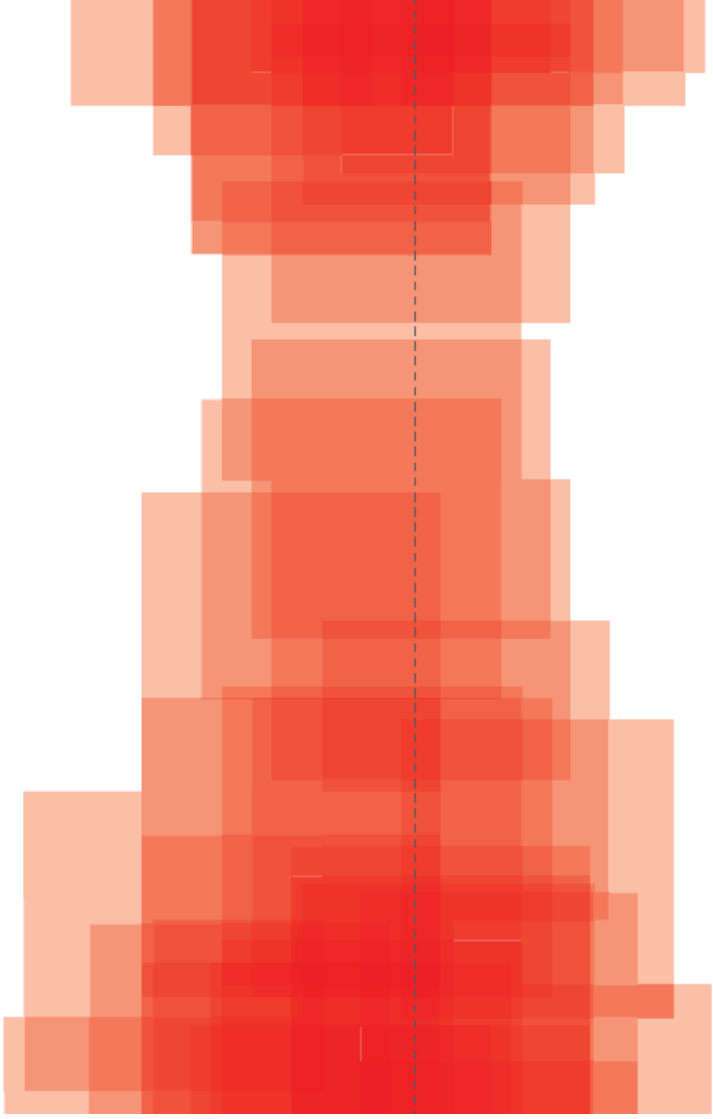

úrad pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

Kazuistiky

2017

www.udzs-sk.sk

Želllova 2
829 24 Bratislava

© ÚDZS 2018

www.udzs-sk.sk

úrad pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

Kazuistiky

2017

www.udzs-sk.sk

Obsah

NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Nesprávna diagnostická úvaha..... 2
Venuje sa dostatočná pozornosť pacientom s DM?..... 8
Kvantita neznamená kvalita, manažment pacienta na ambulancii VLPD..... 12
Manažment pooperačnej starostlivosti u rizikovej pacientky z hľadiska popôrodných komplikácií..... 17
Nediagnostikovanie zlomeniny po úraze..... 21
Bolo zhodnotenie stavu vysokorizikového pacienta na internej ambulancii správne?..... 28
Neštandardný postup lekára pri liečbe benígnej hyperplázie prostaty..... 32
Náhle úmrtie 72-ročného pacienta..... 34
Podcenenie alergickej anamnézy..... 39
Nesprávny manažment pacientky s novovzniknutými bolesťami na hrudníku..... 42

SPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Prekvapivý priebeh hospitalizácie s letálnym koncom..... 48
Pracovný úraz v Severoafrickej republike, následná liečba v SR... 56
Nerozpoznaný infarkt myokardu v Ústave na výkon trestu odňatia slobody?..... 58
„Akútna myeloidná leukémia“..... 60
Keď pacient podcení liečbu – komplikácia po intravenóznej aplikácii lieku..... 65
Dentogénny pôvod zápalu?..... 68
Neúplné zdravotné poistenie – príčina neskorého načasovania operácie..... 71
Keď pravá ruka vie, čo robí ľavá..... 74
Náhle úmrtie 47-ročnej pacientky (fajčiarky)..... 77
Zriedkavá príčina úmrtia tehotnej pacientky 80

Použité skratky..... 86

NESPRÁVNA DIAGNOSTICKÁ ÚVAHA

Podnet na preverenie správnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti podal na pobočku úradu otec pacienta. V podnete podávateľ vyjadril o. i. nespokojnosť s časom dojazdu a postupom posádky ZZS. Dňa 1. 11. 2014 v čase o 22,18 hod. volala na OS ZZS matka pacienta. Oznámila operátorovi tiesňovej linky ZZS, že syn sa liečil na vysoký tlak, ale v čase volania mal tlak veľmi nízky, zalieval ho studený pot, skolaboval, ležal na zemi, udával rezavú bolesť za hrudnou kosťou vyžarujúcu vpravo do hrudníka a do pravej ruky, mal aj trombózu v lýtkach. Popisované ťažkosti v minulosti ešte v takom rozsahu nemal. Pacient sám nebol schopný telefonovať a komunikovať priamo s operátorom ZZS.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V čase o 22,24 hod. bola k pacientovi OS ZZS vyslaná posádka RLP, ktorá vyrazila o 22,25 hod. Vzdialenosť sídla stanice k miestu zásahu bola podľa zvolenej trasy od 7,1 do 10,1 km s časom dojazdu 12 - 15 min. pri ideálnej premávke. Posádka dorazila na miesto o 22,40 hod., čiže o 15 min. od vydania pokynu na zásah.

Anamnesticky: 57-ročný pacient, diabetik, liečený na hlbokú žilovú trombózu fraxiparínom. Podľa vyjadrenia OS ZZS lekár RLP následne kontaktoval operátora tiesňovej linky ZZS 155 a konzultoval stav pacienta v šokovom stave a jeho smerovanie prostredníctvom konferenčného hovoru OS ZZS so službukonajúcim lekárom ÚZZ, kam bol následne pacient posádkou ambulancie ZZS RLP smerovaný. AA: neuvedená. TO: Dnes večer po príchode domov pacient skolaboval, spotený, schvátený, pri vedomí, udáva rezanie na pravej strane hrudníka. Objektívny nález – GCS 15 bodov; pacient pri vedomí; zrenice izokorické, bilaterálne šírky 3mm/3mm; prítomná fotoreakcia. Neurologický nález a poranenia nie sú zhodnotené a zaznamenané. Spontánne dýchanie prítomné - eupnoe, dýchacie cesty priechodné, auskultačný nález bez vedľajších fenoménov. Spontánna akcia srdca pravidelná - sínusový rytmus, pulz centrálny prítomný, prítomnosť periférneho pulzu nie je uvedená, zhodnotenie kvality centrálneho a periférneho pulzu chýba. Koža bledá, zhodnotenie kapilárneho návratu nezaznamenané. EKG: zaznamenané: SR, elevácie ST v III, aVF,

depresie ST v I. a aVL. Záznam EKG nie je priložený k dokumentácii. Bolesť hodnotená ako znesiteľná. Vyšetrenie brucha nezaznamenané. VF: TK nemerateľný, HR 75/min, SpO_2 90 %, DF nezaznamenaná, glykémia 14,1 mmol/l. Bez záznamu času hodnotenia parametrov vitálnych funkcií. Výkony: i. v. katéter. Terapia: Voluven 500 ml i. v., Adrenalín 1 amp. i. v., Propofol 1 amp. i. v.; bez uvedenia času podanej terapie. Diagnóza: Kardiogénny šok. STEMI. ÚZZ bolo vzdialené od miesta zásahu 350 m, s časom dojazdu 2 min. pri ideálnej premávke. Posádka ambulancie RLP odovzdala pacienta na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny v čase 23,13 hod. Pacient bol v starostlivosti lekára ZZS 33 min. Prevzatie pacienta je potvrdené podpisom a pečiatkou službukonajúceho lekára na OAIM.

Podľa zdravotnej dokumentácie vedenej v ÚZZ pri prijatí bol pacient privezený zaintubovaný, na UPV, cyanotický, s asystóliou, mydriázou. Pri objektívnom vyšetrení na OAIM: TK 30/20, AS 20/min, TT 35 °C, porucha vedomia, OTI, UPV, cirkulačne nestabilný, opakovane resuscitovaný pre asystóliu a hypotenziu, cyanóza kože, habitus normostenický, zrenice mydriatické, bilat. súmerné, fotoreakcia neprítomná, zaistená v. subclavia l. dx. + a. femoralis l. dx., AS najskôr neprítomná, po KPR prítomná, aa. carotides bilat. hmatné, dýchanie bilat. prítomné, oslabenie vľavo, bez VDF, brucho bez počuteľnej peristaltiky, DK mramorové, chladné, v PK moč číry. Na OAIM bola okamžite zahájená urgentná KPR s nepriamou masážou srdca, boli podávané vysoké dávky inotropnej a vasopresorickej podpory, ďalej sa pokračovalo trojkombináciou inotropnej a vazopresorickej podpory Noradrenalin, Dobutrex, Adrenalin. Pacient bol po prechodnom obnovení cirkulácie prevezený na katetrizačný sál, kde bola emergentne realizovaná koronarografia. **Záver koronarografického vyšetrenia vylúčil akútny uzáver koronárnej cievy.** Pre vznik závažnej bradykardie bola na katetrizačnej sále zavedená cestou v. femoralis l. dx. externá elektróda. Stimulácia bola elektricky účinná, no bez efektu na TK. Napriek externej masáži srdca a masívnej farmakologickej podpore sa nedarilo obnoviť efektívnu činnosť srdca a krvného obehu. Dňa 2. 11. 2014 o 01,00 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Na základe pitvy vykonanej na súdnolekárskom pracovisku bola príčinou smrti **masívna obojstranná embólia do a. pulmonalis** pri hlbokej žilovej trombóze predkolenia ľavej dolnej končatiny.

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadov nedostatky. **Zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá pri ošetrení pacienta nie je možné hodnotiť ako poskytnutú správne, včas a v adekvátnom rozsahu**. Výjazd posádky bol realizovaný v súlade s platnými predpismi. V zdravotnej dokumentácii zásahovej skupiny (ZoZZSO) a v písomnom vyjadrení poskytovateľa sa k predmetnému dohľadu nachádzajú **zásadné rozdiely** v popise rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi.

Podľa ZoZZSO posádka zhodnotila klinický stav pacienta len raz, pravdepodobne v čase prvého kontaktu s pacientom, napriek tomu, že poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vrátane transportu na OAIM vzdialeného 350 m bolo v trvaní 33 min. Popis EKG nie je kompletný, chýba popis v zmysle 12 zvodového EKG záznamu - zmeny vo V1 - V6 (hrudné zvody). Originál EKG záznamu poskytovateľ nepredložil, a preto popis nie je možné verifikovať. Lekár do ZoZZSO neuviedol, o akú lokalizáciu akútneho koronárneho syndrómu s ST eleváciami má ísť. Podľa lekárom uvedeného popisu EKG mohlo ísť o spodný (diafragmálny) AIM (elevácie ST vo II., III. aVF, depresie ST v I, aVL, V1 - V4) alebo o kombináciu spodného AIM s AIM pravej komory, ak by bola navyše prítomná vlna Q v III., aVF. Naproti tomu poskytovateľ vo svojom vyjadrení uviedol, že lekár a zásahová skupina ambulancie RLP na mieste zásahu vykonali prvotné aj druhotné vyšetrenie pacienta, odobrali anamnézu, vykonali fyzikálne vyšetrenie pacienta, využili všetky vyšetrovacie metódy dostupné v ambulancii RLP a na mieste zásahu, vrátane 12 zvodového EKG vyšetrenia.

Je možné usúdiť, že u pacienta nešlo o kardiogénny šok pri STEMI, ale o kardiogénny šok na základe zlyhania cirkulácie pri pľúcnej embólii (PE), tzv. kardiogénny šok s nízkym srdcovým výdajom bez prejavu ľavostranného srdcového zlyhávania. Lekár zásahovej skupiny RLP mal uvažovať pri pozitívnej osobnej anamnéze venóznej trombózy dolných končatín u pacienta o možnej pľúcnej embólii (PE) s kardiogénnym šokom s nízkym srdcovým výdajom.

Diagnostický postup s realizáciou EKG záznamu v preukázanom rozsahu nie je možné považovať za adekvátne realizovaný. V ZoZZSO úplne chýba väčšina údajov, ktoré by mohli objektivizovať klinický stav

pacienta a jeho vývoj, reakciu na podanú i. v. liečbu počas 33 minút poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti posádkou ZZS. Chýbajú: záznam času prvého hodnotenia parametrov vitálnych funkcií; záznamy o opakovanom zmeraní a hodnotení parametrov vitálnych funkcií TK, AS, SpO_2, DF; kvality dýchania; opakované hodnotenie stavu vedomia u pacienta; záznam o zhodnotení náplne krčných žíl; opuchu oboch alebo jednej dolnej končatiny, event. palpačná či celková bolestivosť a ďalšie detaily. Rozporné skutočnosti sú aj v rozsahu terapeutických zásahov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Pochybením bolo nezaznamenanie orotracheálnej intubácie v sedácii Propofolom s následnou UPV. Lekár neuviedol ani základný terapeutický postup - aplikáciu základnej inhalačnej kyslíkovej liečby maskou u pacienta v šokovom stave so SpO_2 90 %. Nie je zaznamenaná ani zmena vedomia/GCS u pacienta či už vplyvom sedácie Propofolom i. v., alebo pri zmene jeho klinického stavu. Z výkonov bolo zaznamenané len zavedenie vnútrožilového katétra s následným podaním infúznej a medikamentóznej liečby: Voluven 500 ml i. v., Adrenalin 1 amp. (1 mg) i. v., Propofol 1 amp. (20 ml/100 mg) i. v. Čas podania jednotlivých liečiv zaznamenaný nie je.

Akútne srdcové zlyhávanie (ASZ) je definované ako rýchly vznik alebo zmena znakov a symptómov SZ, ktoré si vyžadujú urgentnú liečbu. V rámci štandardného terapeutického postupu sa pri liečbe akútneho srdcového zlyhávania s prejavom kardiogénneho šoku (s pľúcnym edémom či s nízkym srdcovým výdajom) neodporúča infúzna objemová liečba (pacientovi podané 500 ml i. v. 6 % Voluven), prípustná je malá dávka roztoku kryštaloidov. 6 % izovolumické koloidné roztoky (Voluven 6 %) sú menej vhodné. Nevhodné sú 10 % koloidné roztoky charakteru plazma expandéru. Odporúčané je podanie látok s pozitívnym inotropným efektom. Indikovaný je Noradrenalin v infúzii v dávke 0,2 - 1,0 µg/kg/min, Adrenalín bolusovo 1 mg môže byť podaný i. v. len v priebehu resuscitácie, (opakovanie každých 3 - 5 minút) alebo v infúzii v dávke 0,05 - 1,0 µg/kg/min.

V podmienkach prednemocničnej neodkladnej starostlivosti je pre prvú orientáciu o stave pacienta dôležité posúdenie základných životných funkcií: krvného obehu a dýchania na základe vyšetrenia stavu vedomia, posúdenia príznakov hemodynamickej výkonnosti (kvality pulzu, prekrvenia kože, náplne krčných žíl, zjavných vonkajších strát krvi) a dýchania (eupnoe, tachypnoe, hyperpnoe, hypoventilácia).

Pokles krvného tlaku znamená relatívne neskorú manifestáciu prehlbujúceho sa šoku. Normalizácia krvného tlaku na strane druhej neznamená zvládnutie šoku. Prednemocničná starostlivosť nespočíva iba v liečbe krvného tlaku, ale znamená obnovenie hemodynamickej stability a rovnováhy, udržanie dostatočnej výmeny dýchacích plynov, zlepšenie zásobenia životne dôležitých orgánov kyslíkom, prevenciu rozvoja orgánového poškodenia.

Pacient mal závažné ochorenie cievneho systému, ktoré bolo ošetrujúcemu lekárovi známe. Hlboká žilová trombóza (HŽT) je ochorenie spôsobené trombotickým uzáverom alebo zúžením hlbokých subfasciálnych žíl na dolných končatinách. Závažnosť ochorenia spočíva v možných bezprostredných život ohrozujúcich komplikáciách, medzi ktoré patrí aj embólia do a. pulmonalis. Prevalencia HŽT v civilizovaných krajinách sa pohybuje okolo 2 - 3 %, incidencia sa udáva 50 - 150/100 000 obyvateľov za rok. Komplikácia akútnej flebotrombózy - embolizácia sa vyskytuje až u 70 % pacientov s neliečenou HŽT, pričom len 30 % je symptomatických.

Pľúcna embólia (PE) je pomerne častá naliehavá kardiovaskulárna príhoda. Uzáver časti pľúcneho artériového riečiska môže viesť k akútnemu život ohrozujúcemu zlyhaniu pravej komory, ktoré je však potenciálne reverzibilné. Masívna pľúcna embólia do pľúcnice alebo do jej hlavných vetiev spôsobí zväčša okamžitú smrť. Ak sa tak nestane, vznikne šok alebo obraz akútneho pľúcneho srdca. Chorého sa zmocní strach zo smrti a úzkosť. Má zvieravú bolesť na hrudi z ischémie srdcového svalu, vyskytuje sa dýchavica, cyanóza, pacient je bledý, pokrytý studeným potom, klesá mu tlak krvi a má nitkovitý pulz, psychické poruchy alebo zmeny vedomia sú tiež prítomné. Diagnóza PE sa môže aj vynechať najmä v prípadoch, keď klinický obraz nie je jednoznačný. Včasná správna diagnóza je základom úspechu liečby. Symptómy u pacientov so suspektnou PE sú rôzne aj s rôznou prevalenciou (napr. dyspnoe, bolesť na hrudníku pleuritická alebo substernálna, kašeľ, hemoptýza, synkopa, horúčka, cyanóza, a iné). Suspektná PE je naliehavá, bezprostredne život ohrozujúca situácia a pacienti v šokovom stave a/alebo s hypotenziou predstavujú osobitný klinický problém. Systolická hypotenzia je definovaná ako hodnota systolického TK < 90 mmHg alebo pokles tlaku krvi o minimálne 40 mmHg na dobu aspoň 15 minút. Šok a hypotenzia sú základnými znakmi vysokého rizika včasného úmrtia pri akútnej PE.

V prípade pacientov so suspektnou alebo potvrdenou PE, ktorí sú v šokovom stave alebo majú hypotenziu, je indikovaná hemodynamická a respiračná podpora.

Pacienti s diagnózou PE, ktorá sa prejavuje šokom a/alebo hypotenziou (ako mal pacient), majú vysoké riziko hospitalizačnej mortality, osobitne počas prvých hodín po prijatí do nemocnice. Preferovanou úvodnou liečbou je intravenózne podanie nefrakcionovaneho heparinu s cieľom dosiahnuť hypokoagulačný stav.

Odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti pri liečbe akútnej PE s vysokým rizikom:
- antikoagulačná liečba nefrakcionovanym heparinom má začať bez odkladu;
- systémová hypotenzia sa má korigovať, aby sa zabránilo progresu zlyhania PK a úmrtiu;
- u pacientov s PE a hypotenziou sa odporúča vazoaktívna medikácia;
- dobutamin a dopamin sa môžu použiť u pacientov s PE s nízkym srdcovým vývrhom a normálnym tlakom krvi;
- výrazný prísun tekutín sa neodporúča;
- terapia kyslíkom.

U pacienta s pľúcnou embóliou na EKG pozorujeme:
1. obraz SI, QIII, TIII (vo zvode I hlboký kmit S, vo zvode III hlboký kmit Q a negatívny kmit T);
2. sínusovú tachykardiu;
3. známky preťaženia pravého srdca (deviácia srdcovej osi doprava, dilatácia pravej predsiene, blokáda pravého Tawarovho ramienka).

EKG obraz akútneho cor pulmonale niekedy imituje akútny IM diafragmatickej lokalizácie.

Ani v prípade, že by sa u pacienta potvrdil akútny koronárny syndróm, nebol postup posádky ZZS adekvátny. Predhospitalizačná starostlivosť o pacienta s AKS má byť poskytnutá v rozsahu: kontinuálny monitoring vitálnych funkcií a EKG; zavedenie i. v. kanyly; podanie kyslíka 4 - 8 l/min; natočenie 12-zvodového EKG; analgosedácia (opiáty); ASA 500 mg i. v./200 - 400 mg p. o.; heparin 5000 j. i. v./enoxaparin 1 mg/kg s. c./i. v.; klopidogrel 300 alebo 600 mg p. o.; metoprolol i. v. podľa klinického stavu.

Aj napriek skutočnosti, že diagnostika a diferenciálna diagnostika pri poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti v podmienkach ZZS je klinicky náročná, nie je možné hodnotiť postup pri zásahu ako správny. **Poskytovateľ nepreukázal, že diagnostické a terapeutické postupy boli realizované štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne**.

Za pochybenie považujeme aj nedostatočne spracovaný ZoZZSO. Zdravotná dokumentácia je rozhodujúcim dôkazom pri posudzovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vedenie zdravotnej dokumentácie je neoddeliteľnou súčasťou jej poskytovania. Časová tieseň počas zásahu nie je okolnosťou, ktorá vylučuje správne vedenie zdravotnej dokumentácie. Podľa čl. III. § 21 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, zápis v zdravotnej dokumentácii musí byť pravdivý a čitateľný. Uvedenie všetkých diagnostických a terapeutických úkonov je podstatné pre určenie, či bol výsledný postup správny alebo nesprávny. Zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi posádkou záchrannej zdravotnej služby nebola na základe vyššie uvedenej analýzy vyhodnotená ako poskytnutá správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu **úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** Zdravotná starostlivosť **nebola poskytnutá správne**.

VENUJE SA DOSTATOČNÁ POZORNOSŤ PACIENTOM S DM?

Úradu bol doručený podnet dcéry pacienta, ktorá uviedla, že jej otec od večera (8. 12. 2016) opakovane zvracal. Dňa 9. 12. 2016 bol privezený na ambulanciu LSPP, odkiaľ bol odoslaný na urgentný príjem a následne bol hospitalizovaný na oddelení vnútorného lekárstva. Údajne sa sťažoval na veľké bolesti brucha. Na druhý deň hospitalizácie, dňa 10. 12. 2016 o 06,50 hod., zomrel.

60-ročný pacient bol od r. 1987 sledovaný na diabetologickej ambulancii pre diabetes mellitus II. typu. V r. 1994 prekonal akútnu pankreatitídu, po ktorej bol nastavený na inzulinoterapiu. V r. 2000 boli zistené mikrovaskulárne komplikácie diabetu - diabetická polyneuropatia na DK a diabetická nefropatia v štádiu renálnej insuficiencie s proetinúriou. V r. 2006 bola pacientovi diagnostikovaná diabetická retinopatia. V r. 2010 sa pridružili makrovaskulárne komplikácie - PAO DK Fontaine IIa, pre ktoré bol dispenzarizovaný na angiologickej ambulancii. V r. 2014 prekonal drobnú ischémiu mozgu, odvtedy bol v sledovaní neurologickej ambulancie.

Dňa 9. 12. 2016 o 20,10 hod. bol vyšetrený v **ambulancii urgentného príjmu** s dvojdňovou anamnézou opakovaného zvracania žalúdočnej šťavy, bez patologických prímesí. V terajšom ochorení bolo ďalej zadokumentované, že bolesti brucha ani hnačku nemal, predtým jedol párky, v okolí podobné ťažkosti neboli, bolesti na hrudníku nemal, dýchalo sa mu dobre. Objektívne bol TK: 180/95 torr, PF: 107/min, DF: 16/min, TT: 37,1 °C, sat. O_2 98 %. Ostatný objektívny nález bol bez výraznejšej patológie. EKG: SR, AP, PF 107/min, normotyp, PZ V3 - 4, prevodové intervaly v norme, ST izoelektrický, T naznačené depresie do 0,5 mm I., II., aVF, V5 - 6, T bif. I., aVL. Laboratórne výsledky (na ambulancii UP): glykémia 21,3 mmol/l, urea 18,85 mmol/l, kreatinín 220,2 umol/l, bilirubín celkový 17,4 umol/l, priamy 6,1 umol/l, ALT 0,55 ukat/l, AST 1,02 ukat/l, ALP 2,03 ukat/l, GMT 0,30 ukat/l, AMS 0,84 ukat/l, CK 40,34 ukat/l, Na 135 mmol/l, K 5,9 mmol/l, CRP 0,8 mg/l, cTroponín I 0,055 ng/ml, krvný obraz: Le 16,0, Hb 145, HTK 0,419, Tr 214, Neu 92,4 %, Ly 5,4 %, INR 1,14, APTT - R 0,85. Diagnostický záver bol: Horný dyspeptický syndróm. Suspektná ICHS. DM typ II. na inzulíne. Arteriálna hypertenzia II WHO. CKD v sledovaní nefrológa. Podaná terapia počas expektácie: FR 500 ml + Arnetin + Degan + $MgSO_4$ i. v., Tensiomin 25 mg tbl. O 20,30 hod. bol pacient odoslaný na hospitalizáciu. Na **oddelení vnútorného lekárstva** bolo zadokumentované o 21,00 hod. podanie infúzie 10 % G + 12 j. HMR + Arnetin + Degan i. v. O 22,00 hod. bola kontrolovaná glykémia (24,5 mmol/l), podaný FR 500 ml + 4 j. HMR i. v. + Toujeo 18 j. s. c. O 23,00 hod. kontrolná glykémia (28,5 mmol/l), zadokumentovaná kontrola stavu pacienta: „Bez ťažkostí“. **Dňa 10. 12. 2016** o 02,00 hod. kontrola stavu pacienta, v dokumentácii údaj: „Pacient v noci

opakovane zvracia zelenožltý obsah“. O 04,00 hod. kontrola stavu pacienta, v zápise uvedené: „Opakovane zvracia, TK 180/85 torr“. O 05,39 hod. odobratá krv na laboratórne vyšetrenie (urea 25,14 mmol/l, kreatinín 370,6 umol/l, Na 124 mmol/l, K 7,4 mmol/l, pH 7,196, pCO_2 2,48 kPa, BE - 18,7 mmol/l, HCO_3 11,0 mmol/l, pO_2 10,94 kPa, sat. O_2 93,9 %, cTroponín 3,7 ng/ml, glykémia 48,1 mmol/l). O 06,00 hod. kontrola stavu pacienta, v dokumentácii údaj: „Stav bez zmeny“. O 06,50 hod., po 12 hodinách hospitalizácie, bol pacient nájdený bez známok života. Konštatovaný exitus letalis. V dg. závere bolo uvedené: „Exitus letalis. Náhla smrť. Horný dyspeptický sy. Metabolický syndróm (AH, DM 2. typ, Obezita, DLP), CKD susp. diabetická nefropatia“. Podľa pitevného protokolu vypracovaného na základe pitvy bolo bezprostrednou príčinou smrti: Zlyhanie srdca. Komplikáciou základnej choroby: Jazva po infarkte myokardu v oblasti zadnej steny ľavej komory srdca. Základnou chorobou: Lymfocytová myokarditída. Celková ateroskleróza prevažne koronárnych artérií (75 %). Pridružené choroby: Diabetes mellitus 2. typu s diabetickou glomerulosklerózou (Kimmelstiel-Wilson). Ostatný nález: Diseminovaná myofibróza srdca. Edém mozgu. Edém pľúc. Ateroskleróza mozgových artérií. Ateroskleróza aorty (60 %). Artério a arteriolosklerotická nefroskleróza. Difúzna drobnokvapôčková steatóza pečene.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

60-ročný pacient, s dlhoročnou anamnézou DM od r. 1987, po pankreatitíde v r. 1994 (t. j. 22 rokov) nastavený na konvenčnú liečbu inzulínom. Od r. 2000 pre neuspokojivú kompenzáciu diabetu liečený intenzifikovaným inzulínovým režimom. Napriek tejto liečbe bol DM dlhodobo zle metabolický nastavený, s pridruženými rizikovými faktormi AS - artériovou hypertenziou a vysokou hladinou cholesterolu, čo bol predpoklad celkovej pokročilej AS, ktorá sa prejavila PAO DK Fontaine IIa, stavom po ischémii mozgu a aj jazvou po IM zadnej steny myokardu. Na pitve sa naozaj dokázala pokročilá AS koronárnych artérií (75 %), mozgových artérií a aorty (60 %). Pokročilý stav poškodenia organizmu diabetom dokumentovali aj všetky manifestované chronické mikroangiopatické komplikácie aj s poruchou obličkových funkcií. Vracanie pacienta s takýmto pokročilým ochorením môže mať viaceré príčiny, najmä autonómnu neuropatiu (diabetická gastroparéza navodená zhoršenou

glykemickou kompenzáciou), GERD, ale u dotyčného pacienta mohla byť príčinou (a najpravdepodobejšie aj bola) počínajúca diabetická ketoacidóza, a najmä hyperkaliémia. V teréne pokročilého, zle metabolicky nastaveného (HbA1c dlhodobo takmer 2x normy) ochorenia, so vstupnou glykémiou 21,3 mmol/l a kaliémiou 5,9 mmol/l bolo potrebné vyšetriť moč na prítomnosť ketónov, liečiť možnú príčinu vracania pomocou PPI, prokinetika, antiemetika. No najmä bolo potrebné liečiť hyperglykémiu a hyperkaliémiu (tu správne dostal glukózu s inzulínom, no inzulínu bolo evidentne málo, napriek podaniu FR so 4 j. HMR i. v.). Bolo potrebné viac pacienta rehydratovať (na OVL dostal len 1000 ml infúznych roztokov pri deficite niekoľkých litrov). Rehydratačná liečba a liečba inzulínom sú základné terapeutické postupy metabolického rozvratu u diabetika. Pacientovi boli síce podávané roztoky, aj inzulín, ale v nedostatočnej dávke - stúpala azotémia a glykémia. Glykémia a kaliémia sa ďalej rozvíjali spolu s metabolickým rozvratom (konečnou metabolickou acidózou stredne ťažkého stupňa, zhoršujúcou sa renálnou insuficienciou) a nakoniec spôsobili exitus. Bežné odporúčania pri rozvíjajúcej sa, prípadne rozvinutej diabetickej ketoacidóze, sú: monitorovať glykémiu každú hodinu, ionogram každé dve hodiny, acidobázu každé 4 hodiny. Pacientovi v inkriminovaných nočných hodinách, kedy progredoval metabolický rozvrat, od 23,00 hod. do 05,39 hod. ráno neboli merané glykémie, ionogram ani acidobáza, chýbala reakcia lekára na glykémiu 28,5 mmol/l o 23,00 hod., čo bolo zásadnou chybou. Ošetrujúci lekár od začiatku podcenil závažnosť rozvíjajúcej sa diabetickej ketoacidózy. Na pitve zistená jazva po IM zadnej steny bola pravdepodobne staršieho dáta, na EKG bolo poškodenie zadnej steny nemé. Prítomnosť lymfocytovej myokarditídy v pitevnom náleze možno pravdepodobne pripísať vírusovému pôvodu, čo sa ale neprejavilo ani v zápalových parametroch, teda išlo o veľmi ťažko diagnostikovateľnú a liečiteľnú chorobu, ktorá mohla prípadne spôsobiť akútne zhoršenie kompenzácie diabetu a prispieť aj ku konečnému zlyhaniu srdca.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

U pacienta s dlhoročnou anamnézou DM, plne závislého na inzulíne, liečeného pomocou intenzifikovanej inzulínovej liečby nebol na internom oddelení dohliadaného subjektu zabezpečený dostatočný monitoring zdravotného stavu pri rozvíjajúcej sa diabetickej ketoacidóze (vyšetrenie moču na ketóny, monitorovanie glykémie á 1

hod., ionogramu á 2 hod., acidobázy á 4 hod.) Pri hyperkaliémii a hyperglykémii nebola zabezpečená aktuálna adekvátna terapia (navýšenie dávky kontinuálneho alebo bolusového inzulínu, adekvátna a dostatočná rehydratácia).

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť **nebola poskytnutá správne**, výkonom dohľadu na mieste **úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

KVANTITA NEZNAMENÁ KVALITA - MANAŽMENT PACIENTA NA AMBULANCII VLPD

Úradu bol doručený podnet manželky nebohého pacienta, v ktorom uviedla podozrenie na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej manželovi u VLPD. Manžel navštívil lekára pre bolesti chrbta, brucha, ťažko sa mu dýchalo, mal bolesti predkolení, v októbri 2015 mal bolesti v slabine, bola mu zistená hernia. V decembri ju mal operovanú, aj po tejto operácii si sťažoval na bolesti brucha, ešte mesiac po operácii mu bol predpísaný Mabron. Vo februári 2016 začal chudnúť, potil sa, bolesti sa stupňovali, mal opuch na nohách, obvodný lekár ho neposlal na žiadne vyšetrenia, len mu predpísal antibiotiká. Až po naliehaní pacienta koncom marca 2016 mu bola odobratá krv na vyšetrenie, ale odbery boli nekompletné. Začiatkom apríla 2016 bol odoslaný na neurologické vyšetrenie pre opuch na chrbte, kde stanovili diagnózu skolióza. Pre zhoršovanie zdravotného stavu sama pisateľka objednala manžela na USG brucha, VLPD dodatočne vystavil žiadanku, pacienta odoslal len na diabetologické vyšetrenie. Po nepriaznivom výsledku USG bol pacient odoslaný na internú ambulanciu, odkiaľ ho poslali na CT brucha. Toto všetko absolvoval v plnom pracovnom procese, na PN bol vypísaný až na žiadosť pacienta dňa 19. 4. 2016. Manžel pisateľky dňa 20. 5. 2016 zomrel v NOÚ na embóliu pľúc ako komplikáciu karcinómu pankreasu IV. stupňa.

50-ročný pacient bol v starostlivosti VLPD od 23. 6. 1997 do 1. 5. 2016.

Dňa 28. 8. 2015 subjektívne udával bolesti v lýtkach, v lumbálnej chrbtici, mal hnačkovitú stolicu, pre prechladnutie si sám dal Flector. Podľa objektívneho nálezu bola vyšetrená len chrbtica, svalstvo predkolení, ordinovaný Aulin, ako diagnóza uvedené bolesti v dolnej časti chrbta.

Dňa 16. 9. 2015 pri vyšetrení udával horúčku, dráždivý kašeľ, bolesť na prsiach. V objektívnom náleze bol zápis o nastrieknutom orofaryngu, dysfónia, dýchanie alveolárne drsné, bol zmeraný TK a PF. Stav bol uzavretý ako akútna laryngofaryngitída. Ordinované boli širokospektrálne antibiotiká Fromilid a na kašeľ Trifed expectorant.

Dňa 21. 9. 2015 prišiel na kontrolu, pretrvával dráždivý kašeľ, bez produkcie. Objektívne bolo zaznamenané zostrené alveolárne dýchanie, ordinované druhé širokospektrálne antibiotikum Doxybene v dávke 200 mg denne a mukolytikum.

Dňa 26. 10. 2015 bolo zapísané, že pacient má opuch tváre vľavo a zápal ďasna. Objektívne bol prítomný edém tváre vľavo, edém gingivy, zároveň bol vystavený výmenný lístok na chirurgickú kontrolu po roku od operácie skrotálnej hernie podľa odporučenia. Stav bol uzavretý ako akútny zápal ďasien. Do liečby ordinované ďalšie širokospektrálne antibiotikum Dalacin.

Dňa 20. 11. 2015 pacient subjektívne udával bolesť v pravej ingvine. Z chirurgického vyšetrenia bol záver: hernia inguinalis l. dx. reponibile. V objektívnom náleze bola zapísaná hodnota TK a PF, vystavený výmenný lístok na interné predoperačné vyšetrenie a RTG pľúc, okrem medikácie na hypertenziu mu ako analgetikum bol predpísaný Mabron retard (tramadol).

Dňa 24. 11. 2015 bol realizovaný odber krvi k internému pred-operačnému vyšetreniu.

Dňa 11. 12. 2015 pacient udával pretrvávajúcu bolesť po operácii. Objektívne zaznamené, že stehy držia, rana pokojná, zapísané číslo PN vystavenej v nemocnici. Opäť bol predpísaný Tramal retard.

Dňa 22. 12. 2015 bolo skonštatované, že išlo o stav po odstránení stehov, rana zhojená, kontrola plánovaná na 7. 1. 2016.

Dňa 7. 1. 2016 bolo uvedené, že rana ešte pobolieva. Objektívne bola zhojená rana p. p. jazvou, ukončená PN, PS od 19. 1. 2016. Opätovne predpísaný Mabron retard. PN ukončená dňa 7. 1. 2016 k dátumu 19. 1. 2016, t. j. o 12 dní bez ďalšej kontroly pacienta.

Dňa 29. 2. 2016 subjektívne pacient uviedol, že mal zimnicu, nevoľnosť, vracanie, hnačkovitú stolicu, pil čaje, bral Endiex, mal extrakciu zuba. Objektívne bol prítomný výtok z nosa, faucium mierne nastrieknuté, dýchanie alveolárne čisté, TK a PF v norme. Ordinovaný bol Azitromycin (širokospektrálne makrolidové antibiotikum).

Dňa 4. 3. 2016 bolo uvedené, že pacient mal ešte bolesť hrdla, aj ďasna po extrakcii zubu. Objektívne faucium nastrieknuté, edematózna gingiva zdurená okolo extrakcie. Predpísané bolo ďalšie balenie Azitromycinu.

Dňa 24. 3. 2016 udával opuch tváre po extrakcii zuba, bolela ho 10 dní krížová chrbtica. Objektívny nález: oedema faciei l. sin., scoliosis Th-L, palpačná citlivosť na LS prechode, kinetika L úseku mierne obmedzená, vystavený výmenný lístok na neurológiu. Záverované ako K05.0 Akútny zápal ďasien a M54.5 Bolesť v krížovej oblasti. Okrem myorelaxancia Mydocalmu bolo ordinované ďalšie širokospektrálne antibiotikum Augmentin 625 mg.

Dňa 5. 4. 2016 udával záchvatovité bolesti brucha pretrvávajúce 2 týždne, doporučené bolo neurologické vyšetrenie. Po tomto údaji nasledovala preventívna prehliadka, kde bolo uvedené, že subjektívne pacient udáva nechutenstvo, chudnutie pol roka, bolesť krížov a brucha. Nasledoval zápis komplexného objektívneho vyšetrenia bez nálezu patológie, doporučené boli laboratórne vyšetrenia (len v rozsahu preventívnej prehliadky). Stav uzavretý ako lumbalgia, algodyspeptický brušný syndróm, ordinovaná Doreta 75 mg/650 mg.

Dňa 8. 4. 2016 bol zápis o dvojtýždňových záchvatovitých bolestiach brucha a potení. Bola zaznamenaná glykémia 7,1 mmol/l, na USG brucha (termín si vybavili príbuzní) bol nález suspektnej retroperitoneálnej LAP, rádiológ indikoval CT vyšetrenie brucha. Pacient bol odoslaný na interné vyšetrenie.

Dňa 14. 4. 2016 bol zrealizovaný odber krvi pre internistu.

Dňa 19. 4. 2016 VLPD skonštatoval, že je plánované CT vyšetrenie brucha. Pacient udával bolesti krížov, aj bolesť brucha po jedle, schudol 13 kg. Vystavená bola PN s diagnózou M54.5 Bolesť v krížovej oblasti, kontrola bola stanovená na 21. 4. 2016.

Dňa 25. 4. 2016 pacient udával 2 dni nádchu, bolesti hrdla, pokašliaval, mal aj bolesti brucha. Objektívny nález VLPD zhodnotil len ako katar HDC. Ordinoval Mabron a širokospektrálne antibiotiká Megamox BID 1 g. V zdravotnej dokumentácii nebol zaznamenaný výsledok CT vyšetrenia ani záver stanovenej diagnózy.

Dňa 20. 5. 2016 pacient zomrel v NOÚ na embóliu pľúc ako komplikáciu karcinómu pankreasu IV. štádia.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Počas dohliadaného obdobia neboli všeobecným lekárom adekvátne riešené všetky ťažkosti pacienta, nebola venovaná dostatočná pozornosť dlhodobým nejednoznačným bolestiam v dolnej časti chrbta, chudnutiu, bolestiam v lýtkach, poteniu - čiže celkovým paraneoplastickým ťažkostiam. Neboli včas realizované laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia. Úplne zbytočne boli ordinované naslepo bez dôkazu etiologického agens širokospektrálne antibiotiká, v dohliadanom období celkovo 8krát. Od začiatku ťažkostí pacienta boli ordinované opioidné analgetiká, bez pátrania po príčine bolesti. Je nutné ale dodať, že aj napriek tomu, že sa pacient nemal dobre a mal prebiehajúce onkologické ochorenie, mal pomerne dlho výsledky laboratórnych vyšetrení v norme, resp. s minimom odchýliek a v objektívnom palpačnom brušnom náleze ani počas interného vyšetrenia nebola jednoznačná patológia. Čiže je možné, že diagnóza by nebola stanovená skôr ani pri skoršom vykonaní laboratórnych vyšetrení, ale skoršie vykonanie USG mohlo byť prínosom. Karcinóm pankreasu je bohužiaľ vo vysokom percente diagnostikovaný až v

pokročilom štádiu, to však nič nemení na veci, že bolo potrebné sa dôsledne venovať ťažkostiam pacienta a realizovať adekvátnu diferenciálnu diagnostiku s využitím dostupných laboratórnych, zobrazovacích a konziliárnych odborných vyšetrení.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi u VLPD nebola venovaná dostatočná pozornosť pri dlhodobých nejednoznačných bolestiach v dolnej časti chrbta, chudnutí, bolestiach v lýtkach, potení - čiže pri celkových paraneoplastických ťažkostiach. Neboli včas realizované laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia, širokospektrálne antibiotiká boli v dohliadanom období opakovane ordinované naslepo, bez dôkazu etiologického agens, od začiatku ťažkostí pacienta boli ordinované opioidné analgetiká, bez pátrania po príčine bolesti.

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť **nebola poskytnutá správne**, výkonom dohľadu na mieste **úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

DOPLNENIE

Paraneoplastický syndróm (PS) je súbor všetkých symptómov, ktoré sa prejavia v dôsledku prítomnosti nádoru v tele, ale nesúvisia priamo s jeho rastom ani so vznikom metastáz. Vzniká vzdialene a nezávisle, bez priamej invázie malígnych buniek. Z hľadiska etiopatogenézy je PS indukovaný signálnymi látkami, ktoré produkuje nádor - môžu to byť ektopické hormóny, ich prekurzory a rôzne cytokíny. PS zahrňuje všeobecné, endokrinné, neurologické, hematologické, muskulo-skeletárne, renálne, kardiovaskulárne, kožné a gastrointestinálne prejavy prítomnosti malignity v tele. Môže predchádzať vlastným symptómom nádorovej choroby mesiace až roky, ale väčšinou PS prebieha paralelne. Najčastejšie sú s PS asociované nádory pľúc (najmä malobunková forma), pankreasu, obličiek, ovária, prsníka a hematologické malignity.

MANAŽMENT POOPERAČNEJ STAROSTLIVOSTI U RIZIKOVEJ PACIENTKY Z HĽADISKA POPÔRODNÝCH KOMPLIKÁCIÍ

Úradu bol doručený podnet manžela nebohej pacientky, ktorý uviedol, že v mesiaci 11/2015 jeho manželke potvrdili graviditu. Išlo o druhú graviditu, prvá bola ukončená cisárskym rezom a narodením mŕtveho dieťaťa v r. 2014. Počas tehotnosti manželka chodila na pravidelné kontroly ku gynekológovi. Mala diagnostikovanú hypertenziu, užívala lieky podľa odporúčania. Iné komplikácie počas tehotnosti nemala. Dňa 9. 4. 2016 začala krvácať, pred 12,00 hod. bola prijatá do nemocnice. Okolo 12,30 hod. bolo pisateľovi oznámené, že ich dieťatko je mŕtve. Dňa 10. 4. 2016 bol informovaný, že zomrela aj manželka.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

31-ročná pacientka s artériovou hypertenziou, st. p. S. parvam propter preeclampsio, IUGR v 26. g. t. v r. 2014. Secundigravida v 32+0 g. t. prijatá **dňa 9. 4. 2016** o 12,00 hod. na **GPO** s anamnézou „dnes okolo 11,30 hod. začala doma silno krvácať jasnočervenou krvou, má bolesti brucha, necíti PP“. TK bol 140/92 mmHg, pôrodná asistentka nevedela zachytiť ozvy plodu. Stav bol zhodnotený ako abrupcia placenty a bol indikovaný urgentný operačný zákrok. Sestrami bol realizovaný odber krvi (na statim boli ordinované KO, HKS, biochémia), zavedený PK, bandáž DK a pacientka bola prevezená na operačnú sálu. O 12,15 hod. v CA prevedený cisársky rez, vybavený mŕtvy plod 1250 g, 37 cm. Podaná 1 amp. MEM i. uterinne, Oxytocin 5 j. i. v., Vulmizolin 1,0 g i. v. Krvná strata počas operačného výkonu odhadnutá na 200 ml. Pri **prvom odbere krvi**, ktorý bol realizovaný na pôrodnej sále, boli hodnoty KO: **Leu 29,31** x 10^9/l, **Ery 3,87** x 10^{12}/l, **HGB 110** g/l, **HCT 0,31**, **Tr 165** x 10^9/l, biochémia bez významnejšej patológie. Hemokoagulačné parametre pre nedostatočný objem vzorky krvi neboli vyšetrené, čo bolo telefonicky hlásené sestre. Pacientka bola po operačnom výkone o 13,20 hod. preložená na **centrálnu JIS**. Bola jej ordinovaná infúzna a hemostyptická liečba, 1 Ery masa, podaný

Fraxiparine 0,3 ml s. c. Lekárom bolo ordinované sledovať TK, P, D á 30 min., sledovať krvácanie a zmeny hlásiť, 1 hod. po stečení TRF bola ordinovaná kontrola KO, HKS na statim. O 13,40 hod. bol v dokumentácii zápis lekárky, že jej bolo hlásené silné krvácanie z rodidiel, ordinovala - Pamba 1 amp., Kanavit 1 amp., Dicynone 1 amp., vzhľadom na to, že bol prvý odber vzorky krvi nedostatočný, odporúčala zopakovať odber KO a HKS na statim. **Druhý odber krvi**, realizovaný o 14,10 hod., ukázal **Leu 28,78** x 10^9/l, **Ery 2,82** x 10^{12}/l, **HGB 79** g/l, **HCT 0,23**, **Tr 139** x 10^9/l. Hemokoagulačné vyšetrenie opäť nebolo realizované pre nedostatočné množstvo odobranej vzorky krvi, čo bolo z laboratória telefonicky hlásené sestre s odporučením zopakovať odber. Kontrolný odber realizovaný nebol. Záznam v dokumentácii zo sesterskej vizity v čase od 16,00 hod. do 18,00 hod. o. i. obsahoval: „pacientka dostala hysterický záchvat, podaný Apaurin 10 mg i. m., O_2 4 l/min, pacientka krváca z rodidiel, intenzita krvácania miernejšia, pospáva“. V čase od 13,30 hod. do 17,00 hod. bolo v záznamoch z centrálnej JIS zadokumentované sledovanie VF á 30 min., pričom hodnoty sa pohybovali v rozmedzí TK: 80 - 95/45 - 60 mmHg, P: 105 - 85/min. V čase od 17,00 hod. do 19,00 hod. boli zaznamenané 3 údaje TK a P: o 17,00 hod. (TK: 85/45 mmHg, P: 90/min), 18,00 hod. (TK: 85/55 mmHg, P: 100/min), 19,00 hod. (TK: 80/55 mmHg, P: 120/min). Podávaná infúzna liečba obsahovala Gelofusin 500 ml i. v. podaný medzi 13,00 - 14,00 hod., 2 x 10 % G 500 ml + 8 j. HMR i. v. podané medzi 13,00 hod. - 14,00 hod., 2 x 5 % G 500 ml + Degan i. v. podané medzi 17,00 hod. - 18,00 hod., Plasmalyte 1000 ml i. v. podané medzi 19,00 hod. - 20,00 hod. O 16,15 hod. bola pacientke podaná 1 Ery masa. Zápisy sestier v zdravotnej dokumentácii ďalej o. i. obsahovali: o 18,00 hod. prevzatie služby, monitoring VF, bilancia tekutín, pacientka spí, O_2 maska, inf. terapia tečie. O 19,00 hod. výmena vložky a plienky, vložka pretečená, krvácanie v norme - očista. Podľa dokumentácie bol v tomto čase realizovaný tretí odber krvi na KO a HKS. O 19,45 hod. pacientka nereagovala na oslovenie, sťažene dýchala, TK: 85/43 mmHg, P: 130/min, sat. O_2 50 %. Na ordináciu lekárky sestry podali HDC 100 mg i. v., realizovali EKG. Zápis lekárky hovoril, že pacientka má hypotenziu, tachykardiu, dyspnoe, brucho palp. - fundus uteri 1 prst nad umbil., diuréza dobrá, krváca primerane. V zdravotnom zázname bolo však uvedené, že pri zavedenom PK bola diuréza medzi 13,00 hod. - 18,00 hod. 0 ml, po 18,00 hod. 50 ml. O 19,55 hod. bola pacientka urgentne preložená na **OAIM**. Výsledky **tretieho odberu**

krvi o 19,56 hod. KO: **Leu 31,8** x 10^9/l**, Ery 2,12** x 10^{12}/l, **HGB 63** g/l, **HCT 0,19**, **Tr 118** x 10^9/l. HKS: **PT-ratio 2,23**, PT-INR 2,26, APTT 44,6 s, **APTT ratio 1,65**, **Fibrinogén 0,50** g/l, Trombínový čas 27,2 s, Trombínový čas - ratio 1,79**, D-Diméry - opakovane vyšetrované - nemerateľná hodnota**, telefonicky hlásené, **Antitrombin III 33,60 %**. Na OAIM bola pacientka preložená s poruchou vedomia GCS 3 b, v obraze ireverzibilného hemoragického šoku. Okamžite bola intubovaná, napojená na UPV, započatá KPR pre desaturáciu, hypotenziu a bradykardiu. KPR trvala cca 10 min. s jednou krátko trvajúcou epizódou asystólie, väčšinou išlo o bradykardiu s poruchou vnútrokomorového vedenia. Následne po obnovení obehu vďaka infúznej náloži, podpore katecholamínov inzerované invazívne vstupy - kaválny katéter do v. subclavia l. dx. a linka do a. radialis l. dx. Krvácanie z rodidiel a operačnej rany po sekcii progredovalo, bola indikovaná urgentná laparotómia o 20,55 hod., ktorá verifikovala atonický uterus a difúzne kapilárne krvácanie. Gynekológ sa rozhodol pre supravaginálnu hysterektómiu ako kauzálnu liečbu popôrodného krvácania. Po výkone pokračovali na OAIM v komplexnej intenzívnej starostlivosti. Hemodynamické funkcie podporovali postupne až trojkombináciou katecholamínov vo vysokých dávkach, pacientka bola od začiatku anurická. Hemokoagulačné parametre poukazovali od začiatku pre ťažkú poruchu koagulácie v zmysle afibrinogenémie a konzumpcie fundamentálnych koagulačných faktorov vrámci aktivácie cirkulujúcich imunokomplexov uniknutých z uteroplacen-tárnej jednotky počas abrupcie placenty. Podávali deriváty krvi, plazmy, koagulačných faktorov, fibrinogén, AT III, pulzné dávky kortikoidov, hemostyptiká, v spolupráci s hematológom indikovali podanie Novoseven - rekombinantný faktor VII. Napriek tomu stav progredoval do multiorgánovej dysfunkcie a multiorgánového zlyhania. **Dňa 10. 4. 2016** o 16,30 hod. došlo k terminálnej poruche vnútrokomorového vedenia, asystólii rezistentnej voči medikácii a resuscitačným manévrom, konštatovaný exitus letalis. Podľa pitevného protokolu bol u pacientky <u>bezprostrednou príčinou smrti</u>: Hypovolemický šok. <u>Komplikáciou základnej choroby</u>: Diseminovaná intravaskulárna koagulácia s prejavmi sukcesívnej trombembolizácie a masívnej hemoragickej diatézy. <u>Základnou chorobou</u>: Predčasné odlupovanie placenty v 32. g. t.

31-ročná pacientka bola prijatá dňa 9. 4. 2016 na pôrodnú sálu GPO dohliadaného subjektu o 12,00 hod. s diagnózou predčasnej abrupcie placenty v 32. g. t. Na pôrodnej sále bol uskutočnený prvý odber krvi na vyšetrenie KO a hemokoagulačných parametrov. Výsledky červenej zložky KO a Tr boli v medziach normy, avšak bola prítomná výrazná leukocytóza, ktorá mohla signalizovať väčšiu krvnú stratu už pred cisárskym rezom. Hemokoagulačné parametre pre nedostatočný objem vzorky krvi neboli vyšetrené. Správne bolo indikované urgentné ukončenie gravidity per Sectionem caesaream. Výber spôsobu anestézie a použitých anestetík bol správny. Cisársky rez prebehol nekomplikovane. Pre silné krvácanie pred sekciou bola pacientka po cisárskom reze o 13,20 hod. preložená na centrálnu JIS. Pacientka bola riziková z hľadiska popôrodných komplikácií, nakoľko pri narodení mŕtveho plodu a pri abrupcii placenty je ich výskyt vysoký a nie ojedinelý. Už po preklade na centrálnu JIS sa mali konzultovať hematológovia a anestéziológovia s cieľom pripraviť liečebný program a liečebnú taktiku pre prípad vzniku hematologických a ďalších komplikácií. Službukonajúcou lekárkou bolo ordinované sledovať TK, P, D á 30 min., čo sa v čase od 13,30 hod. do 17,00 hod. aj realizovalo. Od 17,00 hod. sa VF merali á 1 hod., pričom nebolo z dokumentácie jasné, kto ordinoval zmenu monitoringu VF z á 30 min. na á 1 hod. Zásadnou chybou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bola skutočnosť, že v časovom období od príjmu pacientky na pôrodný sál dňa 9. 4. 2016 o 12,00 hod. až po dekompenzáciu zdravotného stavu pacientky dňa 9. 4. 2016 o 19,45 hod. na centrálnej JIS neboli laboratórne vyšetrené hemokoagulačné faktory v dôsledku dvoch chybných odberov materiálu, ktoré neboli bezprostredne nahradené správnymi odbermi. To znemožňovalo odhaliť možnú poruchu hemokoagulácie s možným vznikom diseminovanej intravaskulárnej koagulopatie, na čo je pri predčasnom odlučovaní placenty nevyhnutné myslieť. V dokumentácii v čase od 13,45 hod. do 19,45 hod. chýbalo lekárske zhodnotenie zdravotného stavu pacientky, jeho zmena či vývoj a zdôvodnenie aplikovaných postupov, zhodnotenie laboratórnych výsledkov. Bolo jednoznačné, že pacientka počas pobytu na centrálnej JIS stále krvácala a postupne sa rozvíjal ireverzibilný hemoragický šok, ktorý vo večerných hodinách vyústil do zastavenia obehu. Prvé vyšetrenie ABR bolo až o 23,31 hod. (na OAIM pri UPV) s nálezom ťažkej metabolickej laktátovej acidózy s pH 6,7, pričom za hranicu prežitia sa považuje hodnota pH 6,8. Príkladom

nedostatočnej starostlivosti na centrálnej JIS bola aj aplikovaná tekutinová liečba. V dokumentácii boli síce uvedené roztoky na podanie, nebol však záznam ako rýchlo sa podávali, kedy sa presne podávali, nebola zhodnotená efektívnosť ich podania lekárom, ako ovplyvnili diurézu a pod. Zloženie roztokov nezodpovedalo princípom tekutinovej liečby v hemoragickom šoku. Roztoky glukózy (celkom 2 000 ml) v liečbe šoku sú neúčinné a majú skôr škodlivý charakter. Na OAIM bola zahájená komplexná podpora VF a rozšírená resuscitačná liečba, bola realizovaná aj supravaginálna hysterektómia s cieľom odstrániť primárny zdroj krvácania. Zákrok bol indikovaný, no realizoval sa v čase plne rozvinutej diseminovanej koagulácie s masívnym krvácaním a v období už ireverzibilného šoku po zastavení obehu s následnou KPR. Adekvátna liečba a starostlivosť, ktoré sa začali aplikovať až po preložení na OAIM, sa mali začať bezprostredne po preložení na centrálnu JIS.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

U pacientky s výrazne zvýšeným rizikom komplikácií koagulačného systému (predčasná abrupcia placenty, mŕtvy plod) nebola zabezpečená intenzívna starostlivosť (včas konzultovaný hematológ a anestéziológ, laboratórne vyšetrenie koagulačných parametrov, monitoring VF, lekárske zhodnotenie vývoja zdravotného stavu) vrátane včasnej a účinnej liečby vzniknutých komplikácií (DIC, hemoragický šok).

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť **nebola poskytnutá správne**, výkonom dohľadu na mieste **úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

NEDIAGNOSTIKOVANIE ZLOMENINY PO ÚRAZE

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie manžela pacientky. Podľa údajov v podaní bola pacientka dňa 13. 6. 2017 asi o 05,30 hod. nájdená manželom doma na podlahe v bezvedomí, bruchom a tvárou

k parketám. Bola prijatá na chirurgické oddelenie. Mala veľké bolesti v oblasti pravej ľadviny a chrbta, viditeľné poranenie ľavej tvárovej časti v oblasti líca a spánku, na základe čoho jej počas prvého dňa hospitalizácie boli vykonané vyšetrenia: RTG hlavy, CT mozgu, ORL vyšetrenie, USG brucha, urologické vyšetrenie. Dňa 16. 6. 2017 bola prepustená, bez potvrdenia úrazu hlavy následkom pádu. Dňa 19. 6. 2017 pre nepoľavujúce bolesti hlavy a neustupujúci opuch a trpnutie tváre opätovne absolvovala ORL vyšetrenie. Dňa 20. 6. 2017 sa na CT vyšetrení prínosových dutín zistila zlomenina jarmovej kosti a hornej čeľuste. Následne pacientka podstúpila operačné riešenie. Na základe uvedeného sa podávateľ domnieva, že mali byť zistené možné následky úrazu a tieto sa mali následne liečiť, že počas hospitalizácie na chirurgickom oddelení boli jeho manželke vykonané nepostačujúce vyšetrenia, resp. vykonané vyšetrenia neboli vykonané dôkladne.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

43-ročná pacientka bola dňa 13. 6. 2017 o 06,34 hod. akútne prijatá na chirurgické oddelenie dohliadaného subjektu, pre náhle bolesti v driekovej oblasti vpravo a v pravej slabine. Udávala, že bola na toalete, následne spadla a udrela si tvár, bezvedomie negovala, nevracala, močila voľne. Pri prijatí tlak krvi 122/92 mmHg, pulz 102/min, telesná teplota 36,3 °C, hmotnosť 46 kg. Objektívne bola pacientka plne pri vedomí, orientovaná, habitus normostenický, mobilná. Hrudník bol nebolestivý, dýchanie bilaterálne čisté, eupnoické, akcia srdca pravidelná, brucho bolo voľne priehmatné, citlivé v pravom mesogastriu, tapotement vpravo pozitívny. Na hlave popísaná periorbitálna sufúzia vľavo, vízus bez diplopie, zrenice izokorické, reakcia na osvit bilaterálne správna, šija voľná. Diagnostický záver pri prijatí bol v. s. colica renalis l. dx., contusio regio periorbitalis l. sin. Pri prijatí boli ordinované laboratórne odbery, intravenózne infúzia s analgetikom. Indikované bolo urologické a USG vyšetrenie brucha. Ďalej ordinované antiflogistikum intramuskulárne, intravenózne antibiotikum (Abricef), analgeticko-spasmolytická infúzia. V laboratórnych výsledkoch: Leu 8,12 x 10^9/l, Hgb 133 g/l, Tromb 214 x 10^9/l, glykémia 6,09 mmol/l, urea 4,24 mmol/l, kreat 48,27 µmol/l, kyselina močová 214,78 µmol/l, amyláza 1,07 µkat/l, bilirubín 8,63 µmol/l, AST 0,26 µkat/l, ALT 0,32 µkat/l, GMT 0,31 µkat/l, ALP 1,11

µkat/l, Na 136,9 mmol/l, K 4,38 mmol/l, Cl 103 mmol/l, Ca 2,25 mmol/l, CRP 1,08 mg/l. USG vyšetrenie brucha bolo so záverom v. s. nefrolitiáza vpravo, hydronefróza 1. stupňa v pravej obličke. Pri konziliárnom urologickom vyšetrení pacientka subjektívne udávala ústup bolestí po spazmoanalgetickej liečbe, ale nepretržitú epistaxu po páde. Laboratórne bola zistená erytrocytúria, brucho bolo palpačne v norme, tapottment bilaterálne negatívny, aktuálne USG vyšetrenie obličiek bolo bez nálezu jasnej litiázy a ložiskových zmien, vpravo prítomná dilatácia dutého systému mierneho stupňa. Diagnostický záver bol stav po renálnej kolike vpravo, otázna ureterolitiáza juxtavezikálne vpravo, stav po kontúzii supraorbitálnej oblasti vľavo, komócia mozgu, epistaxa. Odporučené bolo doplniť CT urografické vyšetrenie. Pacientka absolvovala RTG vyšetrenie orbít, popis vyšetrenia, cit.: *„Bez jednoznačných traumatických zmien na kostiach. Hladina tekutiny v lav. maxill. sine-sinusitis exudat.? hemosinus?“*. Indikované bolo neurologické a ORL vyšetrenie. Neurológom bol stav hodnotený ako commotio cerebri susp., epistaxis, odporučené bolo CT vyšetrenie mozgu. Pri konziliárnom ORL vyšetrení pacientka udávala, že ráno odpadla, udrela si tvár o skrinku, krvácala pri predklone z nosa vľavo. Objektívne bol vonkajší nos bez deviácie ku stranám, rinoskopicky septum v strednej rovine, bez hematómu, vľavo stav po epistaxe s krvavým povlakom, bez zrejmého viditeľného zdroja epistaxy, prínosové dutiny negatívne, dutina ústna a faryng bez zmien, na zadnej stene zbytky krvavého sekrétu, na tvárovej časti hlavy popísaný hematóm periokulárne vľavo s maximom laterálne pod nadočnicovým oblúkom, opuch oboch viečok ľavého oka, palpačne emfyzém prezygomaticky. ORL lekárom bolo popísané RTG prínosových dutín: dutiny primerane vyvinuté, vľavo hladinka v maxilárnom sine v. s. hemosinus, porušenie skeletu orbity ani zygomatikomaxilárneho komplexu zo snímky nebolo zrejmé. CT nález ani snímky v čase vyšetrenia neboli ešte k dispozícii. Záver ORL vyšetrenia bol: hemosínus maxilárne vľavo, stav po kontúzii tváre periorbitálnej oblasti vľavo, stav po otrase mozgu. Naložená bola ľahká predná tamponáda vľavo, kontrola nasledujúci deň s výsledkom CT vyšetrenia. Na žiadanke CT vyšetrenia anamnesticky okrem iného údaj, že pacientka bola ráno na toalete, spadla a udrela si tvár, žiadané bolo o CT vyšetrenie mozgu a lebky, uvedená klinická diagnóza S 06.0 Otras mozgu. Podľa popisu CT vyšetrenia bol mozgový parenchým infra- aj supratentoriálne bez čerstvých ložiskových zmien, IV. komora bola centrálne uložená, bez vonkajších deformácii a patologického

obsahu, postranné komory symetrické, stredočiarové štruktúry bez presunu, subarachnoidálne priestory infra- aj supratentoriálne primerané, bez patologického obsahu, vnútorné zvukovody symetrické, primeranej šírky, zachytený skelet bez deštrukcie, v ľavej maxilárnej dutine sledovaná hladinka tekutiny, bez známok edému a hemorágie. Ako vedľajší nález popísané menšie množstvo voľného vzduchu v ľavej orbite aj s miernymi edematóznymi zmenami v oblasti orbity laterálne. Záver CT vyšetrenia bol: tenké AS zmeny v cievach, hemosinus maxillaris l. sin.

Dňa 14. 6. 2017 pacientka udávala, že bolesti v driekovej oblasti ustúpili, nauzeu a vomitus negovala. Objektívne bola pacientka plne pri vedomí, orientovaná časom a priestorom, komunikovala správne, izokorická, fotoreakcia zreníc bola správna, jazyk plazila v strede. Brucho bolo v niveau hrudníka, voľne priehmatné, palpačne citlivé v mesogastriu vpravo, bez hmatnej rezistencie, bez známok peritoneálneho dráždenia. Realizované bolo kontrolné vyšetrenie ORL lekárom, vidovaný CT nález. Aktuálne bol opuch a hematóm v okolí ľavého oka výraznejší. Predná tamponáda vľavo bola odstránená, realizovaná toaleta nosa, bez zrejmej epistaxy, odporučené bolo pokračovať v antibiotickej liečbe, kontrola podľa potreby.

Dňa 16. 6. 2017 bol subjektívny i objektívny stav pacientky bez zmeny, realizovaná bola CT urografia, nález v medziach normy (dutý systém obličiek nedilatovaný, vpravo iba ľahko zvýraznený). Urológom zhodnotené ako stav po spontánnom odchode litiázy. Odporučený dostatok tekutín, urologická kontrola podľa potreby. Pacientka bola kardiopulmonálne kompenzovaná, prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Pacientka sa dňa 19. 6. 2017 dostavila k svojej obvodnej lekárke, sťažovala sa na bolesť ľavej polovice tváre, bolesť pri otváraní úst a na pocit stŕpnutej tváre a sťaženého dychu nosom. Bola odoslaná do ORL ambulancie dohliadaného subjektu, kde pri vyšetrení okrem iného udávala, že predchádzajúci deň si nahmatala hrčku pod okom, viac mediálne. Pri vyšetrení bol v oblasti horného očného viečka a premaxilárne vľavo prítomný hematóm v štádiu resorbcie, v oblasti dolnej steny orbity viacej mediálne palpačne prítomný hmatný granulóm. Na nasledujúci deň bolo objednané CT vyšetrenie prínosových dutín, kde bola popísaná fraktúra prednej i laterálnej steny

ľavého maxilárneho sínusu s jej zasahovaním i na dolnú hranu a spodinu orbity, fragmenty na laterálnej strane ľahko vpáčené do dutiny, fragmenty na prednej stene strechovite vyklenuté ventrálne; duplexná fraktúra os zygomaticum vľavo, s ľahkým konkávnym prehĺbením jej kontúry. Pacientka sa dostavila s výsledkom CT vyšetrenia dňa 20. 6. 2017 do ORL ambulancie dohliadaného subjektu a bola objednaná na stomatochirurgiu na 21. 6. 2017.

Pacientka bola dňa 21. 6. 2017 vyšetrená v stomatochirurgickej ambulancii. Vzhľadom na fraktúru zygomatikomaxilárneho komplexu vľavo s pozitívnym klinickým obrazom bola pacientke za účelom chirurgickej intervencie odporučená hospitalizácia a dňa 26. 6. 2017 bolo realizované operačné riešenie. Následne pacientka absolvovala rehabilitácie.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacientka bola v akútnom stave, po obličkovej kolike, pri ktorej došlo k pádu s udretím periorbitálnej oblasti vľavo, dňa 13. 6. 2017 bola hospitalizovaná na chirurgickom oddelení dohliadaného subjektu. Počas hospitalizácie bola riešená príčina akútnych bolestí, podávaná spazmolytická a analgetická liečba, realizovaná cielená diagnostika. Pacientka podstúpila USG, RTG a CT vyšetrenia zamerané na diagnostiku renálnej koliky a na diagnostiku poranenia hlavy. Na základe vstupného USG vyšetrenia brucha bolo suponované na nefrolitiázu vpravo s ľahkou hydronefrózou pravej obličky s následným pravdepodobným uvoľnením a vymočením konkrementu. Urologická symptomatológia počas hospitalizácie ustupovala, CT vyšetrenie vylučovacej urografie dňa 16. 6. 2017 prítomnosť močových konkrementov v močových cestách nepotvrdilo. Úrad konštatuje, že natívne a postkontrastné CT vyšetrenie bolo popísané správne.

Riešil sa aj úraz tvárovej časti skeletu. V deň prijatia realizovaná natívna snímka orbít bola popísaná ako bez zrejmých traumatických zmien na skelete. Neurologické konzílium konštatovalo epistaxu a komóciu mozgu a bolo indikované CT vyšetrenie mozgu. Pri ORL konzíliu bol konštatovaný periokulárny hematóm vľavo, hemosinus vľavo a prezygomatický emfyzém vľavo. CT vyšetrenie lebky a mozgu nebolo v čase ORL konzília ešte dostupné. Nasledujúce ORL konzílium dňa 14. 6. 2017 v súlade s popisom nálezu na CT vyšetrení

mozgu a lebky potvrdilo konzervatívny postup liečby hematómu v oblasti ľavej orbity.

Úrad konštatoval, že na RTG snímke orbít zo dňa 13. 6. 2017 možno diferencovať zlomeninu dolného okraja ľavej orbity šikmého charakteru dĺžky cca 6 mm s posunom úlomkov o 2 mm. Ďalej je na snímke zreteľné zatienenie spodiny ľavej maxilárnej dutiny s hladinkou (fluidosinus), čo bolo popísané správne. Pri CT vyšetrení mozgu a lebky zo dňa 13. 6. 2017 bol parenchým mozgu a mozočku bez jednoznačných chorobných zmien. Pri CT vyšetrení zachyteného skeletu lebky bola dobre diferencovateľná viacfragmentová zlomenina laterálnej steny ľavej maxilárnej dutiny, zlomenina zygomatickej kosti vľavo v oblasti oblúka a zygomaticko-temporálnej synostózy. Na týchto scanoch bola tiež dobre diferencovateľná hladinka tekutiny v ľavom maxilárnom sine a prítomnosť plynu v oblasti ľavej orbity. Pri tomto CT vyšetrení, ktoré nezachytilo celé splanchnokránium, nebola teda zachytená dolná časť orbity a celá maxilárna dutina, a aj keď bol zachytený zygomatický oblúk, ktorý javil známky duplexnej fraktúry, nebola stanovená diagnóza zlomeniny zygomaticko-maxilárneho komplexu. Na túto možnosť nemysleli lekári aj napriek tomu, že toto CT potvrdilo nález vzduchu v orbite vľavo, čo je patologický nález. CT vyšetrenie hlavy a mozgu nebolo technicky vykonané správne, pri podozrení na traumatické poškodenie skeletu lebky je pri CT vyšetrení nevyhnutné zachytiť minimálne aj dva prvé krčné stavce. Dôvodom je skutočnosť, že len týmto spôsobom je možné vylúčiť aj eventuálne pridružené poškodenie atlantoaxiálneho zhybu, ktoré býva pri niektorých pádoch na hlavu častou a fatálnou komplikáciou. Vyššie uvedené CT vyšetrenie tieto atribúty nespĺňa. Ak by bolo CT vyšetrenie pri diagnóze S06.0 vykonané správne, bola by pri tomto vyšetrení zobrazená aj celá maxilárna dutina a spodina orbity. V tomto prípade by bola zlomenina maxily neprehliadnuteľná. Nekompletné vyšetrenie tvárového skeletu a nepriame známky jeho traumatického poškodenia lekárov neviedli k doplneniu CT vyšetrenia o tvárovú časť lebky. Pri CT vyšetrení bola správne popísaná hladina tekutiny (hemosinus) v ľavej maxilárnej dutine aj prítomnosť plynu v ľavej orbite. Toto sú typické vodiace príznaky poukazujúce na zlomeniny paranazálnych dutín, ktoré mali hodnotiaceho rádiológa viesť k bližšiemu zameraniu sa na poškodenie maxilárnej kosti. Fraktúra laterálnej steny maxilárnej dutiny vľavo bola zreteľná aj na tomto technicky nesprávne vykonanom vyšetrení.

Dňa 19. 6. 2017 sa pacientka hlásila po prepustení z dohliadaného zdravotníckeho zariadenia u svojho všeobecného lekára s pretrvávajúcim opuchom ľavého líca a oka a bola odoslaná na ORL ambulanciu, bolo indikované CT vyšetrenie paranazálnych dutín. Na tomto CT vyšetrení vykonanom dňa 20. 6. 2017 bola popísaná zlomenina prednej a laterálnej steny ľavého maxilárneho sínu, zlomenina spodiny orbity vľavo s dvojitou zlomeninou oblúka zygomatickej kosti vľavo. Úrad konštatoval, že dané CT vyšetrenie bolo popísané správne. Správna diagnóza zlomeniny maxilo-orbito-zygomatického komplexu bola teda stanovená 7 dní po úraze, po prepustení do domácej starostlivosti, na ORL ambulancii dohliadaného subjektu, vďaka čomu bola nakoniec pacientke poskytnutá správna a dostatočná zdravotná starostlivosť. Napriek neskoršiemu stanoveniu diagnózy zlomeniny tvárového skeletu pacientka podstúpila operačné riešenie zlomeniny 13 dní od úrazu, čo je medicínsky ešte prijateľná doba ohľadne možnosti repozície dislokovaných kostných fragmentov. V zmysle uvedeného bolo možné konštatovať, že napriek neskoršie stanovenej diagnóze zlomeniny zygomatikomaxilárneho komplexu nedošlo k poškodeniu zdravia.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Úrad konštatoval, že diagnostický postup zo strany dohliadaného subjektu v období od 13. 6. 2017 do 16. 6. 2017 nebol úplný a správny, nakoľko neboli realizované dostatočné zobrazovacie vyšetrenia na oblasť poraneného tvárového skeletu a orbity vľavo a nebola stanovená správna diagnóza traumatického poškodenia tvárového skeletu. Pri natívnej snímke orbít dňa 13. 6. 2017 bola prehliadnutá zlomenina spodiny orbity vľavo. Pri CT vyšetrení mozgu a lebky dňa 13. 6. 2017 bola prehliadnutá zlomenina maxilárnej dutiny vľavo a zlomenina zygomatickej kosti vľavo. Toto CT vyšetrenie nebolo technicky vykonané správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu na diaľku bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientke v dohliadanom období **nebola** poskytnutá **v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

BOLO ZHODNOTENIE STAVU VYSOKORIZIKOVÉHO PACIENTA NA INTERNEJ AMBULANCII SPRÁVNE?

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie dcéry zosnulého pacienta, ktorá žiadala prešetriť postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej zosnulému otcovi. Otec podávateľky bol dňa 12. 5. 2016 vyšetrený na pohotovosti pre bolesti a dýchavičnosť. Podľa údajov v podaní mu lekári na pohotovosti zmerali tlak a poslali ho domov s tým, že mu nič nie je. V sobotu 14. 5. 2016 bola privolaná RZP a pacient po prevoze zomrel.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol polymorbídny s početnými komorbiditami. Bol sledovaný internistom, kardiológom, pneumológom. V minulosti liečený antituberkulotikami pre kontakt s aktívnou TBC, prekonal infarkt spodnej steny myokardu, bol hypertonik so sklonom k sínusovej tachykardii. Opakovane robené echokardiografické vyšetrenia (ostatné vyšetrenie 27. 8. 2015) s nálezom ľahko dilatovanej ľavej komory, s ľahkou excentrickou hypertrofiou ľavej komory, hypo až akinézou posterolaterálne s tenším myokardom, posterobazálne aneuryzma s dyskinézou, stav po transmurálnom infarkte myokradu, ľahká systolická dysfunkcia ľavej komory, EF 40 - 45 %, dilatovaná ascendentná aorta, stopová trikuspidálna regurgitácia. Popisovaná obezita, hepatopatia s makrocytózou a zvýšením GMT pri abúze etylu. V minulosti popisovaná aj astma cardiale a chronické srdcové zlyhávanie. V poslednej liečbe Furon 40 mg, Digoxin 0,125 mg, Losartan 50 mg 2 x 1, Nebilet 5 mg, Trombex 75 mg, Omeprazol 20 mg, Eleveon (eplerenon) 25 mg, Milurit 300 mg.
Dňa 12. 5. 2016 sa pacient dostavil (bez predchádzajúceho odporučenia) na centrálnu príjmovú ambulanciu (CPA) internú nemocnice s poliklinikou. V terajšom ochorení bolo uvedené, že pacientovi sa niekoľko dní ťažšie dýcha pri fyzickej námahe, v noci neobleží, v horizontálnej polohe ho dusí, na hrudníku ho nebolí, brucho ho nebolí, močí v noci asi 2x, užíva Furon, nohy mu nepuchnú, alergiu neudáva, fajčenie neguje, alkohol neguje. Pri vyšetrení hodnota tlaku krvi 120/85 mmHg, EKG s popisom, cit.: *„...sínusový rytmus, fr.*

122/min, reg., intermediárna el._os, PZ vo V4, PQ interval 0,16_s., QRS komplex 0,10_s., depresia ST segmentu vo V6, oproti staršiemu EKG bez vývoja nových ischemických zmien...“.

V objektívnom vyšetrení zaznamenané: pri vedomí, poloha aktívna, koža ružová, nespotená, teplá, habitus hyperstenický, hlava bez patologického nálezu, krk - náplň jugulárnych vén primeraná, hrudník klenutý, dýchanie čisté, bez vedľajších fenoménov, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, šelest nepočujem (z interných vyšetrení v zdravotnej dokumentácie vyplýva, že 19. 6. 2015, 21. 7. 2015, aj 24. 9. 2015 bol počuteľný holosystolický šelest na MI intenzity 5/6), brucho v norme, dolné končatiny bez edémov. Realizované laboratórne vyšetrenia, z výsledkov: glykémia 7,8 mmol/l, urea 8,9 mmol/l, kreatinín 100,7 µmol/l, kyselina močová 583,8 µmol/l, bilirubín celk. 32 µmol/l, konj. 8 µmol/l, AST 1,09 µka/l, ALT 0,88 µkat/l, GMT 1,44 µkat/l, ALP 1,3 µkat/l, Na 134 mmol/l, K 3,4 mmol/l, CRP 148,2 mg/l, krvný obraz: Le 9,96 10^3/µl Hb 10,3 g/dl, Ery 3,66 10^6/µl, MCV 88 fl, plt 289 10^3/µl, Neu 78,3 % Ly 16 %. Realizované RTG vyšetrenie hrudníka s popisom: srdce zväčšené, mediastinum nerozšírené, zvýraznené hily, obojstranne perihilózne a parakardiálne zmnožená pľúcna kresba – incipientná stáza.

Stav diagnostiky záverovaný ako ischemická choroba srdca obehovo subkompenzovaná, NYHA III + bronchitis acuta, sínusová tachykardia + ostatné diagnózy. V odporučení je konštatované, že bola registrovaná RTG snímka hrudníka, kde je incipientná stáza, v krvnom obraze anémia stredne ťažkého stupňa, bez trombocytopénie, v biochemických vyšetreniach elevácia CRP bez leukocytózy, ľahká hypokaliémia. Pacient podľa vyšetrujúceho lekára aktuálne nevyžadoval hospitalizáciu na internom oddelení. Mal predpísané káliové tablety, odporučený prechodne na pár dní Furon 40 mg 1-1-0 tbl., navýšiť Eleveon 25 mg na 2-2-2 tbl., v pondelok kontrola u všeobecného lekára s kontrolou ionogramu a renálnych parametrov. V odporučení je aj uvedené, aby bolo pre neurčité ťažkosti v oblasti brucha doplnené chirurgické event. urologické vyšetrenie v spádovej ambulancii. Ťažkosti v oblasti brucha nie sú v subjektívnom ani objektívnom náleze uvedené. Pacientovi bol vydaný recept na chlorid draselný tbl.

Dňa 14. 5. 2016 bol pacient privezený posádkou RLP pre dyspnoe pri kardiálnej dekompenzácii na CPA internú toho istého nemocničného zariadenia, vyšetrený s časom 13,10 hod. V terajšom ochorení je uvedené, že pacient 3 dni nemôže dýchať, pri fyzickej námahe sa najviac zadýcha, menej močí, nohy mu nezapuchli, 2 - 3 dni sucho kašle, 3 mesiace ho tlačí za hrudnou kosťou, bolesť vyžaruje do krku,

pri bolesti sa spotí, obledne, je mu na zvracanie, bolesť je pri pohybe, v pokoji nie je. Pred 3 mesiacmi bolesti nemal. Bolesti sú každý deň, mal ich aj aktuálne. Pri vyšetrení hodnota tlaku krvi 120/65 mmHg. EKG s popisom, cit.: „...*AS prav sfr.108/min, PZ vo V5, el os normotyp, elevácia ST v III, aVF, zrkadlové depresie I,II,aVL, Q v III, V1, V2, V3, V4, depresia ST do 1 mm vo V5, V6...*“ (pozn. úradu EKG je prakticky totožné s EKG z 12. 5. 2016). Realizované laboratórne vyšetrenia - z výsledkov: glykémia 6,9 mmol/l, urea 20,0 mmol/l, kreatinín 143,9 µmol/l, bilirubín celk. 60 µmol/l, konj. 26 µmol/l, AST 18,8 µka/l, ALT 13,28 µka/l, GMT 2,07 µka/l, Na 134 mmol/l, K 4,2 mmol/l, CRP 210,0 mg/l, Troponin T 1800 ng/l, krvný obraz: Le 14,0 10^3/µl, Hb 10,7 g/dl. Stav diagnosticky záverovaný ako akútny transmurálny infarkt myokardu spodnej steny. Pacientovi bol ešte posádkou RLP podaný Furosemid forte 1 amp i. v., na internej ambulancii Isoket 1 vstrek, Clexan 0,4 ml i. v., ANP 200 mg, Brilique 180 mg.
Po konzultácii s koronárnou jednotkou špecializovaného pracoviska bol pacient prevezený na oddelenie akútnej kardiológie. Pri prijatí v čase 15,30 hod. bolesti už nemal, dýchalo sa mu veľmi zle, pacient bol nepokojný, tachypnoický, koža spotená, studený pot, vomitus opakovane, dýchanie do ½ oslabené, krepitácie, brucho palpačne citlivé v strednom a pravom epigastriu, hepar na dlaň, dolné končatiny bez edémov. Echokardiografia orientačne pre zlý stav pacienta: hypokinéza inferoposteriórne, dyskinéza posterobazálne, hrotu, EF 25 - 30 %, mitrálna regurgitácia II+, dilatovaná ľavá predsieň, pravá komora. O 16,07 hod. prítomný gasping, apnoe, zahájená kardiopulmonálna resuscitácia, o 17,32 hod. konštatovaný exitus letalis pri asystólii u vyčerpaných rezerv srdca, v. s. pri akútnom koronárnom syndróme pri dilatačnej kardiomyopatii s nízkou systolickou funkciou ľavej komory v sprievode prolongovaného srdcového zlyhávania a septického stavu.
Prehliadajúcim lekárom bola odporučená pitva. Podľa výsledku pitvy k smrti viedol ďalší infarkt extrémne hypertrofického dlhodobo zlyhávajúceho srdca s aneuryzmou posterobazálne pri generalizovanej arterioskleróze so zúžením vencových tepien s následným rozvojom kardiogénneho šoku.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

62-ročný pacient s anamnézou chronického srdcového zlyhávania po prekonanom infarkte myokardu s následnou hypokinézou až akinézou posterolaterálne a posterobazálnou aneuryzmou v chronickej liečbe kardiotonicko-diuretickej, antiagregačnej a antihypertenzívnej bol

vyšetrený na CPA internej nemocnice s poliklinikou dňa 12. 5. 2016 pre údaj zhoršeného dýchania. Anamnestické údaje sú nedostatočné a sporné. Pri vyšetrení dňa 12. 5. 2016 bolesti na hrudníku pacient nemal udávať, avšak dňa 14. 5. 2016 sa už popisujú 3 mesiace trvajúce tlakové námahové bolesti na hrudníku takmer každý deň, pacient mal mať podľa údajov v odporučení aj neurčité abdominálne ťažkosti, tie nie sú v subjektívnom ani objektívnom náleze zaznamenané. Fyzikálne vyšetrenie nemožno akceptovať – popisovaný je normálny nález na hrudníku, pritom minimálne už v predchorobí bol popisovaný opakovane holosystolický šelest intenzity 5/6. EKG vyšetrenie dňa 12. 5. 2016 nebolo správne interpretované. Konštatovanie, že EKG je bez vývoja nových ischemických zmien, je nesprávne. V odporučenej liečbe sa lekárka sústredila len na zintenzívnenie diuretickej liečby, pričom sa ponechala nepovšimnutá významná sínusová tachykardia, zvýraznené ischemické zmeny, ako i vysoké CRP s hraničnou leukocytózou. Diagnosticko-terapeutické riešenie daného stavu dňa 12. 5. 2016 bolo nedostatočné.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Vyšetrenie dňa 12. 5. 2016 bolo nedostatočné – bola nedostatočne odobratá anamnéza, nedostatočné fyzikálne vyšetrenie, nesprávne vyhodnotené EKG vyšetrenie, nevenovaná pozornosť zvýšenému CRP a sínusovej tachykardii. Diagnosticko-terapeutické riešenie daného stavu bolo nedostatočné. Pacient dňa 12. 5. 2015 vyžadoval urgentnú hospitalizáciu.

ZÁVER

Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientovi **nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

NEŠTANDARDNÝ POSTUP LEKÁRA PRI LIEČBE BENÍGNEJ HYPERPLÁZIE PROSTATY

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o pacienta diabetika, hypertonika s ICHS, sledovaného a liečeného ambulantným urológom od roku 2008 pre chronickú pyelonephritídu, urolitiázu, benígnu hyperpláziu prostaty a suspektný Ca prostaty. Pri urologickej kontrole mal v roku 2008 vykonanú biopsiu prostaty s histologickým nálezom granulomatóznej prostatitídy, pri kontrolnej biopsii v roku 2011 bola histológiou zistená uroteliálna metaplázia s lymfocytárnou infiltráciou. Následne bol pacientovi ordinovaný od roku 2011 Bicalutamide tbl. a v roku 2012 Eligard injekcie. Vzhľadom k tomu, že tento poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dňom 5. 2. 2014 ukončil činnosť ako fyzická osoba a začal prevádzkovať urologickú ambulanciu ako právnická osoba, mohol úrad prešetrovať poskytovanú zdravotnú starostlivosť len od tohto obdobia. V dohliadanom období absolvoval pacient prvé kontrolné vyšetrenie v tej istej urologickej ambulancii dňa 30. 6. 2014, kedy bol podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii bez obtiaží, pokračovalo sa v zahájenej terapii Eligardom a Bicalutamidom. Pri kontrole dňa 1. 7. 2014 boli odobraté prostatické onkomarkery – PSA 1,41 ng/ml s poznámkou – pri zhoršovaní predpoklad rebiopsie. Následne absolvoval kontrolné vyšetrenie dňa 6. 10. 2014 a 18. 12. 2014 s predpisom pokračovania v nasadenej liečbe, napriek pacientom udávaným vedľajším účinkom liečby. Pacient od tohto termínu absolvoval urologické vyšetrenia na urologickej ambulancii vyššieho pracoviska, kde mu bola vo februári 2015 navrhnutá transrektálna sonografia spojená s biopsiou prostaty, následná liečba podľa výsledku biopsie. TRUS a biopsia bola vykonaná dňa 28. 4. 2015 s odberom 10 vzoriek z tkaniva prostaty, pričom všetky odobraté vzorky boli reprezentatívne a obsahovali benígne prostatické tkanivo. Záver diagnostického vyšetrenia na podklade biopsie bol – Hyperplázia a chronický zápal bez nádorového rastu.

Pacient bol v minulosti opakovane vyšetrený v rajónnej urologickej ambulancii, kde mu v roku 2008 a v roku 2011 bola vykonaná biopsia prostaty. Ani pri jednom z týchto histologických vyšetrení nebol diagnostikovaný adenokarcinóm prostaty. V roku 2008 bola diagnostikovaná prostatitída a v roku 2011 benígna hyperplázia prostaty s nálezom uroteliálnej a skvamóznej metaplázie, ktorá ale nie je definovaná ako karcinóm, dokonca ani ako prekanceróza. V dohliadanom období nebola v ambulancii toho istého urológa vykonaná biopsia prostaty, PSA bolo vyšetrené pri kontrole len jedenkrát (1. 7. 2014) s hodnotou 1,41 ng/l, čo je dolná hranica referenčných hodnôt tohto onkomarkera, pričom PSA vyšetrenie bolo naposledy u pacienta realizované v júli 2012 s hodnotou 4,44 ng/ml, čo je opätovne dolná hranica referenčných hodnôt. V zdravotnej dokumentácii pacienta nebol záznam o stanovení diagnózy adenokarcinóm prostaty, na ktorú bola v roku 2011 začatá onkologická liečba Bicalutamidom a v roku 2012 Eligardom. V dohliadanom období nebola urológom stanovená ani diagnóza benígnej hyperplázie prostaty, ktorú bolo možné vzhľadom na výsledok biopsie prostaty a kontrolný výsledok PSA stanoviť, a preto podávanie onkologickej liečby Bicalutamidom a Eligardom nebolo adekvátne jeho zdravotnému stavu. Štandardný doporučený postup pri diagnostike a liečbe takýchto ochorení je pri elevácii PSA urobiť kontrolný odber krvi na PSA v odstupe asi 3 mesiace, pokiaľ nie je jednoznačný nález pri digitálnom rektálnom vyšetrení. Pri opakovanom zvýšení PSA sa indikuje biopsia prostaty, ak je biopsia negatívna v zmysle adenokarcinómu kontroluje sa PSA, pri pretrvávajúcej elevácii sa realizuje MRI vyšetrenie a druhá biopsia sa realizuje až po MRI vyšetrení, ktoré sa presne nasmeruje do oblasti vysoko pravdepodobných zmien v prostate. Tento štandardný postup nebol u pacienta realizovaný. Zbytočné užívanie v tomto prípade neindikovanej liečby mohlo u pacienta zhoršiť telesný aj psychický stav. Dlhodobé zníženie hladiny testosterónu z dôvodu androgénnej deprivačnej liečby mohlo zapríčiniť zhoršenie kognitívnych funkcií, depresiu, anémiu, osteoporózu, gynekomastiu, sexuálnu dysfunkciu. Z tohto dôvodu, ako aj z finačného hľadiska je používanie Eligardu a antiandrogénov (Bicalutamide) indikované len v prípadoch dokázaného lokálne pokročilého adenokarcinómu prostaty, alebo pri vzniku hormón refraktérneho ochorenia, eventuálne pri biochemickej progresii ochorenia.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu nasledovný nedostatok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi:

Dohliadaný subjekt v diagnostickom procese nestanovil správnu diagnózu – benígnu hyperpláziu prostaty, ktorú bolo možné na základe biopsie z roku 2008 (granulomatózna prostatitída) a z roku 2011 (uroteliálna metaplázia s lymfocytárnou infiltráciou) a vykonanej kontroly hladiny PSA, ktorá bola na dolnej hranici referenčných hodnôt stanoviť. Napriek tomu, že urologické ochorenie pacienta nebolo diagnostikované ani ako adenokarcinóm prostaty, bola dohliadaným subjektom nesprávne podávaná onkologická liečba liekmi Bicalutamide a Eligard, hoci táto liečba nebola u pacienta indikovaná.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **nebola poskytnutá správne, v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**.

NÁHLE ÚMRTIE 72-ROČNÉHO PACIENTA

Podávateľka podnetu požiadala úrad o prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej manželovi ambulanciou LSPP v dohliadanom dni 11. 8. 2016. V tejto súvislosti podávateľka uviedla, že dňa 11. 8. 2016 o 18,00 hod. sa dostavili s pacientom na ambulanciu OUP ÚPS, odkiaľ boli bez vyšetrenia odoslaní na ambulanciu LSPP, na ktorej sa pacient sťažoval na bolesti chrbta s vyžarovaním do rozkroku a na oblievanie studeným potom. Podávateľka v podnete ďalej uviedla, že na ambulancii LSPP bol pacientovi odobratý moč, tlak krvi mu zmeraný nebol pre nefunkčné oba tlakomery, ale vyjadrili sa, že tlak krvi je nemerateľný. Pacient bol

odoslaný domov s odporúčaním kontroly u svojho obvodného lekára na druhý deň, ktorého sa nedožil.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient trpel viacerými závažnými chronickými ochoreniami životne dôležitých orgánov a ich komplikáciami. Liečil sa na zvýšený krvný tlak 3. stupňa podľa WHO, mal chronickú ischemickú chorobu srdca, prekonal infarkt srdca, mal permanentnú fibriláciu predsení srdca, poruchu funkcií chlopní srdca, chorobne zníženú funkciu srdca, podstúpil rozširovanie lúmenu ciev srdca, bol obézny, mal zvýšenú hladinu tukov krvi a opúchali mu dolné končatiny.
Dňa 11. 8. 2016 okolo 18,00 hod. sa pacient pre bolesti chrbta s vyžarovaním do slabín dostavil v doprovode svojej manželky na ambulanciu OUP ÚPS, odkiaľ pacienta bez vyšetrenia odoslali na ambulanciu LSPP. Na ambulancii LSPP pacient subjektívne udával bolesť krížov a bolesti v pravej slabine s vyžarovaním smerom do chrbta, zvracanie neudával, stolica a močenie boli v norme. V objektívnom náleze bolo uvedené: moč chemicky: bielkovina ++++, krv +++. TT: 36,3 °C. Obezita, dušný pri reči, cyanóza akier, abdomen – voľne priehmatné, bez známok peritoneálneho dráždenia, hepat 1+. Na základe zdravotnej dokumentácie, anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia boli na ambulancii LSPP ťažkosti u pacienta zhodnotené ako akútny lumbo-sakrálny vertebrogénny algický iritačný syndróm. Proteinúria, hematúria k dodiagnostikovaniu. Pacientovi bol podaný Novalgin a bol odoslaný domov s odporúčaním kontroly na druhý deň u všeobecného lekára a bolo odporúčané zrealizovať aj nefrologické vyšetrenie. O 22,09 hod. bol pacient privezený sanitným vozidlom RLP na ambulanciu OUP ÚPS pre podozrenie na akútny koronárny syndróm. V popredí klinického obrazu bol rozvinutý šokový syndróm s arteriálnou hypotenziou. Počas ošetrenia na ambulancii OUP ÚPS bola u pacienta prítomná porucha vedomia, lapavé dýchanie, nízky tlak krvi a znížená akcia srdca. Pacient bol lekárom OAIM okamžite zaintubovaný a napojený na umelú pľúcnu ventiláciu. Pre podozrenie na krvácanie mu bola z vitálnej indikácie podaná transfúzia. Napriek tomu došlo k zastaveniu srdca a krvného obehu. Pacient bol ďalej resuscitovaný. Rozšírená kardiopulmonálna resuscitácia prebiehala v súlade s odporúčaniami ERC (European Resuscitation Council) pre kardiopulmonálnu resuscitáciu z roku 2015. Obeh a tlak krvi boli iba

prechodne obnovené podávanými liekmi. Privolaný internista konštatoval resuscitačnú situáciu, ktorá mala v tom čase nepriaznivú prognózu pro quo vitam. Napriek komplexnej a rozšírenej kardiopulmonálnej resuscitácii nedošlo u pacienta k obnove vitálnych funkcií a dňa 11. 8. 2016 o 23,20 hod. bol u pacienta konštatovaný exitus letalis. Pitvou bol potvrdený hemoragický šok pri ruptúre steny aneuryzmy brušnej aorty.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Cyanóza a dušnosť pacienta sú vždy alarmujúcim príznakom bez ohľadu na základné ochorenie pacienta. Oba príznaky môžu byť súčasťou život ohrozujúcich stavov súvisiacich so závažnými poruchami kardiovaskulárneho systému bez ohľadu na to, či ide o akútny alebo chronický stav. Obzvlášť u pacienta s anamnézou chronickej fibrilácie predsení a po prekonanom infarkte myokardu je potrebná mimoriadna obozretnosť hlavne vtedy, ak vyšetrujúcemu lekárovi nie je pacient známy. Pacient s dyspnoe, cyanózou akier a prešokovým stavom nemal byť z ambulancie OUP ÚPS odoslaný do ambulancie LSPP, kde sú možnosti diagnostiky objektívne obmedzené, ale mal byť bezodkladne vyšetrený službukonajúcim internistom alebo kardiológom ÚPS na ambulancii OUP. Pacientov aktuálny zdravotný stav vyžadoval neodkladné vyšetrenie a hospitalizáciu v lôžkovom zdravotníckom zariadení. Nebolo úlohou všeobecného lekára v rámci služby LSPP vykonať diferenciálnu diagnostiku u tohto pacienta. Anestéziológ správne predpokladal ruptúru aneuryzmy vzhľadom na priebeh ochorenia pred prijatím do nemocnice. Správne sa pokúsil riešiť hemoragický šok objemovou terapiou a transfúziou, napriek falošne pozitívnym výsledkom v krvnom obraze. Avšak, polymorbídny pacient so zníženou kardiálnou rezervou bol pri prijatí do nemocnice v refraktérnej fáze hemoragického šoku (laktát viac ako 13 mmol/l), preto nezareagoval na resuscitačné úsilie. Ani urgentná operácia v tom čase by pacienta nezachránila vzhľadom na minimálnu kardiálnu rezervu a rozvoj multiorgánovej dysfunkcie spôsobenej globálnou ischémiou. Ruptúra aneuryzmy aorty je najvážnejšou a väčšinou smrtiacou komplikáciou. Mortalita ruptúry aneuryzmy abdominálnej aorty je stále vysoká, až 90 %. Pretrvávajú ešte stále diagnostické problémy a nerozpoznané aneuryzmy sú časté. Diagnostika je aj v súčasnosti stále vážnym problémom, hoci sú už k dispozícii nové moderné diagnostické

techniky. Často prvým príznakom ruptúry aneuryzmy abdominálnej aorty je náhle úmrtie. Až pitva ukáže príčinu náhleho úmrtia.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Z podnetu a predloženej zdravotnej dokumentácie vyplynulo, že v dohliadanom dni poskytol zdravotnú starostlivosť pacientovi aj ústavný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, preto sa úrad rozhodol vykonať dohľad z vlastnej iniciatívy aj u tohto poskytovateľa.

1) Skupina vykonávajúca dohľad zistila na ambulancii LSPP v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v tom, že:

- v objektívnom vyšetrení chýba auskultačné vyšetrenie hrudníka (srdca, pľúc), zmeranie TK a TF, zrealizovanie EKG vyšetrenia a chýba aj záznam o vyšetrení pohybového aparátu (chrbtice) pre suponovaný vertebrogénny algický syndróm; pacient nebol kompletne vyšetrený,
- bol nesprávne určený diagnostický záver, následná liečba a odporúčanie, nakoľko aktuálne prítomné dyspnoe a periférna cyanóza nepatria do klinického obrazu vertebrogénneho algického syndrómu, tak ako je uvedené v závere vyšetrenia,
- pacient, ktorého nebolo možné kompletne vyšetriť z objektívnych dôvodov (ambulancia LSPP nedisponovala EKG prístrojom, digitálny tlakomer opakovane ukazoval error a manžeta ortuťového tlakomeru neobvinula rameno), mal byť neodkladne odoslaný či prevezený na vyšetrenie na ambulanciu vnútorného lekárstva do najbližšieho ÚZZ, a to aj v prípade, že odtiaľ prišiel, k diferenciálnej diagnostike dyspnoe a periférnej cyanózy, s návrhom na hospitalizáciu a s odporúčaním zrealizovať aj EKG vyšetrenie a aj k zmeraniu TK.

2) Skupina vykonávajúca dohľad zistila na ambulancii OUP ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v rámci predmetu dohľadu nedostatky v tom, že dňa 11. 8. 2016 o 18,00 hod., kedy sa pacient v doprovode svojej manželky dostavil na ambulanciu oddelenia urgentného príjmu, bol odtiaľto odoslaný na ambulanciu LSPP bez poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

3) Skupina vykonávajúca dohľad nezistila na ambulancii OUP ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v rámci predmetu dohľadu dňa 11. 8. 2016 o 22,09 hod. nedostatky.

ZÁVER

1) **Ambulancia LSPP** - výkonom dohľadu na mieste úrad **zistil** porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, **zdravotná starostlivosť ambulanciou LSPP nebola poskytnutá správne.**
2) **Ambulancia OUP ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti - zistené nedostatky v organizácii zdravotnej starostlivosti** dňa 11. 8. 2016 o 18,00 hod. úrad postúpil na riešenie Žilinskému samosprávnemu kraju ako vecne a miestne príslušnému orgánu na vykonávanie dozoru nad dodržiavaním povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa § 81 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
3) **Ambulancia OUP ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti** - výkonom dohľadu na mieste dňa 11. 8. 2016 od 22,09 hod. úrad **nezistil** porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, **zdravotná starostlivosť dňa 11. 8. 2016 od 22,09 hod. ambulanciou OUP ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola poskytnutá správne.**

PODCENENIE ALERGICKEJ ANAMNÉZY

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 28. 4. 2017 bola pacientka vyšetrená v rámci LSPP všeobecným lekárom pre dospelých (VLD). V rámci písomného záznamu z vyšetrenia bolo zdokumentované, že pacientka subjektívne udáva bolesti hrdla, bola bez zvýšenej teploty tela, v rámci alergickej anamnézy udávala alergiu na penicilín, objektívne bol v dutine ústnej obraz lakunárnej angíny. Stav bol VLD hodnotený ako akútny zápal mandlí a pacientke bola ordinovaná antibiotická liečba Augmentinom tbl. 1 g á 12 hodín. Písomný záznam z vyšetrenia: „TO: bolesti hrdla, afebrilná. Obj.: DÚ: Angina lacunaris, Alergia na PNC, dopor.: Augmentin á 12 hod. 1 tbl., kontrola u OL p. p. Dg.: J03.9 Akútny zápal mandlí, bližšie neurčený. Farmakologická liečba Augmentin 1 g tbl. flm. 14 x 1 g Exp. orig. 1 1 tbl. á 12 hod.“ V závere nasledoval pacientkou podpísaný informovaný súhlas s poskytnutím navrhovanej zdravotnej starostlivosti. Po dvoch dňoch 30. 4. 2017 bola pacientka pre urtikárny výsev pri realizovanej liečbe Augmentinom opäť vyšetrená v rámci LSPP iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. U pacientky bol prítomný opuch tváre a viečok a výsev úporne svrbiacich fľakov. Kožný nález bol vyšetrujúcim lekárom hodnotený ako žihľavka, z liečby bol vysadený Augmentin, ktorý bol nahradený Azitromycínom a ordinovaný bol Dithiaden 2 x 1 tbl., v ambulancii bol pacientke podaný Dexamed 8 mg i. m. Dňa 1. 5. 2017 bola pacientka v rámci ústavnej pohotovostnej služby vyšetrená v očnej ambulancii NsP pre rezanie očí. Objektívne bola koža hyperemická, obe bulby boli injikované, na rohovke bol nález keratitis punctata, v spojovkovom vaku bol prítomný hlienový sekrét. Stav bol hodnotený ako Keratoconjuctivitis allergica o. u. Ordinovaná bola lokálna liečba (O-HRCT ung., Corneregel, Hypromelóza P gtt.) a kontrola v očnej ambulancii. Pre generalizáciu svrbiacej kožnej vyrážky v zmysle makulopapulózneho splývavého exantému (krk, končatiny, trup, tiež submamárne, inguinálne, axilárne), edému očných viečok a erytému tváre bola pacientka v ďalšom období opakovane ošetrovaná v dermatovenerologickej ambulancii NsP v dňoch 3. 5. 2017, 4. 5. 2017 a 5. 5. 2017. Stav bol hodnotený ako Generalizovaná kožná vyrážka zapríčinená liekmi pri dokumento-vanej alergii na penicilín.

V liečbe mala ordinované lokálne aj celkové antialergiká a antiflogistiká (Dexa-Ratiopharm, Dithiaden, Pimafucort, Dexamed). Napriek tejto liečbe kožný nález a úporný pruritus u pacientky pretrvával, preto bola v období od 6. 5. 2017 do 10. 5. 2017 hospitalizovaná na dermatovenerologickom pracovisku NsP s dg. Exantema toxoalergicum maculopapulosum generalisatum v. s. medicamentosum, Keratoconjuctivitis allergica o. u. Anamnesticky bolo zistené, že pacientka mala v roku 1982 generalizovaný exantém po liečbe penicilínmi. Počas hospitalizácie bola u pacientky realizovaná komplexná antialergická parenterálna liečba kortikoidmi a antihistaminikami spolu s lokálnou liečbou, po ktorej došlo ku stabilizácii stavu.

Za účelom potvrdenia etiopatogenézy generalizovaného exantému bolo u pacientky s odstupom 3 mesiacov (interval na zabránenie falošne pozitívneho výsledku) vykonané BDT testovanie (BDT test – bazofilodegranulačný test) na Augmentin tbl. Nález BDT testovania na Augmentin tbl. zo dňa 08.08.2017 bol: 34 %, t. j. pozitívny (hodnotenie pod 24 % - negatívny, 24 - 28% suspektný, nad 28 % pozitívny).

Podľa písomného vyjadrenia poskytovateľa: „...Podľa štúdie z roku 2016, zaoberajúcej sa údajmi získanými z dokumentácií všeobecných lekárov (počet 199), bol údaj o alergii na penicilínové antibiotikum potvrdený len u 3,5 % pacientov. Aj skúsenosti z mojej 32-ročnej praxe potvrdzujú, že údaj o alergii na penicilín sa pohybuje od 3 do 5 % a viem doložiť užívanie amoxicilín/klavulanát bez alergických prejavov pri udávanej alergii na penicilín. Pacientke som vysvetlil terapeutický postup a predpis amoxicilínu/klavulanátu (Augmentinu) s tým, že je to penicilínové antibiotikum s molekulou amoxicilínu a jeho podanie som zdôvodnil vyššie uvedenými skúsenosťami....“

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Dňa 28. 4. 2017 bola u pacientky pri ošetrení v rámci LSPP diagnostikovaná lakunárna angína, zistený bol anamnestický údaj „alergia na PNC“ a bolo jej ordinované penicilínové antibiotikum Augmentin (amoxicilin + klavulanát). Následne sa u pacientky rozvinul generalizovaný toxoalergický exantém (svrbiaci makulopapulózny výsev) a alergická keratokonjuktivitída, čo si vyžiadalo ústavnú parenterálnu liečbu kortikoidmi a antihistaminikami. V štandardnom časovom odstupe bol vykonaný BDT test na Augmentin tbl., ktorý bol

pozitívny, čím bola u pacientky objektivizovaná prítomnosť alergie na PNC, a teda bol potvrdený pacientkin anamnestický údaj o tejto alergii, ktorej zdokumentovaným prvým prejavom bol kožný výsev v roku 1982.

Rozsah anamnestického vyšetrenia dňa 28. 4. 2017 a fyzikálneho vyšetrenia bol v rámci LSPP akceptovateľný, diagnóza bola stanovená správne, ako aj potreba antibiotickej liečby. Bola odporučená intervencia antibiotikom penicilínovej rady, napriek známej precitlivenosti na penicilíny, ktorú v rámci alergickej anamnézy uviedla samotná pacientka. Do 48 hodín došlo u pacientky k manifestácii komplikovanej kožnej liekovej alergickej reakcie s protrahovaným priebehom. Indikácia antibiotickej liečby pri lakunárnej angíne bola nespochybniteľná, avšak typ zvolenej intervencie bol zásadne nesprávny a rizikový. Liekom prvej voľby bolo v tejto klinickej situácii (známa alergia na PNC) makrolidové, resp. azalidové antibiotikum.

Polemizovať o pravdivosti anamnestických údajov o prítomnosti alergie u pacientov pri výbere medikamentóznej liečby nie je medicínsky správne, hlavne ak ide o poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP, kedy lekár nemá k dispozícii komplexnejšiu zdravotnú dokumentáciu, a teda nemôže písomnými údajmi objektivizovať anamnestické údaje. Indikácia liečiva zo skupiny liečiv, na ktoré pacient udáva alergiu, je v rozpore s účelnou farmakoterapiou. Uvedený postup môže mať fatálne následky, preto vedome neakceptovať anamnestické údaje o alergii, ktoré lekár v danom čase nevie spoľahlivo vylúčiť, nie je správne. Ide o riskantný, medicínsky nesprávny postup. U pacientky sa BDT testom v ďalšom období potvrdila alergia na penicilínové antibiotikum, ktoré jej bolo ordinované. Teda pacientkin anamnestický údaj, ktorý nebol zo strany VLD rešpektovaný, bol pravdivý. Taktiež v SPC lieku - Augmentin 1 g tbl. je ako prvá kontraindikácia uvedená: „Precitlivenosť na liečivá, na ktorýkoľvek z penicilínov alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok“.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Výkonom dohľadu u dohliadaného subjektu **boli zistené nedostatky**:

Dňa 28. 4. 2017 bola pacientke ordinovaná nesprávna antibiotická liečba, pretože pri zdokumentovanom anamnestickom údaji o alergii

na penicilín jej bolo nesprávne ordinované penicilínové antibiotikum Augmentin tbl.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke **zistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Voči záverom úradu dohliadaný subjekt - VLD nevzniesol žiadne námietky a prijal nápravné opatrenia na ich odstránenie.

NESPRÁVNY MANAŽMENT PACIENTKY S NOVOVZNIKNUTÝMI BOLESŤAMI NA HRUDNÍKU

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

62-ročná pacientka bola dňa 13. 6. 2016 odoslaná všeobecným lekárom pre dospelých na interné vyšetrenie pre bolesti na hrudníku a sklon k hypotenzii.

Následne bola pacientka dňa 13. 6. 2016 vyšetrená internistom **dohliadaného subjektu č. 1.** Subjektívne udávala, že asi 5 dní sa nemá dobre, máva nepríjemné tlaky v prekordiu s vyžarovaním do oboch horných končatín, nezávisle na námahe, dušná nie je, máva nízke hodnoty krvného tlaku. Objektívnym vyšetrením bolo zistené, že ide o normosteničku, primeranej výživy, bez cyanózy a ikteru, eupnoickú, jazyk bol vlhký, hrdlo pokojné, náplň krčných žíl bola v norme, štítna žľaza nehmatná, dýchanie bolo vezikulárne, čisté, akcia srdca bola pravidelná s frekvenciou 78/min, ozvy ohraničené, TK

bol 110/80 mmHg, brucho bolo mäkké, bez rezistencie, hepar a lien nehmatné, dolné končatiny boli bez opuchov. V zdravotnej dokumentácii bol zaznamenaný popis EKG: SR, fr.: 72/min, PQ: 0,18 s, ľavotyp, plochšie T v štand. zvodoch. *Záver interného vyšetrenia bol: Stenokardie bez EKG odozvy v. s. nepravé. Morbus hypertonicus I. Hemangiom pečene /dokum/. St. po CHE.* V rámci odporúčania bolo uvedené: diéta 10, kontroly TK, Bisoprolol 2 x 2,5 mg, Co-Prenessa 4/1,25 mg denne, ak budú hodnoty TK vyššie - pridať Prenessa 4 mg večer, pri pretrvávaní obtiaží kardiologické vyšetrenie (ergometria), recept na Co-Prenessa 4/1,25 1 x denne".

Podľa údajov v zdravotnej dokumentácii získanej z ambulancie všeobecného lekára pre dospelých bol na druhej strane nálezu z interného vyšetrenia v internej ambulancii dohliadaného subjektu č. 1 zo dňa 13. 6. 2016 zdokumentovaný záznam: „zajtra príde na ergometriu", ktorý vykonal internista nemocničného zariadenia - **dohliadaného subjektu č. 2.** Dňa 16. 6. 2016 bola pacientka vyšetrená v internej ambulancii dohliadaného subjektu č. 2. V rámci uvedeného vyšetrenia bolo v zdravotnej dokumentácii zaznamenané, že pacientka bola nedávno vyšetrená internistom, dnes objednaná na ergometrické vyšetrenie. Pacientka - hypertonička mala doma nízke hodnoty TK, preto vysadila hypotenzíva. Po príchode subjektívne ťažkosti neudávala, bola pripravovaná na ergometriu a bolo jej natočené EKG. Objektívne bola pacientka pri vedomí, orientovaná, bez ikteru a cyanózy, pokojovo eupnoická, habitus normostenický, orientačne neurologicky v norme, afebrilná, zrenice boli izikorické, jazyk vlhký, hrdlo pokojné, uši a nos bez výtoku, štítna žľaza a krčné lymfatické uzliny nezväčšené, pulzácie karotíd boli hmatné, náplň jugulárnych vén nezväčšená, šija neoponovala, auskultačne dýchanie bolo vezikulárne, bez vedľajších fenoménov, poklop plný jasný, akcia srdca bola pravidelná, s frekvenciou 80/min, ozvy ohraničené, TK: 110/80 mmHg, brucho bolo voľné, priehmatné, bez hmatnej rezistencie, palpačne nebolestivé, hepar a lien nehmatné, tapottement bilaterálne negatívny, dolné končatiny boli bez opuchov. Popis EKG: SR, fr.: 76/min, ľavotyp, R/S V3 - V4, PQ 160 ms, QRS 80 ms, rS v III, bez repolarizačných zmien. Následne pacientka udávala celkovú slabosť, došlo k náhlej strate vedomia. Popis kontrolného EKG: AVB III. st., idioventrikulárny rytmus, fr.: 35/min, sek. zmeny ST - T. Pacientka bola uložená do ležiacej polohy, pre nehmatný pulz a apnoické pauzy bol privolaný lekár OAIM o 14.35 hod. Po začatí

kardiopulmonálnej resuscitácie bola pacientka prevezená na OAIM. Výsledky laboratórnych vyšetrení krvi zo 16. 6. 2016, 14,55 hod.: Glu 3,79 mmol/l, urea 5,63 mmol/l, kreatinín 48,45 umol/l, kyselina močová 176,68 umol/l, ALT... 0,69 ukat/l, GMT... 0,79 ukat/l, ALP 1,24 ukat/l, AMS 0,56 ukat/l, CK 1,85 ukat/l, CK-MB 0,23 ukat/l, Na 140,00 mmol/l, Cl 108,00 mmol/l, Ca 1,72 mmol/l, CRP 85,60 mg/l, TNI 0,00 ng/ml, NTproBNP 3039,0 ng/l, D-dimér 3,16 mg/l, INR 1,36, APTT 24,7 sec, fib. 14,10 g/l, AT3 76,30, WBC 9,94 x 10^9/l, RBC 3,98 x 10^{12}/l, HGB 110,00 g/l, HCT 0,34, MCV 84 fl, PLT 199,0 x 10^9/l, NE 48,80 %, LY 38,50 %, MO 10,90 %, BA 0,10 %, NEA 4,85 x 10^9/l, LYA 3,83 x 10^9/l, EOA 0,17 x 10^9/l, MOA 1,08 x 10^9/l, BAA 0,01 x 10^9/l. Napriek komplexnej kardiopulmonálnej resuscitácii bol o 15,10 hod. konštatovaný exitus letalis.

V Liste o prehliadke mŕtveho bola ako choroba, ktorá priamo privodila smrť, uvedená *dg.: Akútny transmurálny infarkt myokardu bez bližšieho určenia miesta* a ako prvotná príčina dg.: Chronická ischemická choroba srdca, bližšie neurčená. Obhliadajúcim lekárom bola indikovaná patologicko-anatomická pitva.

Podľa **pitevného nálezu** bola ako príčina smrti stanovená *dg.: Tamponáda srdca pri akútnom infarkte spodnej steny ľavej komory srdca s jej ruptúrou,* ako základná choroba dg.: Celková ateroskleróza ťažkého stupňa a ako komplikácia základnej choroby dg.: Akútny infarkt spodnej steny ľavej komory srdca s jej ruptúrou. Histologickým vyšetrením preparátov srdca bolo zistené prekrvenie tkaniva, nekróza kardiomyocytov s vymiznutím ich jadier a s množstvom polymorfonukleárnych leukocytov v celej hrúbke svaloviny ľavej komory srdca; na základe týchto zmien možno čas vzniku akútneho infarktu srdca stanoviť v rozmedzí 2 až 4 dni pred úmrtím; ďalej bol potvrdený akútny infarkt s roztrhnutím steny myokardu, s krvným výronom v trhline a výrazná ateroskleróza koronárnych artérií.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Išlo o 62-ročnú pacientku, ktorá bola dňa 13. 6. 2016 odoslaná všeobecným lekárom pre dospelých na interné vyšetrenie pre bolesti na hrudníku a sklon k hypotenzii.

Počas interného vyšetrenia internistom **dohliadaného subjektu č. 1** dňa 13. 6. 2016 pacientka subjektívne udávala, že asi 5 dní sa nemá

dobre, máva nepríjemné tlaky v prekordiu s vyžarovaním do oboch horných končatín, nezávisle na námahe, dušná nie je, máva nízke hodnoty krvného tlaku. Vyšetrujúci lekár - internista odobral anamnézu, vykonal objektívne fyzikálne vyšetrenie a realizoval EKG vyšetrenie, ktoré popísal v zmysle negatívnych akútnych ischemických zmien. V závere vyšetrenia stav vyhodnotil ako stenokardie v. s. nepravé a uviedol ostatné chronické diagnózy (Morbus hypertonicus I, Hemangiom pečene, St. po CHE). Odporučil liečbu hypertenzie a pri pretrvávaní ťažkostí kardiologické vyšetrenie (ergometriu). V danom prípade, pri subjektívne udávaných 5 dní trvajúcich nepríjemných tlakoch v prekordiu s vyžarovaním do oboch horných končatín nezávisle na námahe, bolo potrebné stanoviť pracovnú diagnózu podozrenie na akútny koronárny syndróm a urgentne vykonať ďalšie vyšetrenia na vylúčenie event. potvrdenie tejto diagnózy. Vyšetrujúci internista správne odobral anamnézu, vykonal a správne vyhodnotil EKG vyšetrenie. Avšak v danom prípade bolo potrebné taktiež realizovať odber krvi na laboratórne vyšetrenie kardiošpecifických enzýmov a pri uvedenej anamnéze aj zabezpečiť observáciu pacientky na lôžku v lôžkovom zdravotníckom zariadení s možnosťou sledovať dynamiku ťažkostí, vývoj EKG nálezu, dynamiku kardiošpecifických enzýmov a podľa potreby doplniť echokardiografické vyšetrenie, event. konzultovať koronárnu intervenciu. Ergometrické vyšetrenie ako diferenciálno-diagnostická metóda nemalo byť indikované, nakoľko išlo o pacientku s nevylúčeným akútnym koronárnym syndrómom. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti je nutné konštatovať, že **zdravotná starostlivosť nebola pacientke v internej ambulancii dohliadaného subjektu č. 1 poskytnutá správne, a to z dôvodu nesprávneho postupu pri diferenciálnej diagnostike etiológie novovzniknutých bolestí na hrudníku.**

Následne sa pacientka dostavila s nálezom z interného vyšetrenia v internej ambulancii dohliadaného subjektu č.1 zo dňa 13. 6. 2016 do internej ambulancie nemocničného zariadenia - **dohliadaného subjektu č. 2,** kde bolo lekárom - internistom zdokumentované: „zajtra príde na ergometriu“, potvrdené odtlačkom pečiatky a podpisom lekára; dátum záznamu nebol uvedený, avšak vzhľadom na skutočnosť, že pacientka sa dostavila na ergometrické vyšetrenie dňa 16. 6. 2016, záznam bol najpravdepodobnejšie realizovaný dňa 15. 6. 2016. Dňa 16. 6. 2016 sa pacientka dostavila na ergometrické vyšetrenie. Podľa údajov v zdravotnej dokumentácii po príchode

subjektívne ťažkosti neudávala, bola pripravovaná na ergometriu, vykonaný bol EKG záznam. Následne pacientka udávala celkovú slabosť, došlo k náhlej strate vedomia, preto bola uložená do ležiacej polohy, pre nehmatný pulz a apnoické pauzy bol privolaný lekár OAIM. Bola začatá kardiopulmonálna resuscitácia a bol realizovaný odber krvi. O 15,10 hod. bolo konštatované úmrtie pacientky. V danom prípade je možné zo strany úradu konštatovať, že vzhľadom na skutočnosť, že pacientka sa do nemocničného zariadenia dňa 15. 6. 2016 dostavila osobne s nálezom z interného vyšetrenia v internej ambulancii dohliadaného subjektu č. 1 zo dňa 13. 6. 2016, v ktorom bol zdokumentovaný údaj o subjektívne udávaných 5 dní trvajúcich nepríjemných tlakoch v prekordiu s vyžarovaním do oboch horných končatín nezávisle na námahe, bolo potrebné zo strany vyšetrujúceho internistu dohliadaného subjektu č. 2 tieto symptómy zohľadniť, pacientku aktuálne vyšetriť, uvažovať o pracovnej diagnóze podozrenie na akútny koronárny syndróm a urgentne vykonať ďalšie vyšetrenia na vylúčenie event. potvrdenie tejto diagnózy. U pacientky malo byť vykonané opakované odobratie anamnézy, realizácia a vyhodnotenie EKG nálezu, vykonanie odberu krvi na laboratórne vyšetrenie kardiošpecifických enzýmov, zabezpečenie observácie pacientky na lôžku v lôžkovom zdravotníckom zariadení s možnosťou sledovať dynamiku ťažkostí, vývoj EKG nálezu, dynamiku kardiošpecifických enzýmov a podľa potreby doplnenie echokardiografického vyšetrenia, event. konzultácie koronárnej intervencie. Internista nemocničného zariadenia objednal pacientku na ergometriu, čo je možné hodnotiť ako nesprávny postup, nakoľko z jemu predloženej zdravotnej dokumentácie vyplývalo, že ide o pacientku s nevylúčeným akútnym koronárnym syndrómom a v danom prípade táto diferenciálno-diagnostická metóda nie je indikovaná. Dňa 15. 6. 2016 malo byť u pacientky realizované kompletné interné vyšetrenie a vykonaný záznam z vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii. U pacientky odoslanej ambulantným internistom do nemocničného zariadenia malo byť vykonané aktuálne interné vyšetrenie, ktoré by potvrdilo správnosť indikácie ergometrie. V danom prípade pacientka nebola lekárom vyšetrená, nebol vyhotovený kompletný záznam z uvedeného dňa a pacientka s anamnézou 5 - 7 dní trvajúcich stenokardií s vyžarovaním do horných končatín bola objednaná na ergometriu. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti je nutné konštatovať, že **zdravotná starostlivosť nebola pacientke dohliadaným subjektom č. 2**

poskytnutá správne, a to z dôvodu nesprávneho postupu pri diferenciálnej diagnostike etiológie novovzniknutých bolestí na hrudníku.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Výkonom dohľadu na mieste u dohliadaných subjektov boli v rámci predmetu dohľadu zistené nedostatky:

Dohliadaný subjekt č. 1: Ambulantné vyšetrenie pacientky dňa 13.06.2016 v internej ambulancii dohliadaného subjektu č.1 nebolo realizované správne, a to z dôvodu nesprávneho postupu pri diferenciálnej diagnostike etiológie novovzniknutých tlakových bolestí na hrudníku s vyžarovaním do horných končatín.

Dohliadaný subjekt č. 2: Manažment pacientky s nevylúčeným akútnym koronárnym syndrómom bol v nemocničnom zariadení nesprávny, a to z dôvodu nesprávneho postupu pri diferenciálnej diagnostike etiológie novovzniknutých tlakových bolestí na hrudníku s vyžarovaním do horných končatín.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u **dohliadaného subjektu č. 1** pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke **zistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u **dohliadaného subjektu č. 2** pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke **zistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

PREKVAPIVÝ PRIEBEH HOSPITALIZÁCIE S LETÁLNYM KONCOM

Podnet na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti podala dcéra pacientky, ktorá uviedla, že dňa 14. 9. 2016 jej matku prijali na neurologické oddelenie pre závraty. Vyslovila svoj názor, že zdravotná starostlivosť na neurologickom oddelení nebola poskytnutá správne. V liste o prehliadke mŕtveho bola uvedená choroba, ktorá priamo privodila smrť - otrava chemickými látkami. Všetky lieky, ktoré mama užívala, dcéra pacientky odovzdala lekárom, ale tí jej povedali že oni „vedia, čo s mamou robiť". Na druhý deň nastal problém, ráno mama dcére ešte volala o 07,30 hod. a mala rovnaký stav ako večer. O pár hodín neskôr, keď dcéra volala, už nedvíhala, sestrička sa spýtala, či neužívala antibiotiká. Keď znovu volala, sestrička jej povedala, že „teraz všetci behajú okolo jej mamy". Na druhý deň jej sestrička povedala, že „kombinácia liekov niekedy pôsobí ako jed".

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o 73-ročnú pacientku s anamnézou arteriálnej hypertenzie, ICHS, DM na inzulíne a PAD, prekonanej NCMP v roku 2014. Pacientke bola 14. 9. 2016 poskytnutá zdravotná starostlivosť posádkou ambulancie RZP a následne bola prevezená a hospitalizovaná na neurologickom oddelení. Primárne bola pacientka vyšetrená v CPO ambulancii. Pacientka udávala, že od noci mala točenie hlavy, napínanie na zvracanie, 2x zvracala žalúdočný obsah, tlak si nemerala. V deň prijatia ťažkosti pretrvávali, pacientka udávala, že mala bolesti hlavy, tlaky v očiach, točila sa jej hlava, pri chôdzi ju ťahalo do pravej strany. Slabosť končatín, zhoršené videnie, či zhoršenie reči negovala. Stenokardie, sťažené dýchanie negovala. Iné ťažkosti neudávala.

Objektívne: TK 150/80 mmHg; HR 90/min; SO_2 97 %, vedomie lucídne, orientovaná miestom – časom - osobou, GCS 15, poloha aktívna, postoj a chôdza s francúzskymi barlami s titubáciami, eupnoe, cirkulačne stabilizovaná, hydratácia primeraná, koža čistá, bez ikteru a cyanózy, periférne prekrvenie v norme, obezita, hlava mezocefalická na poklop nebolestivá, bulby v strednom postavení, bez nystagmu inervácia n. VII správna, zrenice izokorické, foto +/+, sliznice vlhké, jazyk plazí v strednej rovine, krčná chrbtica palpačne bolestivá, šija

neoponuje, dýchanie vezikulárne bez VDF, cor - AP ozvy ohraničené, abdomen v niveau hrudníka, mäkké, priehmatné, palpačne nebolestivé, orientačne bez hmatnej rezistencie, peristaltika prítomná, tapott bilat negat, DK bez edémov. Orientačne neurologicky: vedomie lucídne, orientovaná, zrenice izokorické, foto+/+, inervácia VII správna, jazyk plazí v strednej rovine, končatiny drží v nastavených polohách, citlivosť zachovaná, svalová sila bilat. plná, chôdza s barlami a miernymi titubáciami, Romberg I- II- III+.

Realizované vyšetrenia:
EKG: bez čerstvých ischemických zmien.
Biochémia sérum: glu: 11,86; krea: 95,50; AST: 0,77; Na: 133,1; K: 4; CRP: 37,07.
Krvný obraz: WBC: 31,00; RBC: 4,08; HGB: 124,00; HTC: 0,38; PLT: 250.
Koagulácia: Quick-INR: 1,17; APTTratio: 1,03; CKD-EPI: eGF-CKD-EP: 0,85 ml/s; moč chemicky neg.
Neurologické konziliárne vyšetrenie v CPO ambulancii dňa 14. 9. 2016 o 17,53 hod.: Záver: vestibulárny syndróm dif. dg. Pacientka prijatá na neurologické oddelenie, cestou CT mozgu.
CT vyšetrenie mozgu (natív) realizované: 14. 9. 2016 o 18,31 hod.: Bez zrejmých čerstvých ložiskových zmien v mozgu. Zníženie denzity bielej hmoty obojstranne periventrikulárne - leukoaraióza. Vnútorné zvukovody symetrické, nerozšírené, PCU voľný, IV. mozgová komora v strednej čiare, bez defigurácie. Komorový systém a subarachnoidálne priestory sú veku primeranej šírky. Stredové štruktúry sú bez presunu.

Následne bola pacientka hospitalizovaná na neurologickom oddelení v období od 14. 9. 2016 18,34 hod. do 15. 9. 2016 12,40 hod.

Vstupné vyšetrenie: Základná diagnóza: Vestibulárny syndróm. Ďalšie diagnózy: Febrilný stav, zápalový syndróm, Arteriálna hypertenzia, ICHS, angina pectoris, Hypercholesterolémia, VAS C chrbtice; Diabetes mellitus na inzulíne a PAD, Katarakta bilat., Stav po TEP oboch bedrových kĺbov, stav po repozícii luxácie TEP ľavého bedra, Stav po TEP kolena, Stav po hysterektómii a adnexektómii pre nezhubný TU (2003), Stav po operácii cysty ľavého prsníka.
Anamnéza: LA: nevie udať; dcéra prinesie lieky z domu, Melyd 3 mg 1-1-1, inz. Humulin N 14 j. o 22,00 hod., dľa CPO: Fosinopril Teva 1-0-0, Lokren 1/2-0-0, Lusopress 1-0-0, Moduretic 1/2-0-0, ANP, Sortis,

Cavinton, NTG p. p., NSA pri bolesti. AA: alergiu na lieky, potraviny a iné látky neudáva. FF: močenie v norme, dyzurické ťažkosti neguje, na stolicu si dáva každý 2. deň laxatíva, stolica naposledy včera, bez prímesí, chuť do jedla dobrá, spáva dobre.
TO: Pacientka sa v noci zobudila na nauzeu, závraty, opakovane zvracala. Tiež udáva neistú chôdzu s ťahom doprava. Udáva poruchu rovnováhy s ťahom doprava, akcentuje sa zmenou polohy tela, v leže po chvíli závrat ustáva. Včera a predvčerom a pred mesiacom jej pískalo v ľavom uchu. Dvojité videnie, poruchu reči, oslabenie a parestézie končatín neguje. Doma chodí pre problémy s kĺbmi o 1 barle. Úraz chrbtice neguje. Od rána má aj bolesti hlavy a očí. Teplotu si nemerala, t. č. pri prijatí febrility 39,1 °C. Traumu hlavy neguje. Na CPO 150/80. Pacientka udáva, že podobné ťažkosti mala v r. 2014, bola hospitalizovaná v nemocnici v Kroměříži, podľa pacientky boli ťažkosti asi z C chrbtice, podľa dcéry mala slabšiu porážku - dokumentáciu nemá u seba.
Objektívne pri prijatí bez meningeálnej symptomatológie, obmedzenie dynamiky C chrbtice, naznačená paréza PHK - modifikovaná dlhodobými bolesťami zápästia, postoj o širšej báze s titubáciami, febrilná 39,1 °C. Plán: vazoaktívna a antivertigózna liečba, symptomatická analgetická liečba, antipyretiká, MR a MRAg mozgu, USG mozg. ciev, interné konzílium, ORL, rehabilitácia.
Moč: chemicky + sedim. zo 14. 9. 2016: US-Ery: 2, US-leu: 85, valce hyal.: 0; epit. dlažd. pozit.; baktérie ojedinele.

Terapia: urologický čaj; Inf. FR 250 ml + 1 amp. 1 % mesocain + 1 amp. Oxantil i. v.; Fraxiparine 0,3 ml s. c. - t. č. pod.; podaný Paralen 500 mg.; Anopyrin 100 mg 1-0-0; Inf. FR 250 ml + 1 amp. Novalgin i. v. podané chladené; Helicid 20 mg p. p.; Fosinopril 1-0-0; Lokren ½-0-0; Lusopress 1-0-0; Moduretic ½-0-0; Sortis 0-0-1; Melyd 3 mg 1-1-1 dľa GP; Humulin N 14 j. s. c. o 22,00 hod. – podľa GP, NTG p. p.; NSA pri bolesti, Betahistin 24 mg 1-0-1; Alpha D3 1 ug 1-0-0; Meloxam 15 mg 1x d.

Rtg hrudníka AP v ľahu: 14. 9. 2016 o 21,53 hod.: Bez ložiskových zmien na zobrazenom pľúcnom parenchýme. Mediastinum nerozšírené, trachea bez deviácie. Bránica klenutá, uhly voľné. Tieň srdca nezväčšený, aortoskleróza.
Interné vyšetrenie: 14. 9. 2016 o 21,38 hod.: TK 149/98 mmHg; P 90/min reg. Záver: Infekt močových ciest; Artériová hypertenzia nevyrovnaná + ostatné dg. ako v prijímacej správe. Odporučenie: odobrať moč K+C, moč na kvasinky; do liečby Ofloxin 200 mg 1 tbl. á

12 hodín, urologický čaj, extrakt z brusníc; Fosinopril EX a prejsť na Tritace 5 mg 1-0-1, 1 tbl. podať aj teraz; kontrola p. p.

Na základe zistených skutočností bola upravená terapia dňa 14. 9. 2016 o 23,01 hod.: vysadené - Fosinopril; Lusopress; pridané do terapie - Tritace 5 mg 1-0-1; Ofloxin 200 mg 1 tbl. á 12 hod.; probiotiká.

Mikrobiologické vyšetrenie: 14. 9. 2016: hemokultúra: aerobna kult.: Escherichia coli ssp. haemolytica; kult. na kvas.: neg.; anaerob. kult.: neg.; miesto vpichu pri hemokult.: aerobna kult.: pôdy ostali sterilné.

Dňa 15. 9. 2016 o 06,00 hod.: 37,5 °C – podaný Paralen 500 mg. p. o. Subjektívne v noci sa jej ťažko dýchalo, teraz už dobre, bolesti brucha nemala, ale odmietala príjem p. o. tekutiny, raňajkovala, bez bolesti hlavy, závrate miernejšie, bez tinnitu. Objektívne: pri vedomí, subfebrilná, bez opozície šije, zdá subikterus sklér, brucho voľne priehmatné, nebol., bez známok perit. dráždenia, neurolog. nález bez zmeny oproti prijatiu, bez zjavnej lateralizácie. Úprava terapie: zmena ATB na venózne Biseptol 960 mg á 12 hod. v FR; Hylak 3x 40 kv.; Melyd 3 mg ½-1-1; FR 500 ml + Omeprazol i. v.; 5 % glu. + 4 j. NZI.

O 11,03 hod.: udáva sťažené dýchanie, avšak bez bolestí na hrudníku, hyperventiluje, má makroskopickú hematúriu, bolesti brucha nemá. Nasadená oxygenoterapia; EKG bez známok akútneho koronárneho syndrómu, saturácia 90 %; TK: 191/101 mmHg; P: 98/min, podané Lexaurin 3 mg p. o., Furon 40 mg i. v., Anopyrin zatiaľ nepodávať; Dicynone; Pamba, Kanavit i. v. 3x denne. Preklad na JIS.

Pre ↑ TK podaný Tensiomin 12,5 mg. O 12 hod. volané z laboratória – hemolýza séra, 1 cm krvný koláč nezrážajúci sa s gélom, Hb.: 60, preto na CITO vybavené USG brucha.

Po príchode na USG pracovisko cca o 12,13 hod. porucha vedomia, lapavé dýchanie, apnoické pauzy, nitkovitý pulz, zahájená kardiopulmonálna resuscitácia. Pri príchode na KAIM pacientka v bezvedomí, GCS 3, na EKG asystólia. Ošetrujúcim lekárom započatá kardiopulmonálna resuscitácia, externá masáž srdca, predýchavaná ambuvakom s O_2. Pacientka v natíve zaintubovaná kanyla 8,5, pulmo +/+, predýchavaná ambuvakom s O_2, externá masáž srdca, podané Adrenalín 1 mg á 5 min i. v., spolu 3 mg. Pre anamnestický udaj krvácania podaný Plasmalyte 200 ml i. v., počas KPR podané 4,2 % $NaHCO_3$. Počas celej kardiopulmonálnej

resuscitácie na EKG asystólia, nehmatné pulzácie na veľkých cievach, o 12,40 hod. konštatovaný exitus letalis.

Následne z laboratória dohlásené CoHb 5 % (norma do 2,5), MetHb 7,9 % (norma do 1,5), Leu: 50,3; Hb: 60,4; Tr: 85,4 v. s. pri otrave neznámou látkou, dcéra informovaná. Záznam v zdravotnej dokumentácii: Dcéra udáva požitie neznámych liekov, otec údajne paranoidný, neliečiaci sa. Informovaná riaditeľská príslužba; žiadaná súdna pitva.

Kompletné laboratórne výsledky z 15. 9. 2016 - dostupné od 12,35 hod.: KO: WBC: 52,39; RBC: 2,01; HGB: 60,40; HTC: 0,13; PLT: 85,4; MCH: 29,94; MCHC: 469,4; MCV: 63,72; RDW: 36,11. Tr overené mikroskopicky. Koagulácia: FBG: 4,75; Quick-INR: 4,14; APTTratio: 2,20; D-Dimer >20.00. Plazma hemolytická. METHb: 7,90 %; COHb: 5,00 %. Biochémia: UREA: 10,11; ALT: 0,79; GMT:1,61; CHOL: 3,49; HDL: 0,97; TAG: 1,28; AMS: 0,78; LDL: 1,97; TSH: 0,577; fT4: 11,73 pmol/l; B12: 262 pmol/l. GP: 15,1/19,3.

Dg. záver: Vestibulárny syndróm; v. s. otrava neznámou chemickou látkou; Febrilný stav, zápalový syndróm v. s. pri uroinfekte; Arteriálna hypertenzia nevyrovnaná; ICHS, angina pectoris; Hypercholesterolémia; VAS C chrbtice; Diabetes mellitus na inzulíne a PAD; Katarakta bilat.; Stav po TEP oboch bedr. kĺbov, stav po repozícii luxácie TEP ľavého bedra; Stav po TEP pravého kolena; Stav po hysterektómii a adnexektómii pre nezhubný TU (2003); Stav po oper. cysty ľavého prsníka; Exitus letalis.

List o prehliadke mŕtveho: Príčina smrti podľa klinického stavu: choroba, ktorá priamo privodila smrť: Otrava a priotrávenie inými a bližšie neurčenými chemikáliami. Závratový syndróm pri chorobách zatriedených inde H82; prvotná príčina: Horúčka, bližšie neurčená R509.

Súdno-lekárska pitva zosnulej bola realizovaná dňa 16. 9. 2016 o 08:00 hod.

Diagnóza prehl. lekára: Otrava bližšie neurčenými chemikáliami a škodlivými látkami.

Patologicko-anatomická diagnóza: Príčina smrti: Zastavenie srdca, I46.9

Komplikácia základnej choroby: Disperzná myofibróza srdca
Základná choroba: Generalizovaná ateroskleróza ťažkého stupňa, I70.9
Primárna artériová hypertenzia
Druh smrti: Úmrtie z chorobných príčin
Pridružené choroby: Diabetes mellitus 2. typu
Ostatný nález: Krvácanie z vena lienalis v oblasti chvosta pankreasu s koagulom (hmotnosť 70 g). Postmalatické pseudocysty v bielej hmote pravej hemisféry mozgu a v mozgovom moste. Skôrnatenie obličiek. Opuch mozgu a pľúc. Stav po totálnej hysterektómii a po cholecystektómii v minulosti. Stav po obojstrannej náhrade bedrových kĺbov endoprotézou v minulosti. Podliatina v oblasti pravej kľúčnej kosti. Staršie podliatiny na bruchu (diabetes mellitus na inzulíne). Viacpočetné podliatiny na oboch horných aj dolných končatinách. Trofické zmeny kože oboch predkolení (drobné vriedky, redukované ochlpenie, suchá koža). Dekubitus 1. stupňa na ľavej päte. Stav po orotracheálnej intubácii. Zlomenina 4. - 6. rebra vpravo a 3. - 6. rebra vľavo po resuscitácií. Pomliaždenie podkožia hrudníka po resuscitácii. Zavedenie kanyly do žily v ľavej lakťovej jame. Obezita 1. stupňa. Hnilobné zmeny vnútorných tkanív a orgánov.
Bezprostredná príčina smrti: Zastavenie srdca. Zo súdnolekárskeho hľadiska išlo o úmrtie z chorobných príčin.

Vyšetrenie alkoholu metódou plynovej chromatografie: 0,10 g/kg. Kvalitatívna analýza toxikologicky významných látok metódou TLC: pečeň: prítomná kyselina acetyl salicylová a paracetamol. Denzitometrické kvalitatívne vyšetrenie: pečeň: v súlade s vyšetrením TLC. Analýza toxikologický významných látok metódou plynovej chromatografie: pečeň: prítomný paracetamol a kofeín; poznámka: paracetamol - terapeutická koncentrácia.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne, včas a v adekvátnom rozsahu. Počas jej poskytovania nedošlo k pochybeniu. Diagnosticko-terapeutický manažment počas celého dohliadaného obdobia bol primeraný, štandardný a správny. Pacientka bola prijatá na neurologické oddelenie pre závraty, nauzeu, opakované zvracanie a neistú chôdzu s ťahom doprava. Vitálne CT vyšetrenie mozgu bolo bez čerstvých ložiskových zmien. Objektívne pri prijatí bola bez meningeálnej

symptomatológie, postoj o širšej báze s titubáciami, febrilná 39,1 °C. V krvnom obraze pri prijatí leukocytóza (31 x 10^9/l) s neutrofíliou (86,3 %). Hodnota hemoglobínu (Hb) bola v norme (124 g/l), počet trombocytov (Tr) v norme (250 x 10^9/l). Vyšetrené parametre koagulácie - PT INR, APTT ratio v norme.

Pacientka bola vyšetrená internistom s dg. Infekt močových ciest, bola odporučená liečba per orálnymi antibiotikami, ktorá nebola začatá. Podaný bol Biseptol i. v. Od prijatia do cca 11,00 hod. druhého dňa pacientka stabilizovaná, stav bol bez podstatnejšej zmeny.

Následne dňa 15. 9. 2016 bol konštatovaný u pacientky subikterus, pacientka udávala sťažené dýchanie, hyposaturovala 90 %, preto bola preložená na JIS. Pre hypertenznú krízu ordinované antihypertenzíva, EKG bolo bez známok AKS; bola vylúčená kardiálna príčina dýchavičnosti, v krvnom obraze zaznamenaná ťažká anémia, z laboratória hlásená opakovane hemolýza. Bola prítomná hematúria, ordinované hemostyptiká.

Pre nahlásený pokles Hb zo 124 na 60,4, pokles počtu Tr (85,4 x 10^9/l), progresiu leukocytózy (52,4 x 10^9/l), patologické koagulačné parametre (PT INR: 4,14, APTT-R: 2,20) (telefonicky hlásené o 12,00 hod. - prítomná hemolýza séra/plazmy) bolo ordinované urgentné USG vyšetrenie brucha. Avšak počas prevozu náhle porucha vedomia, apnoické pauzy, nitkovitý pulz, pacientka resuscitovaná, externá masáž srdca, privezená na KAIM. GCS 3, na EKG asystólia. Pacientka bola zaintubovaná, predýchavaná ambuvakom s O_2, vykonaná externá masáž srdca. Napriek intenzívnej resuscitácii o 12,40 hod. konštatovaný exitus letalis.

Podľa vyjadrenia dohliadaného subjektu pre výraznú hemolýzu s rýchlym poklesom Hb, bez zjavných známok väčšieho krvácania a zistené zvýšené hodnoty B-METHb a B-COHb, vyslovili podozrenie na otravu neznámou chemickou látkou. Z neurologického hľadiska náhle zhoršenie stavu pacientky nedokázali vysvetliť. Exitu napriek intenzívnej starostlivosti nedokázali zabrániť. Keďže sa zdravotný stav pacientky zhoršil prudko, nebolo časovo možné realizovať ďalšie diagnostické ani terapeutické postupy.

Z uvedených nálezov vyplýva, že sa u pacientky pravdepodobne už pred prijatím do nemocnice vyvinul infekčný stav (pri uroinfekte?), ktorý progredoval veľmi rýchlo do sepsy. Z hemokultúry vykultivovaná E. coli

ssp. hemolytica, odber 14. 9. 2016 o 19,00 hod., no výsledok bol hlásený na oddelenie dňa 16. 9. 2016 (teda po úmrtí). Tento stav mohol byť príčinou náhleho vzniku hemolýzy (sekundárna autoimúnna hemolytická anémia), ktorá viedla k prudkému poklesu Hb, čo je vlastne identické s masívnym krvácaním. V dôsledku vzniku akútnej hemolýzy došlo pravdepodobne ku kardiorespiračnému zlyhaniu. Možný bol aj rozvoj disseminovanej intravaskulárnej koagulácie pri sepse. Žiadne významné krvné straty neboli u pacientky zistené ani pri pitve. Príčinou úmrtia pacientky bolo kardiálne zlyhanie po akútnej masívnej krvnej strate - v tomto prípade po masívnej hemolýze.

Vzhľadom na to, že u pacientky došlo ku vzniku anémie veľmi rýchlo, bola hlásená hemolýza a neboli prítomné žiadne viditeľné makroskopické krvné straty, mohla byť pacientke (hneď, ako bol hlásený výsledok Hb) zaslaná objednávka na erytrocyty na „periculum mortis“ (vydanie ery bez krížnej skúšky), **čo však z časového hľadiska nebolo realizovateľné** (pokles Hb nahlásený cca 40 min. pred úmrtím, do toho času je zahrnutý aj čas resuscitácie).
Podľa vyjadrenia súdnych lekárov z pracoviska, na ktorom bola súdnolekárska pitva realizovaná, hodnoty methemoglobínu do 10 percent sú podľa literárnych údajov asymptomatické. Hodnoty karbonylhemoglobínu na úrovni 5 percent sú bežné u fajčiarov tabaku a rovnako bývajú asymptomatické. Týmito nálezmi sa zaoberali a vyhodnotili ich aj v kontexte nálezu z postmortálneho toxikologického vyšetrenia tak, že **nenašli súvislosť s pitevným nálezom,** a preto nie sú uvedené v diagnostickom závere z pitvy. Pitva a toxikologické vyšetrenie príčinu methemoglobinémie nevysvetlili, aj keď v daných koncentráciách určite neovplyvnili klinický obraz a vývoj stavu. Laboratórne zistená prítomnosť methemoglobínu a karbonyl-hemoglobínu v množstve presahujúcom normu viedla ošetrujúcich lekárov k domnienke, že by mohlo ísť o otravu pacientky neznámou látkou. Toto bolo následne uvedené aj ako príčina smrti v návrhu na súdno-lekársku pitvu. Čo sa týka poklesu hemoglobínu, pitvou sa nezistil nález, ktorý by takýto pokles vysvetlil. Pokles hemoglobínu zo 124 na 60 poukazuje na významné krvácanie. Pri pitve však nezistili žiadne krvácanie do gastrointestinálneho traktu, telesných dutín, okolia možných zlomenín, okrem nezávažného krvácania a jeho zdroja, ktoré v pitevnom nálezu uviedli.

Na základe medicínskych faktov v predloženej dokumentácii bolo konštatované, že nebolo identifikované žiadne pochybenie v poskytnutej liečebnej starostlivosti. Diagnosticko-terapeutický postup

počas danej hospitalizácie bol správny. Podnet bol vyhodnotený ako neopodstatnený.

ZÁVER

Výkonom dohľadu **úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.**

PRACOVNÝ ÚRAZ V SEVEROAFRICKEJ REPUBLIKE, NÁSLEDNÁ LIEČBA V SR

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o 54-ročného pacienta, ktorý bol od roku 2014 sledovaný v internej ambulancii pre diagnózu esenciálnej hypertenzie II s liečbou duálnej terapie. Dňa 24. 11. 2016 okolo 12,00 hod. utrpel pracovný úraz v Severoafrickej republike – spadol z lešenia z výšky asi 4 m a dopadol na ľavú nohu. Prvotne bol ošetrený v Severoafrickej republike a následne dňa 28. 11. 2016 na úrazovej ambulancii dohliadaného subjektu. Realizované RTG ľavej päty vykazovalo zlomeninu pätovej kosti bez dislokácie, doporučený bol konzervatívny postup a presádrovanie, s následnou kontrolou na traumatologickej ambulancii 5. 12. 2016, Fraxiparin 0,6 ml s. , RHB chôdza bez pristupovania na ĽDK. Pri kontrole dňa 5. 12. 2016 bolo RTG bez zmeny postavenia, sadrová dlaha uvoľnená, nefunkčná, vymenená za ortézu a doporučená ďalšia kontrola na 19. 12. 2016. Dňa 19. 12. 2016 bola fixácia funkčná, ĽDK bez NCP na periférii, RTG bez zmien. Fixácia bola odstránená a doporučená chôdza bez zaťažovania končatiny. Pri nasledujúcej kontrole dňa 16. 1. 2017 bolo v objektívnom náleze uvedené „chôdza pomocou paličky“, RTG bez zmeny postavenia, doporučená rehabilitácia a kontrola po ukončení RHB. Pri kontrole dňa 2. 3. 2017 bola podľa objektívneho vyšetrenia v oblasti úponu achilovky zhrubnutá deformita päty, hybnosť primeraná. Na RTG kontrole bola zlomenina prehojená v dislokovanom postavení s ostrým fragmentom v oblasti úponu tend. Achillei na dorzálnej strane calcanea. Dňa 3. 3. 2017 bol pacient opäť

vyšetrený na traumatologickej ambulancii dohliadaného subjektu pre bolesti Achilovej šľachy. Na podklade RTG bol vyjadrený predpoklad dráždenia Achilovej šľachy prihojeným fragmentom pätovej kosti. Bolo doporučené CT vyšetrenie a kontrola s výsledkom. Dňa 17. 3. 2017 absolvoval poslednú kontrolu v traumatologickej ambulancii dohliadaného subjektu s CT výsledkom, ktorého záver bol: Stp. trieštivej zlomenine vľavo v. s. centrálne depresívny typ II. b. podľa Essex a Lopresti, t. č. so subtotálnym zhojením v dislokačnom postavení podľa popisu, so susp. známkami tendinopatie Achilovej šľachy a s pretrvávajúcim lymfedémom mäkkých častí členka a nohy vľavo. Bola mu doporučená ASK – znesenie osteofytu, s dohodnutím termínu ambulantne. Pacient sa viac do traumatologickej ambulancie dohliadaného subjektu nedostavil. Dňa 20. 4. 2017 bol vyšetrený v inej ambulancii a objednaný k ablácii prominujúceho fragmentu dorzálne s termínom na 22. 5. 2017. Dňa 22. 5. 2017 bol pacient prijatý na ortopedické oddelenie s JIS Nemocnice Poprad na operáciu ľavej päty pre prominujúcu kosť, ktorá bola realizovaná ešte v ten deň. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, rany pokojné, chôdzu s 2 nemeckými barlami zvládol, naložená sadrová dlaha. Dňa 23. 5. 2017 bol v stabilizovanom stave prepustený domov. Kontroly po operácii absolvoval pacient v chirurgickej ambulancii v Leviciach (25. 5. 2017, 29. 5. 2017, 5. 6. 2017, 7. 6. 2017, 15. 6. 2017 a 29. 6. 2017), kde boli realizované preväzy a odstránené aj stehy. Pri poslednej návšteve v chirurgickej ambulancii dňa 6. 7. 2017 bola hybnosť členka takmer v plnom rozsahu. Dňa 15. 6. 2017 bolo realizované RTG ľavej päty v bočnej projekcii, kde bola zlomenina zhojená, Bohlerov uhol správny, konfigurácia kosti vyhovujúca. Prominujúci fragment z dorzálnej časti bol odstránený. Dňa 17. 6. 2017 absolvoval pacient kontrolu u operatéra, ktorý doporučil postupnú záťaž a kontrolu o 2 mesiace.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient bol so zlomeninou pätovej kosti vľavo ošetrený primárne v zahraničí, potom liečený na ambulancii úrazovej chirurgie dohliadaného subjektu. Liečba bola konzervatívna, sadrovou fixáciou, neskôr ortéza, doporučené šetrenie s chôdzou pomocou barlí. Po sňatí fixácie bola doporučená rehabilitácia. Absolvoval opakované RTG kontroly. Po zhojení zlomeniny absolvoval pacient CT vyšetrenie pre tlak v oblasti tend. Achillae. Bola doporučená AS resekcia výbežku dorzálnej strany kalkanea. Operácia bola vykonaná na ortopedickom

oddelení s JIS Nemocnice Poprad. Po operácii naložená fixácia, neskôr rehabilitácia. Po skončení bola popisovaná skoro plná hybnosť.

Podľa prvotného RTG bola zlomenina pätovej kosti iba s relatívnou indikáciou k operačnému riešeniu. Konzervatívny postup ako alternatíva je u tohto typu zlomenín so zachovaným Bohlerovým uhlom možný. Prominujúci prihojený fragment v oblasti dorzálneho úponu tend. Achillei bol po zhojení resekovaný a konfigurácia pätovej kosti bola skoro správna. Zlomeniny pätovej kosti zanechávajú skoro vždy trvalé následky vo forme obmedzenia pohyblivosti členku a nohy. U pacienta bol lekárom FRO popisovaný minimálny deficit hybnosti. Aj tento fakt poukazuje na to, že liečebný postup bol lege artis, bez pochybenia, zdravotná starostlivosť bola pacientovi pri liečení zlomeniny pätovej kosti poskytnutá správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že **zdravotná starostlivosť** zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **bola poskytnutá správne, v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti.

NEROZPOZNANÝ INFARKT MYOKARDU V ÚSTAVE NA VÝKON TRESTU ODŇATIA SLOBODY?

Podnet podal 51-ročný odsúdený muž (ďalej ako „pacient“) umiestnený v Ústave na výkon trestu odňatia slobody (ÚVTOS), ktorý žiadal prešetriť postup všeobecnej lekárky zariadenia ÚVTOS. V podnete pacient uvádza, že sa všeobecnej lekárke sťažoval na bolesti v oblasti hrudníka a záchvaty. Tieto sa mu zo dňa na deň stupňovali. Deň pred udalosťou dostal väčší záchvat pri sprchovaní. V deň posledného záchvatu bol ráno v ambulancii a opísal, čo sa mu stalo v sprche a všeobecná lekárka aktuálny zdravotný stav zhodnotila, že má astmu. Poobede o 14,30 hod. dostal posledný záchvat. Všeobecná lekárka podľa slov pacienta konštatovala, že je simulant a chce získať nejaké

opiáty. Na podnet iných odsúdených mu bola privolaná posádka RLP, ktorej lekár konštatoval akútny infarkt myokardu.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol umiestnený do ÚVTOS dňa 15. 7. 2015 po preložení z iného ústavu väzby. Počas celého výkonu trestu odňatia slobody bol sledovaný psychiatrom pre závislosť od alkoholu. Niekoľkokrát absolvoval súdom nariadené protialkoholické liečenie. V ÚVTOS ďalej absolvoval pravidelné psychiatrické kontrolné vyšetrenia, kde sa počas r. 2015 až r. 2016 opakovane dožadoval predpisu lieku s komerčným názvom Neurol, nakoľko bol presvedčený, že ho má na srdce a utišuje mu bolesť na hrudi. Podľa vyjadrenia pacienta, už sa na ňom začalo prejavovať, že je vo výkone trestu 8 rokov, udával, že cíti psychické napätie, a že mu zviera srdce. Objektívne psychiatrické vyšetrenie: mimika živá, eutýmny, manipulatívne správanie, vtipkuje, myslenie súvislé, bez depresívnych obsahov, v konaní závislosť od alkoholu, osobnosť abnormne štruktúrovaná, anamnesticky intrapsychická tenzia pri reaktívnych faktoroch. Pacient bol opakovane vyšetrený všeobecným lekárom pre bolesti chrbtice v krčnej a driekovej oblasti chrbtice a bol liečený analgetikami a myorelaxanciami. Dňa 11. 5. 2016 bol na všeobecnej ambulancii prvýkrát vyšetrený pre necharakteristické bolesti na hrudníku, kedy bol zistený hraničný tlak krvi (140/90 mm/Hg), EKG záznam bol bez známok ischémie. Odporučené mu boli magnéziové tablety. V ďalšom období pacient pre bolesti na hrudníku vyšetrenie nežiadal. Dňa 25. 5. 2016 bol predvolaný na kontrolu tlaku krvi, subjektívne bol bez ťažkostí, bola zistená hraničná arteriálna hypertenzia (130/90 mm/Hg), pacient bol ponechaný v sledovaní. Dňa 27. 5. 2016 o 09,53 hod. pacient udával, že ho ide zadusiť, hlavne v sprche, bolesti na hrudníku neudával. Objektívne bol afebrilný, dýchanie bolo čisté. Ordinovaný mu bol Atrovent N 20 Ug sol. inh. 10 ml. O 14,53 hod. udával horšie dýchanie, záha ho nepálila. Objektívne: TK: 115/75 mm/Hg, fr.: 76/min, dýchanie bolo čisté, bez vedľajších fenoménov, pacient bol psychicky alterovaný, vzlykal, akrá boli bez cyanózy. EKG záznam vykazoval fyziologický nález. Všeobecný lekár vykonal s pacientom pohovor, poučil ho, že pri zhoršení ťažkostí má volať lekára. O 18.45 hod. bol pacient znova vyšetrený všeobecným lekárom, kedy udával pálivé bolesti na hrudníku s propagáciou do ľavej ruky, TK: 150/105 mm/Hg,

fr.: 78/min, dýchanie mal čisté, bol schvátený, zaujímal polohu skrčenú, kožu mal bledú, spotenú. Aplikovaný mu bol Nitromint spr. 2 vstreky sublingválne, avšak po 10 minútach bez odozvy. Všeobecný lekár privolal posádku RLP, ktorá pacienta previezla do najbližšieho ústavného nemocničného zariadenia. EKG záznam vykazoval akútny infarkt myokardu s elevácioU ST segmentu (STEMI). Pacientovi bola následne vykonaná urgentná koronarografia s nálezom akútneho uzáveru ramus inter – ventricularis anterior (RIA). Ďalej bol pacient liečený perkutánnou koronárnou intervenciou (PCI) s implantáciou stentu.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

V uvedenom prípade bol prvotne stav pacienta správne zhodnotený ako hraničná arteriálna hypertenzia s realizovaním kontrol tlaku krvi. Dňa 27. 5. 2016 podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie ÚVTOS neboli u pacienta klinické známky poukazujúce na vývoj kardio-vaskulárnej príhody, EKG vykonané dňa 27. 5. 2016 o 14,53 hod. bolo s fyziologickým záverom. Subjektívne ťažkosti pacienta zodpovedali i údajom z minulosti ako psychicky alterovaného pacienta. Zároveň je potrebné uviesť, že opakované psychiatrické vyšetrenia označili osobnosť pacienta ako abnormne štruktúrovanú, s intrapsychickou tenziou a syndrómom závislosti na alkohole. Správanie pacienta bolo hodnotené ako účelové a manipulatívne. Prvé zásadné prejavy akútneho stavu pacienta boli dňa 27. 5. 2016 až o 18,45 hod., kedy dohliadaný subjekt postupoval znovu odborne správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu **nebolo** zo strany dohliadaného subjektu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi **zistené porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

AKÚTNA MYELOIDNÁ LEUKÉMIA

Podnet na prešetrenie podala manželka pacienta, ktorá uviedla, že jej manžel bol bez akýchkoľvek subjektívnych ťažkostí. Dňa 3. 2. 2016

absolvoval pravidelnú preventívnu prehliadku - objektívny nález bol primeraný, pre vek pacienta fyziologický. V laboratórnom obraze boli hodnoty v norme, okrem vyšších hodnôt cholesterolu (cholesterol 6,64 mmol/l, HDL 5,054 mmol/l). Všetky hodnoty krvného obrazu (KO) a diferenciálu boli v medziach normy. Bol pravidelným darcom krvi. Dňa 6. 6. 2016 sa ako pravidelný darca dostavil na transfúznu stanicu k odberu krvi. Výsledky laboratórnych vyšetrení však preukázali nízky počet leukocytov - hodnota Le 2,29 10^9/l. Pacient bol následne odoslaný na ambulanciu všeobecnej lekárky, kde v ten istý deň boli realizované kontrolné odbery krvi. Dňa 7. 6. 2016 bola v KO potvrdená leukopénia (Le 2,75 10^9/l), trombocytopénia (Tr 99,0 10^9/l) a tiež zmeny v diferenciálnom obraze. Vzhľadom na patologické hodnoty bol pacient v ten istý deň odoslaný na hematologickú ambulanciu za účelom diagnostiky a liečby. Manželka mala výhrady voči správnosti postupu pri liečbe pacienta, vrátane riešenia pridružených komplikácií.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient vo veku 43 rokov bez významnejšieho ochorenia v anamnéze bol na základe nálezu leukopénie v KO vykonanom v rámci vyšetrenia darcu krvi pred odberom krvi poukázaný na hematologické vyšetrenie. Tu pri kontrolnom vyšetrení KO bola už prítomná pancytopénia a v nátere periférnej krvi boli prítomné blasty (nádorové bunky). Pacient bol s podozrením na leukémiu poukázaný na vyšetrenie kostnej drene (KD) na ambulanciu hematologického oddelenia. Vyšetrenie sa realizovalo dňa 24. 6. 2016 a dostupné výsledky vyšetrení (cytologický nález, imunofenotypizácie buniek prietokovým cytometrom) poukazovali na diagnózu akútnej myeloidnej leukémie (AML), typ M 0-1 (FAB klasifikácia), s minimálne 90 % infiltráciou KD. Pacient bol dňa 24. 6. 2016 hospitalizovaný na hematologickom oddelení, kde po substitúcii erytrocytov a krvných doštičiek bola dňa 25. 6. 2016 začatá systémová polychemoterapia v kombinácii Mitoxantron + Cytosin arabinosid. Pri prijatí pacienta bola prítomná pancytopénia (stredne ťažká anémia a leukopénia, ťažká trombocytopénia) a klinické príznaky funkčnej insuficiencie krvotvorby - únavový syndróm, ulcerácie na sliznici dutiny ústnej a na predkolení

pravej dolnej končatiny (tu dermatológ nevylučoval ani prítomnosť leukemickej infiltrácie pokožky) a lymfadenopatie na krku (v. s. leukemická infiltrácia uzlín). Súčasne bola začatá profylaktická antiinfekčná liečba (antibakteriálna, antimykotická a následne aj antivirotická), ktorá bola priebežne upravovaná podľa výsledku mikrobiologických výsledkov vyšetrení. Dňa 29. 6. 2016 bol pacientovi zavedený centrálny žilový katéter do vena subclávia vľavo. V priebehu hospitalizácie pokračovala intenzívna hemoterapia (substitúcia erytrocytov a trombocytov) podľa aktuálneho laboratórneho nálezu a symptomatická podporná liečba. V období ťažkého útlmu krvotvorby po chemoterapii (iniciálne bolo nepostihnuté len približne 10 % krvotvorby) sa rozvinula flebitída na pravom predlaktí a bola zaznamenaná v. s. postmedikamentózna (Meropenem) alergická kožná reakcia (exantém) na trupe a na dolných končatinách, následne generalizovaná. Od 13. 7. 2016 pacient udával dyskomfort - obstipáciu, bolesti v oblasti krížov, v ľavom boku, pektorálne vľavo a v ľavom ramene. Žily v oblasti krku a axily vľavo boli intaktné (SONO zo dňa 14. 7. 2016), na RTG hrudníka (14. 7. 2016) boli popísané infiltratívne zmeny v ľavom pľúcnom parenchýme a natívne RTG brucha (14. 7. 2016) suponovalo subileózny stav s dilatáciou črева v terminálnej časti ilea, v oblasti céka a colon descendens. Chirurg vzhľadom na klinický stav pacienta (ťažká pancytopénia) doporučil konzervatívnu liečbu. Pri CT vyšetrení (15. 7. 2016) boli zistené rozsiahle infiltratívne zmeny v pľúcnom parenchýme obojstranne, predovšetkým vľavo, bez signifikantných mediastinálií lymfadenopatie, infiltráty v oboch lalokoch zväčšenej pečene, vo zväčšenej slezine a v ľavej obličke. Abdominálne lymfatické uzliny neboli významne zväčšené. Nález pripúšťal možnosť leukemickej infiltrácie orgánov, zápalových zmien (súčasný vzostup hodnoty CRP) i kombináciu oboch procesov. Výsledky sérologických vyšetrení na prítomnosť mykóz (28. 6. 2016) neboli priekazné (Aspergillus galaktomannan a anti-mannan Candida boli negatívne, Candida mannan Ag bol hraničný). Prítomná bola dilatácia aborálnych kľučiek ilea, céka a colon ascendens s nahromadením črevného obsahu a kolabovaným stenotickým úsekom črева v oblasti strednej tretiny colon transversum (kolabovaný úsek črева 3,5 cm dlhý, bez opuchu črevnej steny alebo

presiaknutia okolia; CT nález zo dňa 15. 7. 2016). Pretože sa stav pacienta nelepšil a spazmoanalgetická liečba bola bez efektu, chirurg indikoval (15. 7. 2016) z vitálnej indikácie cékostómiu. Za účelom operačnej liečby bol pacient (15. 7. 2016) preložený na chirurgickú kliniku. Tu bola v ten istý deň po nevyhnutnej predoperačnej príprave pre mechanický ileus vykonaná cékostómia. Na hematologické oddelenie bol pacient z chirurgického oddelenia preložený dňa 17. 7. 2016 v odpoludňajších hodinách. Bol afebrilný, komunikoval, ťažká pancytopénia u neho pretrvávala. U pacienta pokračovala širokospektrálna antiinfekčná liečba, hemoterapia, podporná liečba i aplikácia rastového faktora (Filgrastim). Po 22. hodine (17. 7. 2016) sa stav pacienta zhoršil, bol soporózny a boli u neho prítomné známky ľavostranného kardiálneho zlyhávania. Napriek liečbe pacient zomrel dňa 18. 7. 2016 o 02,30 hod.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Zistené bolo, že pacientovi bola správne určená diagnóza AML. Správne zhodnotenie klinckého stavu viedlo k rozhodnutiu a podaniu optimálnej prvolíniovej liečby, ktorá zahrňuje všade vo vyspelom svete kombináciu antracyklínového cytostatika a cytozín arabinosidu. Za nepriamu známku dostatočnej účinnosti zvolenej antileukemickej systémovej chemoterapie možno považovať nastupujúci, respektíve prehlbujúci sa dreňový útlm, ktorý sa prejavil výraznou pancytopéniou v postchemoterapeutickej fáze. Na teréne očakávanej a zákonite sa vyskytujúcej ťažkej granulocytopénie, resp. pancytopénie sa u pacienta rozvinuli, napriek adekvátnej liečbe simultánne početné život ohrozujúce komplikácie. Pneumónia a ileus vyústili do septického stavu, ktorý progredoval do septického šoku s mnohorgánovým postihnutím a terminálnym zlyhaním, čo bolo bezprostrednou príčinou úmrtia pacienta napriek správnej a komplexnej liečbe vrátane kvalifikovanej antimikrobiálnej liečbe. Pacientovi bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, v súlade s platnými právnymi predpismi. Jednoznačne nedošlo k pochybeniu pri diagnostike a liečbe pacienta.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad **nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.**

DOPLNENIE

AML je fulminantne prebiehajúce onkologické ochorenie, ktoré bezprostredne ohrozuje život človeka. Pokiaľ má byť ovplyvnená veľkosť nádorovej masy a následne má byť dosiahnutá i eradikácia nádoru, musí byť použitá intenzívna systémová polychemoterapia. Nedostatočná intenzívna úvodná liečba znižuje pravdepodobnosť pacienta na dosiahnutie kompletnej remisie ochorenia. Útlm krvotvorby po takej liečbe je žiaduci, aby došlo k zmene pomeru medzi chorobnou a zdravou krvotvorbou. Toto obdobie dreňového útlmu však môže byť sprevádzané mnohými komplikáciami, ku ktorým môže dôjsť i napriek intenzívnej podpornej liečbe. Pri agranulocytóze padajú bariérové funkcie slizníc a do krvného prúdu sa môžu dostať baktérie, ktoré ich kolonizujú (febrilná neutropénia). Sliznice sú naviac poškodzované i samotnou chemoterapiou (tkanivá s vysokou mitotickou aktivitou). Ťažká trombocytopénia môže spôsobiť krvácanie v akejkoľvek časti cievneho riečiska. Pri extrémnej záťaži organizmu sa môžu manifestovať i doposiaľ latentné ochorenia rôznych orgánov.

V úvode hospitalizácie pacienta bola vykonaná aj HLA typizácia pacienta a jeho pokrvných príbuzných s cieľom nájsť medzi nimi vhodného darcu pre transplantáciu kmeňových buniek krvotvorby (KBK). Typizácia potvrdila u pokrvných príbuzných vhodných darcov pre prípadnú príbuzenskú alotransplantáciu KBK. Táto liečebná metóda je však liečbou zaisťovacou. Klasickou chemoterapiou musí byť u pacienta najprv dosiahnutá eradikácia ochorenia, a až potom je možné o alotransplantácii KBK uvažovať.

KEĎ PACIENT PODCENÍ LIEČBU – KOMPLIKÁCIA PO INTRAVENÓZNEJ APLIKÁCII LIEKU

Úrad prijal podanie 54-ročnej pacientky, ktorá žiadala prešetrenie postupu zdravotnej starostlivosti, ktorú jej poskytla ambulancia ZZS dohliadaného subjektu dňa 30. 4. 2017 v súvislosti so vznikom flegmóny na pravej hornej končatine po podaní intravenóznej terapie.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dôvodom na vykonanie zásahu ambulancie ZZS RLP, podľa skutočností zistených výkonom dohľadu, bolo telefonické hlásenie syna pacientky na linku tiesňového volania OS ZZS pre sťažené dýchanie pacientky. Syn volal s mamou, ale tá len chrčala do telefónu.

Po príchode na uvedenú adresu bola pacientka pri plnom vedomí, orientovaná, podľa jej slov nevie prečo syn volal rýchlu lekársku pomoc. Ťažkosti negovala, stenokardie a dyspnoe negovala. Pacientka uviedla, že má dva dni bolesti v hrdle, u lekára nebola, „nemá hlas“, čo trvá cca 2 dni, bez zlepšovania, zvýšenú telesnú teplotu nemala. Objektívnym vyšetrením bolo zistené - oblúky pharyngu pokojné, fajčiarka, požitie alkoholu neguje. Osobná anamnéza – lieči sa na arteriálnu hypertenziu. Lieková anamnéza - Ramimed/HCT. Anamnéza alergií - alergie neudáva. Ďalej zistené: otváranie očí - spontánne, verbálny kontakt - orientovaný, motorika - na výzvu. Očné reflexy: fotoreakcia aj korneálny reflex obojstranne výbavné, bez deviácie, zrenice rozšírené na 6 mm. Dýchacie cesty priechodné, typ dýchania eupnoe, auskultačný nález - zostrené dýchanie bilaterálne. Cirkulácia - pulz pravidelný, plný, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené. Koža bledá, kapilárny návrat do 2 sekúnd. Brucho bez patologického nálezu. Bez poranení. Neurologický nález v norme. Hodnoty fyziologických funkcií o 20,45 hod. a 20,55 hod.: TK 130/90 a 130/80 mmHg; srdcová frekvencia 110 a 100/min, dychová frekvencia 16/min, sat. O_2 94 a 95 %, GCS 15 a 15 b. EKG vykonané nebolo. Pacientka mala zavedený periférny cievny katéter, podané jej bolo 10 ml Calcium chloratum a 200 mg

Hydrocortizon intravenózne. Diagnóza: Akútny infekt horných dýchacích ciest. Zásah bol označený ako primárny, indikovaný. Zdravotný stav pacientky označený ako zlepšený. V písomnom vyjadrení dohliadaného subjektu k výkonu dohľadu boli doplnené informácie týkajúce sa priebehu zásahu na mieste udalosti. Z uvedených informácií vyplýva, že pacientka počas aplikácie lieku Calcium chloratum intravenózne udávala celkový pocit tepla a v priebehu celého terapeutického postupu neudávala žiadne iné lokálne ani celkové subjektívne ťažkosti. Po podaní liečby došlo k ústupu subjektívnych ťažkostí.

Dňa 1. 5. 2017 bola pacientka vyšetrená v chirurgickej ambulancii pre začervenanie a bolestivosť v pravej kubitálnej jamke. Uviedla, že si včera privolala sanitku z dôvodu dehydratácie a dostala infúznu terapiu. Objektívnym vyšetrením bola zistená flegmóna a palpačná bolestivosť v pravej kubitálnej jamke, prítomný bol hematóm na mediálnej strane bicepsu s veľkosťou v priemere 4 cm. Pacientka bola afebrilná, úraz negovala. Vykonané bolo lokálne ošetrenie, predpísaný pokojný režim a kontrolné vyšetrenie.

Dňa 2. 5. 2017 bola pacientka opäť vyšetrená v chirurgickej ambulancii. V objektívnom náleze v kubitálnej jamke bola prítomná hyperémia, bolestivosť a počínajúca nekróza kože. Vykonané lokálne ošetrenie, predpísaný pokojný režim, antibiotická liečba.

Dňa 5. 5. 2017 vykonané kontrolné vyšetrenie v chirurgickej ambulancii, vykonaný preväz rany, antibiotická liečba ukončená z dôvodu, že ju pacientka netoleruje. Odporučené kontrolné vyšetrenie dňa 7. 5. 2017. Podľa zistenia úradu sa pacientka na kontrolné vyšetrenie nedostavila.

Dňa 22. 5. 2017 (o 17 dní) bola pacientka vyšetrená v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých. Pri vyšetrení uviedla, že dňa 30. 4. 2017 si volala záchranku, bola prechladnutá, zle sa jej dýchalo, dostala infúziu do žily do pravej hornej končatiny. T. č. prítomná otvorená rana, zapálená, na hornej končatine nad kubitálnou jamkou. Pacientka údajne bola na chirurgii, nálezy nepriniesla. Mastičku ktorú jej dali nemôže užívať. Odporučené bolo chirurgické vyšetrenie.

Dňa 23. 5. 2017 bola pacientka vyšetrená v chirurgickej ambulancii. V objektívnom náleze bol v pravej kubitálnej jamke prítomný kožný

defekt 2 x 3cm s náznakom fluktuácie, sterilný absces. V lokálnej anestézii vykonaná incízia, evakuácia, zavedený drén.

Následne bola pacientka liečená v chirurgickej ambulancii a v ambulancii plastickej chirurgie. Posledné vyšetrenie bolo zo dňa 25. 7. 2017, kedy pri vyšetrení pacientky v ambulancii plastickej chirurgie bolo konštatované zhojenie vzniknutej fistuly.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu v dohliadanom období nedostatky v poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Z údajov uvedených v objektívnom náleze pri vyšetrení posádkou ambulancie ZZS je zrejmé, že pacientka bola v čase zásahu pri vedomí, orientovaná, spontánne dýchajúca, bez príznakov závažnej obštrukcie dýchacích ciest, respiračnej insuficiencie alebo asfyxie. Cirkulačne bola stabilizovaná, bez neurologického deficitu a bez známok poranení. V čase zásahu pacientka nejavila známky zlyhávania základných životných funkcií ani príznaky náhlej zmeny zdravotného stavu, ktoré by bezprostredne ohrozovali jej život. Zo subjektívnych ťažkostí získaných z vyšetrenia u pacientky prevládal pocit sťaženého dýchania a bolesti v krku, popísané ťažkosti pretrvávali, podľa udania pacientky, cca 2 dni. Na základe uvedených údajov bola stanovená pracovná diagnóza akútny infekt horných dýchacích ciest a aplikovaná terapia, po podaní ktorej bol stav pacientky označený ako zlepšený, pacientka bola poučená a ponechaná na mieste ošetrenia v domácom prostredí.

Akútny zápal horných dýchacích ciest - táto nozologická jednotka zahŕňa celú škálu ochorení. Vo väčšine prípadov je liečba zameraná na dominujúce symptómy a obsahuje lokálne i systémovo pôsobiace dekongestíva, analgetiká, antimikrobiálne pôsobiace látky (pokiaľ je to potrebné), ktorých cieľom je utlmiť infekciu, zmierniť príznaky zápalu, zabrániť prechodu ochorenia do chronického štádia, obnoviť drenáž tzv. osteomeatálneho komplexu v prípade zápalu nosovej sliznice a paranazálnych dutín. Jedným z liekov, ktoré sa používajú pri zápalových a alergických ochoreniach s cieľom zvýšiť a udržať celistvosť bunkových membrán, zabezpečiť správnu funkciu bunkových štruktúr, obmedziť permeabilitu krvných kapilár pri zápalových a alergických reakciách sú preparáty s obsahom vápnika (Calcium gluconicum, Calcium chloratum). Tak ako väčšina ostatných

liekov, aj preparáty s obsahom vápnika majú aj vedľajšie nežiaduce účinky. K menej závažným patria vazodilatácia, pocity tepla a kriedovej pachuti v ústach. K závažnejším patrí lokálne dráždenie, bolesť v mieste aplikácie, ale aj nekróza tkaniva, ktorá je popisovaná najmä v súvislosti s paravenóznou aplikáciou.

Podľa zistení úradu u pacientky po podaní intravenóznej terapie vznikla flegmóna a palpačná bolestivosť v kubitálnej jamke s počínajúcou nekrózou v mieste aplikácie, s prítomným hematómom na mediálnej strane bicepsu s veľkosťou v priemere 4 cm. Ako je uvedené, ide o poznanú a popísanú komplikáciu po podaní preparátu s obsahom vápnika. Rovnaká reakcia môže vzniknúť aj v súvislosti so spôsobom podania lieku - intravenóznej aplikácii (napr. reakcia na intravenóznu kanylu). Vzniknutá komplikácia bola riadne vyšetrená a liečená. Pacientka nedodržala liečebný režim a po prerušení liečby došlo k vzniku kožného defektu s náznakom fluktuácie a sterilného abscesu.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti 54-ročnej pacientke dohliadaný subjekt **neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.** v platnom znení.

DENTOGÉNNY PÔVOD ZÁPALU?

Úrad prijal podanie 28-ročného pacienta, ktorý žiadal prešetrenie postupu zdravotnej starostlivosti, ktorá mu bola poskytnutá v stomatologickej ambulancii dohliadaného subjektu v dobe od 22. 3. 2017 do 30. 4. 2017 v súvislosti s komplikáciou po extrakcii zuba.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Podľa údajov zo zdravotnej dokumentácie pacient netrpí žiadnym chronickým ochorením, sporadicky sa lieči pre infekty horných

dýchacích ciest - pharyngitída, tracheobronchitída, prekonal aj gastroenteritídu, všetko s nekomplikovaným priebehom.

Pacient sa dostavil 22. 3. 2017 na ošetrenie bolestivého zuba v pravej polovici hornej čeľuste. Bola mu vykonaná preventívna prehliadka, zistený bol hlboký zubný kaz na zube č. 16. S navrhnutou extrakciou súhlasil podpisom, následne dohliadaný subjekt vykonal zákrok v lokálnej anestézii (Supracain 4 % 2ml) bez komplikácií (t. j. podľa vyjadrenia bez zalomenia koreňov a bez zlomenia alveolárnej kosti). Lôžko zuba bolo vyčistené, urobený Valsalvov pokus bol negatívny, rana vyplnená kúskom Gelasponu. Podľa vyjadrenia dohliadaného subjektu bol pacient náležite poučený, že nemá fajčiť, jesť len po 2 hodinách, nevyplachovať dutinu ústnu, v prípade bolestí použiť analgetikum. Antibiotiká neboli indikované.

Dňa 26. 3. 2017 navštívil LSPP v mieste bydliska, udával bolesti zubov a teplotu 38 °C. Bol mu nasadený Augmentin 625 mg.

Na ďalší deň, 27. 3. 2018, sa dostavil k všeobecnému lekárovi. Podľa zápisu pacient udával, že mu vytrhli zub, má aj kašeľ so žltými hlienmi, horúčku 39 °C. Dýchanie bolo vezikulárne. Odobraté CRP, KO, odoslaný na RTG hrudníka, vypísaná práceneschopnosť (PN). Telefonicky zistené výsledky 28. 3. 2017 - CRP 152 mg/l, Le 14,9 x 10^9/l, RTG hrudníka nepotvrdilo bronchopneumóniu.

V ten istý deň sa dostavil aj zubnú ambulanciu so žiadosťou o RTG snímku zuboradia. Dohliadaný subjekt to považoval za neindikované vyšetrenie, bez prínosu k diagnóze. Z popísaných príznakov diagnostikoval postextrakčnú komplikáciu - alveolitis sicca. Pacient bol štandardne ošetrený - výplach lôžka fyziologickým roztokom a drénovaním rany drénom s Chlumského roztokom.

Dňa 28. 3. 2017 a 30. 3. 2017 bolo na ambulancii dohliadaného subjektu pokračované v liečbe alveolitis sicca.

Na ďalšie ošetrenie dňa 31. 3. 2017 sa pacient už nedostavil. V ten istý deň mu bola všeobecným lekárom ukončená PN.

Dňa 19. 4. 2017 sa dostavil k všeobecnému lekárovi s dg.: J 06,9 Nešpecifikovaná akútna infekcia horných dýchacích ciest. Bol prítomný zapáchajúci výtok z nosa, udával teploty do 39 °C a bolesti

hlavy. Ordinovaný bol RTG PND, kde bol nález zazávojovania pravého Higmoru.

Dňa 20. 4. 2017 bol odoslaný všeobecným lekárom na ORL oddelenie spádovej nemocnice pre podozrenie na empyém prínosovej dutiny vpravo, kde bol 21. 4. 2017 prijatý. Podávané boli parenterálne antibiotiká Ciprofloxacin s dobrou citlivosťou na vypestovaný Staphylococcus aureus betalaktamáza pozit., urobené aj punkcie pravej dutiny s uvoľnením hnisu. V zlepšenom stave bol prepustený do ambulantnej starostlivosti 26. 4. 2017 s dg.: Rhinosinusitis acuta - Empyema sinus maxil. l. dx. dentogenes.

30. 4. 2017 bola ukončená PN.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu v dohliadanom období nedostatky v poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Ošetrenie v ambulancii dňa 22. 3. 2017 bolo správne. Po extrakcii zuba dohliadaný subjekt urobil Valsalvov pokus, ktorým vylúčil komunikáciu s prínosovou dutinou.

5 dní po extrakcii zuba pacient stále pociťoval bolesti, mal zvýšenú telesnú teplotu, na tom základe mu na LSPP bolo predpísané antibiotikum. Všeobecný lekár zistil kašeľ, žlté hlieny, vyššiu zápalovú aktivitu, vylúčil bronchopneumóniu, pacienta vypísal na PN.

Dohliadaný subjekt konštatoval ako príčinu bolestí alveolitis sicca a začal správne ošetrovanie výplachmi a drénovaním. Pacient však ošetrenie nedokončil. O 3 týždne bol prijatý do nemocnice pre hnisavý zápal prínosových dutín. V prepúšťacej diagnóze je uvedené empyema sinus maxil. l. dx. dentogenes.

Dentogénny pôvod sa nedá vylúčiť, podľa údajov v literatúre je dentogénny pôvod sinusitíd od 5 do 15 %. Pri extrakcii bol Valsalvov pokus negatívny, a tak je malá pravdepodobnosť empyému dentogenného pôvodu. Pri lekárskych ošetreniach je popisovaný výtok z nosa a nie z rany po extrakcii zuba. Pacient je silný fajčiar so zlou

hygienou dutiny ústnej, čo prispelo k vzniku alveolitis sicca, ktorá bola správne riešená.

Na základe týchto skutočností dohliadaný subjekt postupoval správne a nie je možné uvádzať extrakciu zuba ako príčinu empyému prínosovej dutiny.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti 28,ročnému pacientovi **dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.** v platnom znení.

NEÚPLNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE – PRÍČINA NESKORÉHO NAČASOVANIA OPERÁCIE

Slovenská občianka, žijúca od roku 2011 v jednom zo susedných štátov Európskej únie, písomne doručila úradu podnet so žiadosťou o prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti počas jej hospitalizácie s chirurgickým operačným výkonom v dobe od 9. 2. 2015 do 12. 2. 2015 a pri dvoch následných ambulantných kontrolách u poskytovateľa v mieste jej bydliska na Slovensku, kde sa pacientka na tento výkon objednala.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V osobnej anamnéze má pacientka údaje o predchorobí - počas pobytu vo svojom bydlisku na Slovensku bola opakovane liečená pre infekty dýchacích ciest, astmu; pre schizofréniu bola od roku 1992 dispenzarizovaná psychiatrom (schizofrénia je aj v rodinnej anamnéze – u babičky, aj u matky), bola operovaná v roku 1992 pre herniu disku chrbtice, v roku 2006 pre cystu na vaječníku.

Po presťahovaní sa k dcére do zahraničia v roku 2011, mala pacientka opakovane bolesti v hornej časti brucha, ale podľa údajov v jej podnete neboli tieto ťažkosti dovyšetrované, pretože nemala regulárne plné zdravotné poistenie. V podobnej situácii bola aj po diagnostikovaní biliárnej koliky, neskôr po zistení cholelithiázy, aj po jej obštrukčno-zápalovej komplikácii, riešenej urgentne vykonanou ERCP s toaletou a drenážou žlčových ciest v novembri roku 2014. Rovnaká situácia bola tiež následne po akútnej cholecystitíde, kedy jej bola odporučená elektívna cholecystektómia, ktorú pacientka neakceptovala z dôvodu, že pri jej deficitnom zdravotnom poistení by operácia nebola preplatená poisťovňou. Neskôr pri pretrvávajúcich ťažkostiach, verisimile opakovanom ataku cholecystitídy sa rozhodla pre riešenie operáciou na Slovensku, kde ešte mala platné zdravotné poistenie, objednaná bola na február 2015 na operáciu žlčníka.

Pacientka bola po predchádzajúcom ambulantnom chirurgickom vyšetrení a po internom predoperačnom vyšetrení dňa 9. 2. 2015 hospitalizovaná na základe objednania na elektívny operačný výkon – cholecystektómiu; pri prijatí je uvedené, že výkon bude začatý laparoskopicky, s vysokým rizikom konverzie. Interné predoperačné vyšetrenie výkon nekontraindikovalo. Pacientka podpísala informovaný súhlas ku chirurgickej liečbe a informovaný súhlas k celkovej anestézii. Dňa 10. 2. 2015 bola v celkovej anestézii vykonaná laparoskopická cholecystektómia žlčníka s cholecystolitiázou a subakútnou cholecystitídou. Výkon bol sťažený pre pozápalové zmeny na žlčníku a v jeho okolí, žlčník sa pri sťaženej operácii poškodil a časť žlče s konkrementami sa dostala do dutiny brušnej. Po dôkladnej toalete dutiny brušnej bol žlčník odstránený vo vrecúšku. Do subhepatálneho priestoru bol vložený Redonov drén. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, výsledok histologického vyšetrenia potvrdil zápalové zmeny v odstránenom žlčníku. Dňa 12. 2. 2015 bola pacientka po odstránení Redonovho drénu prepustená do ambulantnej starostlivosti. Pri prepustení okolo 10. hodiny bola afebrilná. V prepúšťacej správe je odporučená kontrola u svojho zmluvného všeobecného lekára o 2 - 3 dni, stehy ex o týždeň na chirurgickej ambulancii.

Pacientka bola dňa 13. 2. 2015 vyšetrená na chirurgickom urgentnom príjme dohliadaného subjektu o 16,36 hod. s telesnou teplotou 38 °C. Udávala slabosť, pocit upchatého nosa. Bola vyšetrená chirurgom, kde vzhľadom na stav po cholecystektómii bolo vyšetrené aj brucho.

Fyzikálny nález - brucho voľne priehmatné, nebolestivé, bez známok peritoneálneho dráždenia, rany po laparoskopickej operácii žlčníka pokojné, bez známok zápalu. Stav bol zhodnotený ako viróza, pacientka bola odoslaná do domáceho ošetrovania s odporučením okamžitého vyšetrenia pri zhoršení stavu v chirurgickej ambulancii. Dňa 16. 2. 2015 sa pacientka dostavila na plánovanú kontrolu a vybratie stehov do chirurgickej ambulancie dohliadaného subjektu. Telesnú teplotu mala 37,4 °C, boli jej odstránené stehy, operačné rany boli zhojené, bolo jej odporučené pri vzostupe teplôt ultrasonografické vyšetrenie dutiny brušnej. Pacientka už viac do chirurgickej ambulancie dohliadaného subjektu neprišla. Ako vyplýva zo zdravotnej dokumentácie, dňa 18. 2. 2015 bola hospitalizovaná na chirurgickej klinike v hlavnom meste štátu terajšieho pobytu pacientky, pre abscesové ložisko v mieste po odstránení žlčníka - stav bol vyriešený punkciou s drenážou pod CT kontrolou a podávaním antibiotickej liečby.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Úrad výkonom dohľadu zistil, že u pacientky vznikol v pooperačnom priebehu absces v lôžku žlčníka, vyriešený punkciou a drenážou pod CT kontrolou. Táto komplikácia sa vyskytuje hlavne po operáciách pri zápalovo zmenenom žlčníku, môže mať však aj súvis s ERCP, ktorá predchádzala cholecystektómii, ako to vyplýva aj z odbornej literatúry, uvedenej odborným konzultantom. Zdravotná starostlivosť dohliadaným subjektom bola pacientke poskytnutá správne. Aj pri dodržaní všetkých zásad správneho operačného postupu môže dôjsť ku vzniku zápalovej komplikácie. Možno predpokladať, že pri včasnom chirurgickom riešení cholelitiázy po jej diagnostikovaní a po prvých kolikách, by sa predišlo komplikáciám z cholecystitídy a z choledocholitiázy. Tiež by výkon cholecystektómie nemusel byť vykonaný v nepriaznivých podmienkach subakútneho zápalu žlčníka a v teréne predošlými atakami zápalov vytvorených adhézií, kedy je výskyt postcholecystektomických komplikácií výrazne vyšší v údajoch svetovej odbornej literatúry. Cholecystektómia, v súčasnosti štandardne vykonávaná laparoskopicky, sa radí medzi rutinné výkony brušnej chirurgie. Nemožno ju však pokladať za banálny výkon; napriek dobre vypracovanému operačnému postupu, kvalitnému inštrumentáriu a ostatným technickým predpokladom i známym zásadám na zníženie výskytu komplikácií, najmä pri raritných anatomických variantoch žlčových ciest, pri zmenených anatomických

pomeroch po zápaloch, alebo pri ďalších rizikových faktoroch. V danom prípade ku vzniku pooperačnej komplikácie zápalového charakteru významne prispelo vynútené načasovanie cholecystektómie s veľkým oneskorením voči skutočnej indikačnej nutnosti.

Zvláštnosť príčiny – neúplnosť zdravotného poistenia je podstatou poučenia, pretože do ambulancií všetkých typov i na urgentné príjmy nemocníc stále prichádza dosť pacientov, ktorí nemajú zdravotné poistenie v poriadku. Pre posledného poskytovateľa, ku ktorému takýto pacient príde v zlom stave, s komplikáciami zanedbaného, včas neriešeného ochorenia, sa chýbajúci preukaz poistenca tohto pacienta stáva kartou Čierny Peter.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti **dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.** v platnom znení.

KEĎ PRAVÁ RUKA VIE, ČO ROBÍ ĽAVÁ

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka (32-ročná) bola prijatá dňa 31. augusta v 29. týždni tehotenstva na gynekologicko-pôrodnícke oddelenie spádovej nemocnice s bolesťami v podbrušku a zvracaním v anamnéze. Išlo o pacientku s tehotenstvom po IVF, s jedným umelým prerušením tehotenstva v anamnéze.
Nález pri prijatí: gynekologické vyšetrenie bpn, stav plodu v norme. Ultrazvukové vyšetrenie: poloha KP, TT 28+1, cirkulácia v norme, placenta na zadnej stene. Vaginálne vyšetrenie: hrdlo formované, neskrátené, vonkajšia bránka pre špičku prsta. TK, P, TT v norme, CTG záznam fyziologický.
Privolaný chirurg po konziliárnom vyšetrení pacientky stanovil potrebu diferenciálnej diagnostiky možnej renálnej koliky, biliárnej koliky, resp. apendicitídy. Ultrazvukové vyšetrenie bolo bez známok cholecystitídy

a pankreatitídy. Dôkladnejšie chirurgické zhodnotenie apendixu a malej panvy znemožňoval zväčšený uterus.
Po prijatí na gynekologicko-pôrodnícke oddelenie boli u pacientky opakovane kontrolované kompletné laboratórne parametre, biochémia, KO+Le, zápalové parametre, hepatálne testy, AMS, moč a kultivácie. Opakované boli konziliárne vyšetrenia. V zdravotných záznamoch pacientky sú pravidelné údaje o monitorovaní subjektívneho, ako aj objektívneho klinického stavu, vrátane opakovane vykonaného USG vyšetrenia plodu a CTG záznamov.
Z laboratórnych vyšetrení bolo napr. CRP 5,10...25,68, leukocyty 23,09...6,48, ostatné zápalové parametre, ako aj interleukin 6 boli v norme.
Ordinované boli antibiotiká, tokolytiká, antianemiká, analgetiká, spazmolytiká, sedatíva, stomachiká a infúzna liečba.
Vzhľadom na pretrvávanie ťažkostí (bolesti brucha viazané na pohyb a stravu) napriek komplexnej liečbe aj po 10-tich dňoch od prijatia, bola pacientka po telefonickom dohovore preložená na vyššie pracovisko s perinatologickým centrom.
Na gynekologicko-pôrodnícke oddelenie „vyššieho pracoviska“ bola pacientka prijatá dňa 10. septembra s podozrením na apendicitídu v tehotenstve. V deň prijatia boli vykonané laboratórne vyšetrenia a chirurgické konzílium, ktoré nepotvrdilo diagnózu akútnej apendicitídy. Dňa 11. septembra bolo na základe vyhodnotenia vyšetrení a aktuálneho stavu pacientky rozhodnuté o jej preklade na chirurgickú kliniku s plánovaným operačným riešením na nasledujúci deň. Peroperačne bola zistená suspektná perforácia apendixu s makroskopickými zmenami pripomínajúcimi gangrenózny apendix s podobnými zmenami aj na colon coekum. Po vykonaní apendektómie bol do operačného tímu privolaný gynekológ pre komplikujúce krvácanie z varikóznych plexov zadnej steny maternice. Vzhľadom ku gravidite a lokálnemu nálezu bolo rozhodnuté ukončiť pôrod primárnym cisárskym rezom, pri ktorom bol porodený vitálny plod mužského pohlavia o hmotnosti 1600 gramov.
Na druhý pooperačný deň bola pacientka s chirurgie preložená späť na gynekologicko-pôrodnícke oddelenie.
Pooperačné obdobie prebiehalo bez komplikácií, na 14. pooperačný deň bola pacientka v primeranom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Konzultant úradu vo svojom odbornom stanovisku (okrem iného) konštatoval:
„Z komplexnej analýzy doloženej zdravotnej dokumentácie (dvaja poskytovatelia zdravotnej starostlivosti), ako aj zistených skutočností (výsledok histologického vyšetrenia operačného preparátu) vyplýva, že u pacientky išlo o koincidenciu extrauterinnej gravidity v regresii, ktorá s dlhým časovým odstupom skomplikovala priebeh intrauterinnej gravidity. Takýto stav je prakticky počas tehotnosti nemožné diagnostikovať laboratórne, ani klinicky“.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Stratégia liečebného postupu u oboch poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola stanovená správne. Zvolený observačný postup v úvode bol primeraný, nakoľko pri prijatí pacientky do zdravotníckeho zariadenia, nebola matka ani plod bezprostredne ohrození na zdraví. Intenzívnym monitorovaním pacientky a plodu, s následným transportom plodu „in utero“ do perinatologického centra, boli výrazne zvýšené šance na kvalitný postnatálny vývoj dieťaťa, čo sa potvrdilo pôrodom životaschopného plodu.

ZÁVER

Výkonom dohľadu **úrad u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

DOPLNENIE

Dieťa v súčasnosti navštevuje so svojimi rovesníkmi predškolské zariadenie a doma sa teší zo spoločnosti o 2 roky mladšieho súrodenca.

NÁHLE ÚMRTIE 47-ROČNEJ PACIENTKY (FAJČIARKY)

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o pacientku, ktorá od r. 2005 neabsolvovala v ambulancii VLD žiadne vyšetrenie ani preventívnu prehliadku.

Dňa **15. 12. 2017** prišla o 07,03 hod. k pacientke domov zásahová skupina **ZZS RZP** pre zvracanie od rána 7krát (bez prímesi krvi), tŕpnutie a bolesti rúk, pričom takéto stavy ešte nemala. Po vyšetrení vitálnych funkcií a opakovanom vyš. základných fyziologických hodnôt (TK 110/60..115/75 mmHg, SF 87..88/min, O_2 sat. 99..98 %, glykémia 8,8 mmol/l, GCS 15 b) bola pacientka s diagnózou CB syndróm prevezená na **Centrálny príjem – neurologickú ambulanciu,** odovzdanie o 07,38 hod. Pri vyšetrení bolo v rámci rodinnej anamnézy zaznamenané, že brat pacientky trpí epilepsiou. Osobná anamnéza – bez udania operácie, úrazu a hospitalizácie, užíva Ibalgin p. p., fajčiarka, pije 2 kávy denne, alkohol nepije. Gynekologická anamnéza – 2 pôrody, menopauza od 46. r. V rámci terajšieho ochorenia bolo udané, že pacientka ráno vstala do práce, 7krát zvracala, bez prímesi krvi, mala bolesti v krčnej oblasti a bolesti oboch paží, úraz ani závraty neudávala, hyperventiluje; pri strese zvykne zvracať. Zapísané boli hodnoty TK 110/60 mmHg, P 87/min, O_2 sat. 99 %, glykémia 8,8 mmol/l, GCS 15 b. Status praesens neurologicus: „Pri vedomí, hyperventiluje, orientovaná všetkými kvalitami, poloha aktívna, meningeálny syndróm neprítomný, reč artikulovaná. Inervácia mozgových nervov: II - zrenice izokorické so zachovanou fotoreakciou, aj konsenzuálnou. III - VI bulby voľne pohyblivé do strán, bez nystagmu. V - tlak na výstupy nebolí, citlivosť tváre správna. VII - cerí symetricky, čelo vraští súmerne. VIII - orientačne sluch v norme. IX - XII podnebné oblúky – pokles neprítomný, jazyk plazí v strede. Axiálne reflexy: negatívne. Chvostek bilaterálne negatívny. Rr. šľachovookosticové C5/8 – výbavné, symetrické, stredných hodnôt, L2/S2 – výbavné, symetrické, stredných hodnôt. Pyramídové javy zánikové neprítomné. Pyramídové javy iritačné neprítomné. Brušné reflexy výbavné. Taxia neporušená. Lasseque bilaterálne negatívny. Cielenie, svalová sila a citlivosť v norme. Chrbtica: svalový hypertonus

v C - Th prechode, dynamika primeraná. Postoj I - III: v norme. Romberg negatívny. Chôdza I,II: primeraná. Realizované boli laboratórne vyšetrenia – glykémia 6,42 mmol/l, urea 4,10 mmol/l, kreatinín 75,3 umol/l, AMS 0,99 ukat/l, nátrium 141 mmol/l, kálium 4,47 mmol/l, chlór 110 mmol/l, kalcium 2,30 mmol/l, magnézium 0,86 mmol/l, CRP 0,6 mg/l, leukocyty 9,90 10^9/l, erytrocyty 4,37 10^{12}/l, hemoglobín 153 g/l, hematokrit 0,447%, trombocyty 174 10^9/l, lymfocyty abs. počet 1,10. Stanovený bol diagnostický záver: **Tetania, Vegetatívny syndróm, VAS C-Th chrbtice**. Podaná bola infúzia fyziolog. roztoku 500 ml + Novalgin 2,5 g + Guajacuran 1 amp. + Degan 1 amp. i. v. O 10,15 hod. došlo po liečbe u pacientky k úľave, cítila sa dobre, bolesti nemala, tŕpnutie ustúpilo. Predpísaný bol Lexaurin á 1,5 mg, odporučená 1 tbl. p. p. Odporúčania – kontrola v ambulancii VLD, prevencia tetanických záchvatov, cviky proti bolestiam chrbtice, pacientka poučená; v prípade opakovania takýchto stavov neurologická kontrola a EMG vyšetrenie na tetaniu.

Dňa **16. 12. 2017** o 06,00 hod. bola pacientka doma nájdená bez známok života. Privolaná **ZZS RLP** konštatovala **exitus letalis**.

Dňa 18. 12. 2017 bola vykonaná **pitva na oddelení súdneho lekárstva** so záverom:
Príčina smrti
Čerstvý infarkt srdcového svalu
Komplikácia základnej choroby
Zakrvácanie do plátu skôrnatenia a čerstvá trombóza zostupného ramienka ľavej vencovitej tepny srdca s úplným uzáverom priesvitu tepny
Základná choroba
Skôrnatenie vencovitých tepien srdca a ich periférnych vetiev ľahkého až stredného stupňa
Úmrtie z chorobných príčin
Ostatný nález
Drobno-ložiskové zjazvenie srdcového svalu ľ. až stred. st.
Drobno-ložiskové jazvovatenie – hojace sa drobné infarkty vo svalovine prednej a zadnej steny ľavej komory srdca – mikroskopicky
Chronický zápal priedušiek a ich rozšírenie
Chronické rozdutie pľúc

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Výkonom dohľadu na mieste po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, vyjadrení PZS, ako aj na účely dohľadu prizvaného konzultanta úradu z odboru neurológia úrad zistil, že **diagnostické, terapeutické a časové postupy boli v súlade so štandardnými postupmi a súčasnými odbornými poznatkami.**

Išlo o pacientku (fajčiarku), ktorá od. r. 2005 neprišla do ambulancie všeobecného lekára na vyšetrenie ani na preventívnu prehliadku. Zdravotná starostlivosť v rámci CP – neurologickej ambulancie dňa 15. 12. 2017 bola poskytnutá správne, a to v čase vyšetrenia, aj následných liečebných postupov zodpovedajúcim aktuálnemu neurologickému nálezu, čo potvrdil aj ďalší vývoj zdravotného stavu pacientky. Po aplikovanej terapii sa stav pacientky zlepšil, ťažkosti ustúpili; výsledky laboratórnych vyšetrení boli v norme. Na základe subjektívnych údajov a objektívneho nálezu vrátane laboratórnych vyš. bol správne stanovený diagnostický záver (Tetania, Vegetatívny syndróm, VAS C-Th chrbtice). Odporúčania ďalších postupov boli primerané. Pri vyšetrení pacientky v neurologickej ambulancii neboli prítomné žiadne známky či skutočnosti, poukazujúce na akútne ochorenie srdca. Až retrospektívne, na základe pitevného nálezu, môžeme konštatovať rizikovosť pacientky ku kardiovaskulárnym ochoreniam, predpokladať prekonanie viacerých drobných infarktov srdca v rámci asymptomatických, tzv. „tichých ischémií srdca“ s nepriaznivou prognózou stavu. Nezodpovedný prístup pacientky k vlastnému zdraviu, napriek intenzívnej propagácii nesmierneho významu preventívnych prehliadok je aj v tomto prípade potvrdením nemilosrdných následkov s fatálnym koncom u takýchto osôb.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., **zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.**

ZRIEDKAVÁ PRÍČINA ÚMRTIA TEHOTNEJ PACIENTKY

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 2. 12. 2016 o 20,32 hod. sa pacientka dostavila do gynekologickej ambulancie v rámci ÚPS do Nemocnice s poliklinikou (NsP). V rámci anamnézy bolo zdokumentované, že pacientka, ktorá bola v 40. týždni nekomplikovaného, štandardne sledovaného tehotenstva, sa spolu s manželom viezla autom, počas cesty zrazu pocítila prudké pichnutie v maternici, začalo sa jej zahmlievať pred očami, oblial ju studený pot, mala búšenie srdca, nevoľnosť, prestala cítiť pohyby plodu. Objektívne bola afebrilná, tachykardická 120/min a mierne hypotenzná 105/74 mmHg, plodová voda neodtekala, z rodidiel nekrvácala, uterus bol v pokojnom tonuse, dolné končatiny boli bez edémov, moč bol chemicky negatívny. Realizované bolo CTG a USG vyšetrenie, ktorým bol potvrdený foetus mortus. Pacientka bola odoslaná na pôrodnú sálu za účelom ukončenia gravidity urgentným cisárskym rezom. O 21,35 hod. bola prijatá na GPO NsP ako primigravida nulipara, doplnené boli výsledky laboratórneho vyšetrenia krvi s nálezom leukocytózy (26 x 10^9/l), anémie (Hgb 90 g/l, Ery 3,71 x 10^{12}/l), v biochemickom obraze bola zvýšená glykémia a znížená hodnota albumínu, ostatné vyšetrované parametre boli v norme. Pacientka bola šoková, tachykardická, ordinovaná bola infúzna liečba (fyziologický roztok, Gelafundin), objednané boli Ery masy a čerstvo mrazená plazma. O 22,30 hod. bolo vykonané interné predoperačné vyšetrenie a v čase od 22,40 do 01,00 hod. nasledujúceho dňa bola pacientka operovaná. Vybavený bol mŕtvy (donosený, zrelý) plod ženského pohlavia s pôrodnou hmotnosťou 3300 g a dĺžkou 51 cm. Peroperačne bolo zistené hemoperitoneum a suponované poškodenie sleziny, preto bol k operácii privolaný chirurg a traumatológ. Konštatovaný bol hematóm v oblasti bursa omentalis, lig. gastrolienalis a v híle sleziny. Po odsatí hematómu a aplikácii teplých rúšok bolo krvácanie zastavené. Celkové krvné straty boli cca 2200 ml, boli hradené krvnými transfúziami. Po vyčistení dutiny brušnej bola vykonaná celková revízia danej oblasti bez nálezu traumatických zmien a prejavov pokračujúceho krvácania. Stav bol hodnotený ako krvácanie z hílu sleziny so zastavením krvácania po aplikácii teplých rúšok. Prekontrolovaná bola celá slezina, ktorá bola po ošetrení bez prejavov krvácania, preto chirurg

neindikoval splenektómiu. Po opakovanej kontrole hemostázy bola uzatvorená laparotomická rana, zavedené boli 4 drény do dutiny brušnej. Stav pacientky bol v čase ukončenia operácie bez objektívnych prejavov možného pokračujúceho krvácania. Po operácii bola pacientka preložená na OAIM NsP s diagnózami: hypovolemický šok, akútna posthemoragická anémia, akútna respiračná insuficiencia, hemoperitoneum – lig. gastrolienalis et hilus lienis, pôrod plodu per SC. U pacientky boli sledované vitálne parametre, laboratórne parametre, odpady z drénov, aplikovaná bola intenzívna komplexná medikamentózna liečba. Pacientka bola na UPV, krvný obeh bol podporovaný vazopresormi. V kontrolnom krvnom obraze o 20,43 hod. po prechodnej stabilizácii stavu došlo k závažnému poklesu v červenej krvnej zložke: Ery 2,02 x 10^{12}/l, Hgb 58 g/l (oproti nálezu z poobedia - 3,34 x 10^{12}/l, Hgb 105 g/l), vzostupu renálnych a hepatálnych parametrov, v hemokoagulačných parametroch bol prítomný obraz DIC, v Redonovom dréne sa objavila čerstvá krv. Urgentne boli privolaní chirurg a gynekológ, ktorí pre pravdepodobné krvácanie do dutiny brušnej indikovali urgentnú operačnú revíziu. O 23,30 hod. bola pacientka prevezená na operačnú sálu, TK bol 100/55 mmHg, prítomná bola tachykardia 120/min. Dňa 4. 12. 2016 v čase od 00,01 do 01,30 hod. bola vykonaná urgentná brušná operácia. Po otvorení dutiny brušnej strednou laparotómiou bolo prítomné množstvo koagúl, ktoré boli postupne odstránené. Po extrahovaní koagúl bolo zistené arteriálne krvácanie z oblasti hílu sleziny a drobné lacerácie na konkavite sleziny, suponovaná bola ruptúra sleziny. Pre výrazné presiaknutie a hematómy v oblasti hílu sleziny bolo pristúpené k splenektómii. Po opakovanej kontrole hemostázy bola dutina brušná bez známok krvácania. Napriek urgentne vykonanému operačnému výkonu s odstránením zdroja krvácania, vyťaženej medikamentóznej liečbe a substitúcii cirkulujúceho objemu bola pacientka počas operácie hemodynamicky nestabilná až s nemerateľnými hodnotami krvného tlaku, tachykardická. V bezprostrednom pooperačnom období dňa 4. 12. 2016 o 01,40 hod. bola transportovaná z operačnej sály na OAIM NsP, kde o 01,45 hod. došlo k zastaveniu obehu a asystólii, zahájená bola rozšírená KPR, k obnove spontánnej srdcovej činnosti došlo o 01,52 hod. Neurologicky bola ale prítomná areflexia s GCS 3 body, zrenice boli izokorické, mydriatické, bez fotoreakcie. Terapeuticky bolo naďalej pokračované v liečbe multiorgánového zlyhávania, aplikovaná bola antiedémová liečba a cerebroprotektívny režim. Laboratórne boli v tomto období známky MODS s rozvinutou DIC. Dňa 5. 12. 2016 bolo realizované CT vyšetrenie mozgu a neurologické vyšetrenie s nálezom ťažkého difúzneho malígneho

edému mozgu. V rámci CT vyšetrenia mozgu dňa 5. 12. 2016 neboli rádiológom konštatované traumatické zmeny skeletu. Neurológom bol tento nález však prehodnotený v zmysle fissura kalvy okcipitálne vpravo susp. a podkožný hematóm okcipitálne. Pre nevylúčené podozrenie z fyzického ublíženia manželom pred samotnou hospitalizáciou (suponovaná trauma sleziny, fissura lebky, podkožný hematóm okcipitálne) boli uvedené skutočnosti oznámené orgánom činným v trestnom konaní. Dňa 5. 12. 2016 o 18,00 hod. došlo k asystólii, následná KPR nebola úspešná a o 18,15 hod. bol u pacientky konštatovaný exitus letalis.

Pitevný nález plodu: Bezprostredná príčina smrti: **Intrauterinná asfyxia plodu** neznámej príčiny**.**

Pitevný nález pacientky: Bezprostrednou príčinou úmrtia bolo **multiorgánové zlyhanie** pri šoku **v dôsledku krvácania** do brušnej dutiny z prasknutej slezinovej tepny (a. lienalis) na podklade chorobnej vrodenej ložiskovej menejcennosti jej steny. Na hlave, lebke a mozgu ani v dutine brušnej žiadne traumatické zmeny neboli dokázané. V híle sleziny bolo prítomné **aneuryzmatické rozšírenie arteria lienalis** s ložiskovým stenčením a **prasknutím cievnej steny**, s obrazom imitujúcim **Erdheimovu degeneráciu** srdcovnice, s nahromadením veľkého množstva hlienovitých substancií v jej stene s jej aneuryzmatickým rozšírením, segmentálnym výrazným stenčením cievnej steny, s ložiskovým úplným chýbaním svalových buniek.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Príčinou krvácania do dutiny brušnej bola u pacientky aneuryzmatická premena steny a. lienalis v híle sleziny na podklade jej myxomatóznej degenerácie. V úvode došlo k malej ruptúre aneuryzmy, čo viedlo ku krvácaniu do voľnej dutiny brušnej a burzy omentalis a k intrauterinnej asfyxii plodu s následným úmrtím. Gynekologicko-pôrodná starostlivosť bola u pacientky v NsP správna, rozsah vyšetrení bol správny, správne a včas bol indikovaný a realizovaný cisársky rez. Peroperačne boli správne privolaní chirurg a traumatológ, ktorí pokračovali v operačnom postupe. Prvá operácia ozrejmila, že zdroj krvácania bol lokalizovaný v oblasti hílu sleziny. Krvácanie bolo po odstránení koagúl a hematómov a po aplikácii teplých rúšok zastavené. Slezina bola vitálna, bez poškodenia na konvexite, stav bol hodnotený ako krvácanie z hílu sleziny so zastavením krvácania po aplikácií teplých rúšok, chirurg neindikoval splenektómiu. Pacientka

pred koncom výkonu mala také hodnoty krvného tlaku, že ak by bol v tom čase výrazne poškodený hílus, bolo by sa krvácanie obnovilo. Vzhľadom na neprítomnosť krvácania boli do dutiny brušnej zavedené drény v dostatočnom množstve a šírke, aby mohli upozorniť na recidívu krvácania. Pacientka v čase operácie aj po operácii bola v hemoragickom šoku s centralizáciou obehu, ktorý bol zabezpečený intenzívnou resuscitačnou liečbou, nutná bola vazopresorická podpora krvného obehu s náhradou krvi a krvných derivátov. V prvých hodinách po operácii sa prejavili následky šokového stavu s prejavmi multiorgánového poškodenia. Klinicky sa stav pacientky mierne zlepšil. Po 22 hodinách od prvej operácie došlo náhle k masívnej obnove krvácania do dutiny brušnej. Zdrojom krvácania bola podľa pitevného nálezu prasknutá aneuryzma a. lienalis. Pri urgentnej relaparotómii bola prevedená splenektómia, v diagnóze z reoperácie bol stav popísaný ako ruptúra lienis. Pacientka po prevedenej reoperácii bola už v štádiu ireverzibilného šoku, napriek správne vedenej liečbe, stav skončil fatálne. Na základe uvedených skutočností je možné konštatovať, že chirurg a traumatológ boli privolaní k masívnemu hemoperitoneu, kde zdroj krvácania bol lokalizovaný chirurgom do hílu sleziny. Nakoľko po aplikácii teplých rúšok pacientka nekrvácala, chirurg správne rozhodol o ponechaní sleziny. Slezina nevykazovala chorobné zmeny a krvácanie z hílu nebolo v danom čase prítomné. Aneuryzmu chirurg nepopísal a podľa pitevného a histologického nálezu ju ani nemohol identifikovať pre jej malý rozmer, lokalizáciu v híle sleziny a skutočnosť, že v čase prvej operácie už nekrvácala. Z operačného protokolu vyplýva, že chirurgovia považovali za príčinu krvácania oblasť hílu sleziny, iné traumatické zmeny v dutine brušnej neboli nájdené. Pri danej diagnóze a popísanom operačnom náleze, ak nejde o pokračujúce krvácanie, nebola indikovaná splenektómia. V traumatológii sleziny je bežnou praxou, že ak je pre hemoperitoneum a poškodenie sleziny pacient revidovaný a po odstránení krvi a krvných koagúl slezina nekrváca, tak sa slezina ponecháva, oblasť sa drénuje a pacient je intenzívne sledovaný. Po operácii bola pacientka sledovaná na OAIM, rozsah monitoringu bol správny a dostatočný, realizované liečebné postupy boli správne. Cca o 22 hodín došlo náhle k obnove krvácania, ktoré bolo včas rozpoznané a včas a správne operačne riešené. Obehové zlyhanie po druhej operácii však už bolo ireverzibilné, viedlo k MODS s fatálnym koncom. Chirurgovia postupovali správne, prasknutú aneuryzmu v híle sleziny nemohli pre jej minimálnu veľkosť, lokalizáciu

a prekrytie koagulom a hematómom v híle sleziny identifikovať. Možno sa domnievať, že opakované krvácanie z aneuryzmy a. lienalis bolo spôsobené nielen opakovanou ruptúrou aneuryzmy a. lienalis, ale aj rozvojom DIC po prvom ataku krvácania.

Rádiológom bol CT nález hlavy zo dňa 5. 12. 2016 správne vyhodnotený ako „skelet bez deštrukcie“, čo bolo potvrdené aj pitvou. V prepúšťacej správe je však písomný údaj o prehodnotení tohto CT nálezu neurológom na susp. fissuru kalvy okcipitálne vpravo, podkožný hematóm okcipitálne - v skutočnosti fissúra nebola prítomná a v podkoží išlo o jeho zhrubnutie ako možný obraz prestavby po úraze v minulosti. Išlo o nesprávne prehodnotenie, ktoré spolu s podozrením na traumu sleziny podmienilo následne vznik podozrenia z fyzického ublíženia a konanie voči manželovi pacientky. Uvedené nesprávne údaje však nijakým spôsobom neovplyvnili poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientke. Úrad dohliadanému subjektu odporúčal v rámci obdobného prehodnocovania CT nálezov spoluprácu príslušného špecialistu (v danom prípade neurológ) s rádiológom za účelom komplexného posúdenia obrazových nálezov zobrazovacích vyšetrení.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke **nezistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

DOPLNENIE

Z pohľadu „ex post", keď sú známe závery pitvy, histológie slezinnej tepny a poznajúc celý klinický priebeh, vieme vysvetliť, prečo aneuryzma hílu slezinnej tepny nebola diagnostikovaná pri prvej operácii (aneuryzma a. lienalis bola malá, lokalizovaná v híle, prekrytá koagulom a hematómom a hlavne pri prvej operácii už nekrvácala). Hemoperitoneum je príčinou NPB asi u 4,5 % pacientov. Etiologicky najčastejšou príčinou hemoperitonea je trauma. Len asi v 0,2 - 0,3 % je príčinou hemoperitonea ruptúra arteriálnej aneuryzmy dutiny

brušnej. Aneuryzma arteria lienalis tvorí asi 56 % všetkých splanchnických aneuryziem. Incidencia výskytu aneuryziem a. lienalis v populácii je približne 0,8 %. Podľa publikovaných prípadov je postihnutých viac žien než mužov, väčšina prípadov u žien súvisí s tehotenstvom alebo s obdobím po normálne prebehnutom pôrode. Viac než 90 % prasknutých aneuryziem popisovaných v tehotenstve má mortalitu väčšiu než 65 %, mortalita netehotných žien sa pohybuje okolo 25 %. Práve tehotné ženy a multipary sú ohrozené ruptúrou aneuryzmy a. lienalis. Incidencia spontánnej ruptúry aneuryzmy a. lienalis v gravidite stúpa z 3 - 5 % na 20 %. Je spojená so 70 % materskou úmrtnosťou a 90 % úmrtnosťou novorodeneckou.

Použité skratky

AA – alergická amnamnéza
Ab – abortus
ABR – acidobázická rovnováha
ACE – angiotenzín konvertujúci enzým
AE (APE) - apendektómia
AG – angiografia
AIM – akúrny infarkt myokardu
ALP – alkalická fosfatáza
ALT – alanínaminotransferáza
AML – akútna myeloidná leukémia
amp. – ampulka/y
AMS – amyláza
APTT – aktivovaný parciálny tromboplastínový čas
ARDS – syndróm akútnej dychovej tiesne
ARO – anestéziologicko-resuscitačné oddelenie
AS – akcia srdca (ateroskleróza)
ASA – klasifikácia anestetického rizika (podľa Am. anestéziol. spol.)
AST – aspartátaminotransferáza
ATB – antibiotikum
Bi – bilirubín
bilat. – obojstranne
BĽTR – blok ľavého Tawarovho ramienka
BMI – Body Mass Index
C – cervikálny
Ca – karcinóm
CA – celková anestézia
CITO – akútne vyšetrenie
CK – kreatínkináza
CKD-EPI – glomerulárna filtrácia

CMP – cievna mozgová príhoda
CPO – centrálne prijímacie oddelenie
CRP (S-CRP) – C-reaktívny proteín
CT – computerová tomografia
CTA, CT-AG – CT angiografia
cTnT – troponín
CVK – centrálny venózny katéter
ČMP – čerstvá mrazená plazma
DFNsP – detská fakultná nemocnica s poliklinikou
DF – dychová frekvencia
dg. – diagnóza/y
DIC – diseminovaná intravaskulárna koagulopatia
dif. dg. – diferenciálna diagnostika
DK – dolná končatina/y
DM – diabetes mellitus
DÚ – dutina ústna
EEG – elektroencefalografia, elektroencefalogram
EF – ejekčná frakcia
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram
EMG – elektromyografia, elektromyogram
Er (Ery) – erytrocyty
ET – endotracheálny
FF – fyziologické funkcie
Fib – fibrinogén
FiO_2 – inspiračná koncentrácia kyslíka
FOBT – stanovenie ľudského hemoglobínu
FR – fyziologický roztok (fotoreakcia)
fr. – frekvencia
FRO – fyziatricko-rehabilitačné oddelenie
fT_3 – voľný trijódthyronín
fT_4 – voľný thyroxín
FW – sedimentácia krvi

GCS – Glasgow kóma skóre
GIT – gastrointestinálny trakt
GMT – glutamyltransferáza
GP – gynekologicko-pôrodnícky
GPO – gynekologicko-pôrodnícke oddelenie
gtt. – kvapka/y
Hb – hemoglobín
HCG – ľudský choriový gonadotropín
HMR – názov rýchlo pôsobiaceho inzulínu
HP – Helicobacter pylori
HT (Hct, Htk) – hematokrit
CHE – cholecystektómia
ICHDK – ischemická choroba dolných končatín
ICHS – ischemická choroba srdca
i. m. – intramuskulárne
IM – infarkt myokardu
inf. – infúzia
INR – pomer protrombínového času pacienta a času normálnej vzorky
i. v. – intravenózne
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti
K – kálium
KAIM – klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
KD – kostná dreň
k. l. – kontrastná látka
KO – krvný obraz
KOS – krajské operačné stredisko
KP – kardio-pulmonálne
KPR/KPCR – kardiopulmonálna (kardiopulmocerebrálna) resuscitácia
L – lumbálny
LA – liečebná anamnéza (lokálna anetézia)
LAP – lymfadenopatia

l. dx. – lateris dextri

Le (Leu, Lkc, WBC) – leukocyty

ĽK – ľavá komora

LMWH – nízkomolekulárny heparín

LS – lumbosakrálny

l. sin. – lateris sinistri

LSPP – lekárska služba prvej pomoci

LU – lymfatická uzlina/y

MAC – metabolická acidóza

MOF – multiorgánové zlyhanie

MR, MRI – magnetická rezonancia

MRI-Ag – vyšetrenie ciev magnetickou rezonanciou

MSCT – multidetektorová počítačová tomografia

MTS – metastáza/y

n. – nervus

Na – nátrium

Neu – neutrofily

NGS – nazogastrická sonda

NMR – nukleárna magnetická rezonancia

NOÚ – Národný onkologický ústav

NPB – náhla príhoda brušná

NsP – nemocnica s poliklinikou

NSTEMI – non STEMI – typ infarktu myokardu

NT-pro BNP/pBNP – biomarker srdcového zlyhávania

NYHA – klasifikácia výkonnosti srdca p. Newyorskej srdcovej asociácie

NZZ – neštátne zdravotnícke zariadenie

OA – osobná anamnéza

OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny

OK – okultné krvácanie

OP – očné pozadie

ORL – otorinolaryngológia

OS – operačné stredisko
OVL – oddelenie vnútorného lekárstva
OÚCH – oddelenie úrazovej chirurgie
OUM – oddelenie urgentnej medicíny
OUP – oddelenie urgetného príjmu
P – pulz
PAL – protialkoholická liečba
PAD – perorálne antidiabetikum
PCI – perkutánna koronárna intervencia
pCO_2 – parciálny tlak kysličníka uhličitého
PCT – hematokrit trombocytov, prokalcitonín
PMK – permanentný močový katéter
p. o. – per os/perorálny
pO_2 – parciálny tlak kyslíka
PPI – inhibítor protónovej pumpy
PT – protrombínový čas
RAC – respiračná acidóza
RDG – rádiodiagnostický
RLP – rýchla lekárska pomoc
RM – marginálna vetva
RTG – röntgen
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
SC – sectio caesarea
SPC – súhrn charalteristických vlastností lieku
$Sp0_2$ – saturácia krvi kyslíkom
SR – sínusový rytmus, Slovenská republika
STEMI – typ infarktu myokardu
SVT – supraventrikulárna tachykardia
sy – syndróm
ŠŽ – štízna žľaza
tbl. – tableta/y

TBC – tuberkulóza
TECH – tromboembolická choroba
TEP – totálna endoprotéza
th. – terapia, terapeutický
Th – torakálny
TK – tlak krvi
TN – tampón nosa
TO – terajšie ochorenie
TOK – traumatologicko-ortopedická klinika
Tr (Tro) – trombocyty
TSH – thyreostimulačný hormón
TT – telesná teplota, tampón tonzíl
UP – urgentný príjem
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
UPV – umelá pľúcna ventilácia
USG – ultrasonografia
ÚZS – ústavná zdravotná starostlivosť
ÚZZ – ústavné zdravotnícke zariadenie
VAS – vertebrogénny algický syndróm
VATS – videoasistovaná hrudníková chirurgia
VF – vitálne funkcie
VLD (VLPD) – všeobecný lekár pre dospelých
WHO – svetová zdravotnícka organizácia
ZD – zdravotná dokumentácia
ZoZZSO – záznam o zhodnotení zdravotného stavu osoby
ZS – zdravotná starostlivosť
ZZS – záchranná zdravotná služba

Pripravili:

Pobočka Bratislava

Pobočka Trnava

Pobočka Trenčín

Pobočka Nitra

Pobočka Martin

Pobočka B. Bystrica

Pobočka Prešov

Pobočka Košice

Ústredie