiast istotny rozwój i dostępność do różnorodnych metod terapeutycznych pozwala często ograniczyć negatywne skutki niepoprawnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Zarówno zgony płodu bądź noworodka, jak i zgony położnic występowały znacznie częściej w grupie, w której personel medyczny postępował prawidłowo. Ta pozornie paradoksalna obserwacja prawdopodobnie wynika z przedstawionego powyżej problemu nieodróżniania niepowodzenia terapeutycznego od błędu medycznego. Jedynie w dwóch przypadkach doszło do zgonu matki i dziecka w wyniku popełnienia błędu medycznego.

Podsumowanie

Błąd medyczny stwierdzono w 1/3 spośród analizowanych przypadków.

Najczęstszymi sytuacjami, w których bezzasadnie wysunięto podejrzenie popełnienia błędu medycznego, były: wystąpienie niepowodzenia terapeutycznego, a w szczególności powikłań typowych dla okresu okołoporodowego łącznie z powikłaniami septycznymi i krwotokami położniczymi; ograniczenia wynikające z czułości i swoistości stosowanych metod diagnostycznych, brak współpracy pacjentek.

Błędy medyczne najczęściej miały charakter diagnostyczno-terapeutyczny i dotyczyły głównie zaniechania bądź opóźnienia wykonania cięcia cesarskiego pomimo istniejących pilnych lub nagłych wskazań oraz nieprawidłowo przeprowadzonej bądź zinterpretowanej diagnostyki (zwłaszcza zapisu KTG).

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

gent indications, and the interpretation of additional examinations, particularly CTG.

In accordance with the principles governing the preparation of medico-legal expert opinions, for an event to be recognised as a medical error, evidence for a temporal and causal relationship between inappropriate medical management and its impact on health must be provided. Art. 156, Art. 157 and Art. 160 of the Polish Penal Code distinguish a range of potential effects of medical errors, including death, impairment to health, and exposure to death or impairment to health [7]. The most prevalent effect of medical error was foetal death or neonatal death during the first days of life. The second most commonly identified medical failure was violation of Art. 160 of the PPP. None of the medical errors analysed led to the death of the mother after delivery. On the other hand, significant advances in various therapeutic modalities and their improved availability often reduce the adverse effects of inappropriate diagnostic and therapeutic procedures.

Both foetal/neonatal deaths and maternal deaths occurred more frequently in the group in which management by medical staff was considered appropriate. This seemingly paradoxical observation is probably due to the failure to differentiate between therapeutic failure and medical error outlined above. There were only two cases of maternal and neonatal death from a medical error.

Conclusions

A medical error was identified in one-third of all cases analysed.

The most common situations in which a medical error was suspected but then dispelled included: therapeutic failure (especially typical perinatal complications such as sepsis and obstetric haemorrhaging); limitations resulting from inadequate sensitivity and specificity of the diagnostic methods used; and lack of patient compliance.

The most prevalent errors were of the diagnostic/therapeutic category, and involved primarily the failure to perform or delaying the performance of caesarean section despite emergency or urgent indications, or incorrectly performed or misinterpreted diagnostic work-up (specially the CTG record).

The authors declare no conflict of interest.

Piśmiennictwo

References

1. Włodarczyk C, Czupryna A. Błąd medyczny – uwarunkowanie ergonomiczne. Warszawa Drukarnia Naukowa PAN, Warszawa 2010.
2. Marek Z. Błąd medyczny. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków 1999.
3. Krajewski R. Sprawozdanie z pracy Naczelnego Sądu Lekarskiego III kadencji. Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, 6/7: 23.
4. Deboa D. Błędy medyczne z zakresu chirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej PAM i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Arch Med Sąd Kryminol 2007; 57: 205-209.
5. Kabiesz-Neniczka S. Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach. Arch Med Sąd Kryminol 2000; 50: 49-56.
6. Winiarska A, Michalak M, Dubiel A, Przybycien P, Ratusznik F, Konopka T. Malpractice opinions as given by the Institute of Forensic Medicine in Krakow in 2014-2015. Przegl Lek 2017;
7. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840 ze zm.).
8. Bręborowicz GH. Położnictwo i ginekologia. Tom 1 (wyd. 2). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017.
9. Kamiński B, Kubler A. Anestezjologia i intensywne terapia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014.

Adres do korespondencji

Magdalena E. Kusior
Studenckie Koło Naukowe Medycyny Sądowej
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
ul. Grzegórzecka 16
31-531 Krakow, Poland
e-mail: magdalena.kusior9@gmail.com

Nadesłano: 5.06.2019

Zaakceptowano: 22.01.2020

Address for correspondence

Magdalena E. Kusior
Student Scientific Circle of Forensic Medicine
Jagiellonian University Medical College
16 Grzegórzecka St.
31-531 Krakow, Poland
e-mail: magdalena.kusior9@gmail.com

Submitted: 5.06.2019

Accepted: 22.01.2020