

X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus

Budapest Hotel Mercure****

2011. november 4.-5.



Talált betegek

Dr. Botos Péter

**Markhot Ferenc Kórház Eger
Sürgősségi Betegellátó Osztály**

Az előadás témája

- **Definíció**
- **Talált beteg a területen:**
 - **epidemiológia**
 - **etiológiai tényetők**
 - **triage**
 - **megközelítés, menedzsment**
 - **ismeretlen beteg fals néven**
- **Talált beteg a kórházban: A MET riasztások tapasztalatai**
- **Saját eseteink**
- **Összefoglalás, üzenet**

Kikről is van szó ?

Profile of unaccompanied unconscious patients in the emergency department

D. P. Singh,¹ R. P. Acharya,² S. Singh³

¹Bir Hospital, National Academy of Medical Sciences, Kathmandu; ²Tribhuvan University Teaching Hospital, Institute of Medicine, Kathmandu; ³KIST Medical College, Kathmandu, Nepal

Correspondence to: D. P. Singh, Bir Hospital, National Academy of Medical Sciences, Kathmandu

Email: drdhruprasadsingh@gmail.com

Abstract

Introduction: The burden of unknown and unconscious patient is a common challenge to provide medical care in the emergency department of the hospitals. As the social security systems like insurance does not exist and poverty is rampant, it will continue in the future too. In this context this study is an attempt to analyze the morbidity & mortality as well as the types of illness, causes of unconsciousness and the source of unconsciousness in these patients without any identity.

Methods: A retrospective analysis of the unaccompanied, unconscious patients attending the emergency department of Bir hospital during the Nepali year 2066 Bikram Sambat (14 April 2009 to 13 April 2010) was carried out.

Results: Two-thirds of these patients were brought to hospital by the police. The next category (20%) were brought by unknown person and left without any information.

Conclusions: Use of the type of substance and their nature remains unclear and there is a need to develop a trend to identify these substances so that specific treatment and hence preventive measures can be implemented effectively.

Keywords: Destitute, unconscious, unknown substance

Introduction

The burden of unknown and unconscious patient is a common challenge to provide the medical care in the emergency department of Bir Hospital. As many hospitals and medical institutions are hostile to accept patients without capacity to pay, most of the patients are either directly brought or referred to Bir Hospital. Throughout the world, emergency department of the hospitals face the challenge to take care of the destitute.¹ Obviously, the society tends to value the productive population and the destitute do not receive preference in care.² Thus, it has lots of problems & constraints to sort out and to provide the medical care. Such an 'acute confusional state' is difficult to be defined and as such needs further study.³ The coma mnemonic, AEIOU TIPS, (alcohol, epilepsy, insulin,

overdose, uremia, trauma, infection, psychiatric, stroke) provides an excellent memory tool for the evaluation of decreased level of consciousness in the emergency setting.⁴

This study has been aimed to analyze the morbidity & mortality as well the types of illness, causes of unconsciousness and the source of unconscious, unknown patient. Even though this is a day to day problem, there has been hardly any study in Nepal in this field.

Methods

A retrospective analysis of the unaccompanied, unconscious patients attending the emergency department of Bir hospital during the Nepali year 2066 Bikram Sambat (14 April 2009 to 13 April 2010) was carried out. Only unconscious patients who were not accompanied by their



Kikről is van szó ? (2)

Incidence and Characteristics of Preventable Iatrogenic Cardiac Arrests

1. [Susanna E. Bedell](#), MD;
2. [David C. Deltz](#), MD, PhD;
3. [David Leeman](#), MD;
4. [Thomas L. Delbanco](#), MD

[=] Author Affiliations

1. *From the Division of General Medicine and Primary Care, Department of Medicine, Harvard Medical School; Beth Israel Hospital; the Charles A. Dana Research Institute; and the Harvard-Thorndike Laboratory, Boston, Mass. Dr Bedell is now in private practice in Palestine, Tex.*

Abstract

We studied the contribution of iatrogenic illness to cardiac arrest among patients hospitalized in 1981 in a university teaching hospital. During this 1-year period, 28 (14%) of 203 arrests in which resuscitation was attempted followed an iatrogenic complication. Seventeen (61%) of the 28 patients died. The demographic characteristics of patients with iatrogenic arrest did not differ strikingly from those of other patients who arrested. However, patients with iatrogenic arrest were less likely to be in cardiogenic shock or to have suffered an acute myocardial infarction prior to arrest. They were more likely to survive to discharge from the hospital and to be taking digoxin or antiarrhythmic medication prior to arrest. Among the 28 cases of iatrogenic cardiac arrest, 18 (9% of all arrests) might have been prevented by stricter attention to the patient's history, findings on physical examination, and laboratory data. The most common causes of potentially preventable arrest were medication errors and toxic effects (44%) as well as suboptimal response by physicians to clinical signs and symptoms (28%), most frequently dyspnea and tachypnea. Rapid, appropriate response to abnormal drug levels, to electrocardiographic signs of averse drug effects, and to signs and symptoms of congestive heart failure or toxic effects from digoxin might decrease the incidence of cardiac arrest among hospitalized patients.

(*JAMA*. 1991;265:2815-2820)



X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure - 2011. november 4.-5.

Ismeretlen, azonosíthatatlan, kísérő nélküli, (többnyire) eszméletlen beteg

- **A nemzetközi irodalomban John/Mary Doe (szindróma) néven ismert**
- Pamela J. Claps MD, William A. Berk MD
The John Doe syndrome: Diagnosis and outcome of patients unidentified at the time of emergency department admission

[The American Journal of Emergency Medicine](#)

[Volume 10, Issue 3](#), May 1992,

Pages 217-218



Ismeretlen, azonosíthatatlan, kísé- rő nélküli, (többnyire) eszméletlen beteg

Department of Emergency Medicine, Wayne State

University Medical School, Detroit, MI.

Vizsgálati idő: 12 hónap

Eredmények: 344 beteg

(össz betegszám 0,44%-a)

Átlagéletkor 36,9 év,

71% ffi,

12% cardiac arrest (100% mortalitás!!!)

Alkohol intoxicatio 62%

Neuropsychiátriai betegségek 59,1%

Drug overdose 27,4 %

Major trauma 16.2 %

GM roham 13%

Egyéb 11,1 %

- **Teljes halálozás 42% !!!**
- **Az azonosított betegek 99%-a túlélő !**



Ismeretlen, azonosíthatatlan, kísérő nélküli, (többnyire) eszméletlen beteg

Következtetések:

- A mortalitási adatok, az eredmények alapján **fokozottan veszélyeztetett** betegcsoportról van szó!
- Leggyakoribb okok az alkohol a kábítószer és a pszichiátriai betegségek! (**But! Don't label the patient !**)
- **Megközelítés: ALS ! , ABCDE ! ,**

Tudatzavar esetén: AEIOU TIPS

A => alkohol	T => trauma
E => epilepszia	I => infekció
I => inzulin	P => psych.
O => overdose/opiátok	S => stroke
U => urémia	

- **Gondos fizikális vizsgálat ☺ !!! :**
ruhátlan teljes test, bőr (külsérelmi nyomok!), különös ismertetőjelek, körmök, száj, testnyílások, váladékok
- **Hatósági bejelentés !!! AZONOSÍTÁS !!!**



Ismeretlen, azonosíthatatlan, kísé- rő nélküli, beteg, **fals néven**

A fals név megadásának okai:

- **Alias:** tanúvédelmi program, nem egészségügyi okok
- **Pseudonym:** félelem a személyazonosság kiderülése miatt (gang member)
- **Manipulátor:** munkahelyi baleset, sérülés, biztosítási csalás
- **Amnézia:** alkalmi konvulziók, gyógyszer addikció (BZD)
- **Münchausen szindróma:** teljes szerv, szervrendszeri kórtörténet
- **A fondorlatos:** 22 napos biztosítási fedezet kölcsönvett kártyával
- **Pszichotikus:** endogén pszichiátriai okok miatt ködösíti a személyazonosságát
- **Újonnan felvett név:** transzsexualis beteg

Anyagi előnyök, pszichoszociális előnyök, valódi pszichiátriai betegségek. => Felismerés



Talált beteg a területen

- 43 éves nő, ismeretlen személyazonosság
- Erdőben földön fekve találtak rá
- Környezetében gyógyszerek, nem azonosítható doboz és bliszter
- Hypothermia Tc: 30,8 °C
- Tudatzavar : AVPU, stabil cardioresp. állapot
- Légútvédelem miatt ET tubus, CPAP
- Külső, belső melegítés, monitorozás
- Labor, toxicologia (CK emelkedett, tox. neg)
- Azonosítás, pszichiátriai kezelés. Suicid szándék, antipsychoticumok
- Gyors állapotjavulás, extubatio, pszichiátriai áthelyezés





Talált beteg a kórházban

AHA nemzeti regiszter 2000. január – 2006. május

- Évi 750 000 cardiac arrest a kórházakban!
- 1-4% látogató, személyzet
- **Hipotézis:** a relatíve egészségesebb populáció túlélési adatai jobbak
- 250 yard rule: hospital crash team
- 147 beteg (63,8 év, 60% ffi, 10% alkalmazott, VF:43%, PEA 21%), kontroll csoport: kórházi betegek

Resuscitation 80 (2009) 65–68

Contents lists available at ScienceDirect

 **Resuscitation** 

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation

Clinical paper

Cardiac arrests of hospital staff and visitors: Experience from the national registry of cardiopulmonary resuscitation[☆]

Bruce D. Adams^{a,*}, Robert J. Jones^a, Roxana E. Deigado^a, Gregory Luke Larkin^b,
The American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators¹

^a Department of Clinical Investigation, William Beaumont Army Medical Center, 5005 North Piedras Street, El Paso, TX 79920-5001, United States
^b Department of Emergency Medicine, Brooke Army Medical Center, San Antonio, TX, United States
^c Emergency Medicine Section, Surgery Department, Yale School of Medicine, New Haven, CT, United States

ARTICLE INFO

Article history:
Received 9 May 2008
Received in revised form 10 September 2008
Accepted 18 September 2008

Keywords:
Automated external defibrillator (AED)
Cardiopulmonary resuscitation (CPR)
Emergency treatment
Medical Emergency Team
Return of spontaneous circulation
Tracheal intubation
Utstein template
Witnessed cardiac arrest

ABSTRACT

Aim of the study: Approximately 750,000 in-hospital cardiac arrests occur annually in the United States. Many will occur to visitors or staff members within the hospital's public areas. We sought to provide a descriptive analysis of visitor cardiac arrests in hospitals and to compare survival outcomes to matching inpatient arrests.

Methods: We queried the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR[®]) for all adult cardiac arrests from January 2000 to May 2006 that occurred to visitors or employees anywhere within the hospital. Visitors were matched to inpatient cardiac arrests from within the same NRCPR database for age, gender, race, prior residence and functional status, and presenting rhythms. The compared outcomes were return of spontaneous circulation (ROSC), survival to 24 h (S24), and survival to discharge (SHD). Results: 147 visitors suffered a cardiac arrest during the study period. S24 (48% vs. 37%, $p=0.011$) and SHD (42% vs. 24%, $p<0.0001$) were both higher in the visitor cohort. However, ROSC did not significantly differ between visitors and controls (57% vs. 51%). Visitor cardiac arrests occurred in a wide variety of locations. Conclusion: Cardiac arrest among hospital visitors is a relatively common event. The survival outcomes of hospital visitors compared unfavorably to that of recently published experience with out-of-hospital cardiac arrest victims.

Published by Elsevier Ireland Ltd

1. Introduction

Approximately 750,000 in-hospital cardiac arrests occur annually in the United States alone.¹ An estimated 1–4% of these arrests will occur to non-patients, specifically visitors or staff.^{2,3} Modern

ing areas, gift shops, lobbies, or food courts where medical staff and equipment are not readily present.^{9–10}

One would expect that presumably healthier hospital visitors and staff would enjoy better survival outcomes after cardiac arrest than inpatients within the same building.^{1,11} However, this may not

X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure 2011. november 4.-5.

Talált beteg a kórházban

AHA nemzeti regiszter 2000. január – 2006. május

Eredmények:

Vizsgált adat	Látogatók/személyzet	Kontroll csoport (kórházi betegek)	p
Survival to hospital discharge (SHD)	42%	24%	p<0,001
24 hours survival	48%	37%	p~0,011
ROSC összesen	57%	51%	p~0,266 ns
ROSC munkaidőben	58%	46%	p~0,23 ns

Resuscitation 80 (2009) 65–68

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation

Clinical paper

Cardiac arrests of hospital staff and visitors: Experience from the national registry of cardiopulmonary resuscitation*

Bruce D. Adams^{1,4}, Robert J. Jones⁵, Roxana E. Delgado³, Gregory Luke Larkin⁶,
The American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators¹

¹ Department of Clinical Investigation, William Beaumont Army Medical Center, 5005 North Proctor Street, El Paso, TX 79920-5001, United States
² Department of Emergency Medicine, Brooke Army Medical Center, San Antonio, TX, United States
³ Emergency Medicine Section, Surgery Department, Yale School of Medicine, New Haven, CT, United States

ARTICLE INFO

Article history:
 Received 9 May 2008
 Received in revised form 10 September 2008
 Accepted 18 September 2008

ABSTRACT

Aim of the study: Approximately 750,000 in-hospital cardiac arrests occur annually in the United States. Many will occur to visitors or staff members within the hospital's public areas. We sought to provide a descriptive analysis of visitor cardiac arrests in hospitals and to compare survival outcomes to matching inpatient arrests.

Methods: We queried the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation (NRCPR®) for all adult cardiac arrests from January 2000 to May 2006 that occurred to visitors or employees anywhere within the hospital. Visitors were matched to inpatient cardiac arrests from within the same NRCPR database for age, gender, race, prior residence and functional status, and presenting rhythms. The compared outcomes were return of spontaneous circulation (ROSC), survival to 24 h (S24), and survival to discharge (SHD). **Results:** 147 visitors suffered a cardiac arrest during the study period. S24 (48% vs. 37%, p=0.011) and SHD (42% vs. 24%, p<0.0001) were both higher in the visitor cohort. However, ROSC did not significantly differ between visitors and controls (57% vs. 51%). Visitor cardiac arrests occurred in a wide variety of locations. **Conclusion:** Cardiac arrest among hospital visitors is a relatively common event. The survival outcomes of hospital visitors compared unfavorably to that of recently published experience with out-of-hospital cardiac arrest victims.

Published by Elsevier Ireland Ltd

1. Introduction

Approximately 750,000 in-hospital cardiac arrests occur annually in the United States alone.¹ An estimated 1–4% of these arrests will occur to non-patients, specifically visitors or staff.^{2,3} Modern

ing areas, gift shops, lobbies, or food courts where medical staff and equipment are not readily present.^{8–10}

One would expect that presumably healthier hospital visitors and staff would enjoy better survival outcomes after cardiac arrest than inpatients within the same building.^{1,11} However, this may not

X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure 2011. november 4.-5.

Talált beteg a kórházban

AHA nemzeti regiszter
2000. január – 2006. május

Következtetések:

- „egészségesebb” voltuk ellenére a látogatók és alkalmazottak ROSC eredményei nem jobbak!
- A kedvezőtlenebb eredmények oka vs. a korai defibrillatio késése! RRT, code TEAM, MET team
- **A kaszinók és a repülőterek statisztikái jobbak!**
- AED a kórházakban ?=> további vizsgálatok

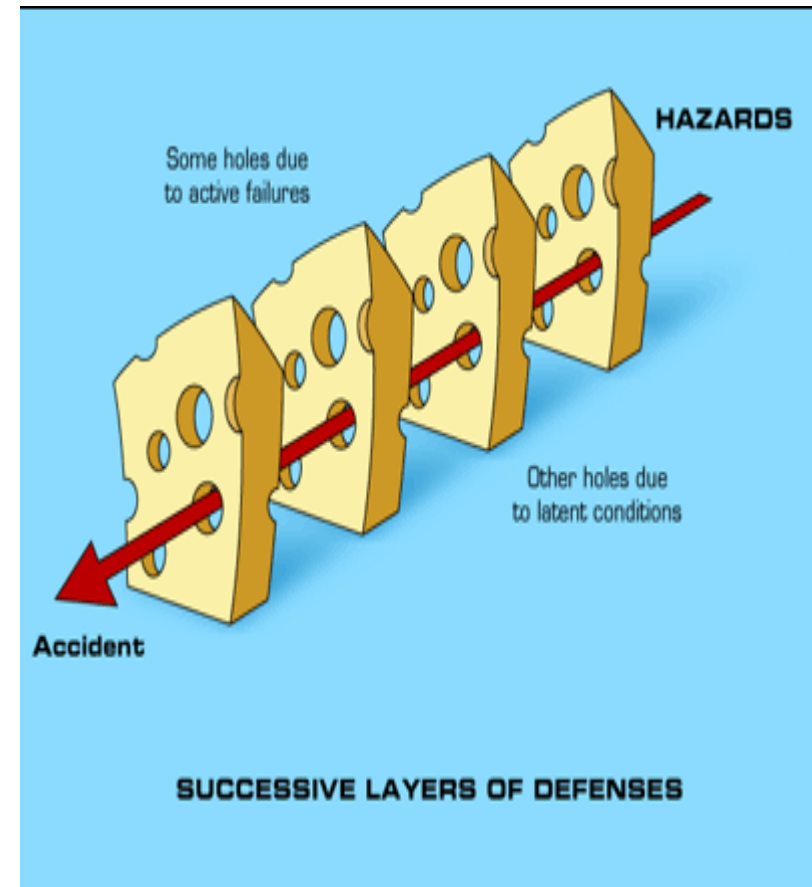


Talált beteg a kórházban

MET riasztások tapasztalatai:

A betegek többségénél szuboptimális a kórházi kezelés

- Az ICU felvételek 41%-a potenciálisan elkerülhető lett volna
- A betegek többsége késve kerül felvételre az intenzív osztályra
- A kritikus állapot kialakulásához vezető leggyakoribb okok:
 - szervezeti hiányosságok
 - a klinikai sürgősség felismerésének hiánya
 - megfelelő felügyelet/obszerváció hiánya
 - a segítség kérésének elmaradása
 - egészségügyi ismeretek hiánya



Talált beteg a kórházban saját eseteink

- 58 éves ffi, paranoid sch. in anamn.
- Pszichiátriai kezelés 29 napja
- Hirtelen fokozódó fulladás miatt MET hívás
- Helyszínen légzési elégtelenség tünetei
- Bal oldalon gyengült légzés, vegyes szörtyzörejek, kifejezett foetor ex ore
- ITO helyhiánya miatt SBO stabilizáció
- Mrtg-n a teljes bal oldali tüdőfél fedettsége
- Labor, AB, ET intubatio, SIMV, keringéstámogatás hypotensio miatt.
- Diagnosztikus mellkas punctio (pus!) után mellkasi drain, 2000 ml sűrű purulens punctatum !
- Gyors állapotjavulás, extubatio, pulmonologiai áthelyezés





Talált betegek

Dr. Botos Péter

Markhot Ferenc Kórház Eger Sürgősségi Betegellátó Osztály

Üzenet:

1. A talált beteg mindig fokozott figyelmet igényel (code red!)
2. A magas mortalitás és időfaktor miatt késlekedés nem megengedett!
3. Gyors diagnózis és adekvát terápia szükséges
4. Gondos fizikális vizsgálat és dokumentáció
5. ABCD és AIEOU TIPS
6. A beteg azonosítása életmentő lehet
7. Képzés, oktatás, szemlélet, protokollok, képzés, oktatás
8. **Elsődleges a beteg és az ellátó személyzet biztonsága!!!**



Talált betegek
Dr. Botos Péter
Markhot Ferenc Kórház Eger
Sürgősségi Betegellátó Osztály

... és ha végül is
jól csináljuk ...



X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure 2011. november 4.-5.



Talált betegek
Dr. Botos Péter
Markhot Ferenc Kórház Eger
Sürgősségi Betegellátó Osztály

... mi is
elégedettek
leszünk ...



X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure 2011. november 4.-5.

Talált betegek
Dr. Botos Péter
Markhot Ferenc Kórház Eger
Sürgősségi Betegellátó Osztály

... és
betegeink is
elégedettek
lesznek.



X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure 2011. november 4.-5.



Köszönöm a figyelmet!

**X. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus
Budapest Hotel Mercure 2011. november 4.-5.**