

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky 2008

obsah:

Predslov	3
Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť	
Oneskorené rozpoznanie a riešenie pooperačnej komplikácie	4
Po revízií dutiny brušnej nerealizované vyšetrenia	6
Pochybenie pri stanovení diagnózy	8
Nerozpoznanie aneuryzmy abdominálnej aorty	9
Nezodpovedný pacient verzus nedôsledný lekár	10
Nepripustný spôsob zásahu v zdravotnej dokumentácii	12
Oneskorená diagnostika hnisavej mediastinitídy	14
Pochybenie pri stanovení závažnej diagnózy u maloletého pacienta	18
Ultrazvuk ako image	21
Nesprávne vyhodnotenie záznamov CTG	22
Nedodržané zásady štandardného diagnostického postupu	23
Nesprávne načasovanie a spôsob ukončenia tehotenstva	25
Neindikovanie urgentnej hospitalizácie pri subarachnoidálnom krvácaní	27
Nesprávne vyhodnotenie RTG snímky lebky	28
Neindikovanie urgentného CT vyšetrenia mozgu	30
Zlyhanie ľudského faktora	31
Zámena strany, pri plánovanej operácii postihnutého ramena	32
Teplo, teplo, teplejšie...	33
Pre záchranu semenníka dôležitá rýchla diagnostika	34
Nepodceňujte anamnestické údaje od pacienta!	35
Mechanizmus úrazu rozhodujúci pre diagnostickú úvahu lekára	36
Dehydratovaný pacient počas hospitalizácie	37
Dôležitosť správneho zhodnotenia výsledkov hematologických vyšetrení	39
Správne poskytnutá zdravotná starostlivosť	
Zlomenina kľúčnej kosti	42
Ani správna liečba nezabránila rozvoju pankreatitídy	43
Komplexná liečba komplikácií s vrodenou Dandyho – Walkerovu anomáliou	47
Komplikácia depresívnych porúch	49
Každý kontakt, aj verbálny pokyn – treba nechať podpísať	51
Náhle úmrtie pacienta po uvedení do celkovej anestézie	53
Všeobecný lekár postupoval správne, napriek diagnóze nádoru testis	55

Z vlnajších i predchádzajúcich vydaní kazuistík máme na Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou k dispozícii už iba „železné rezervy“ - po asi 20 kusov. Potvrďuje to naše poznanie, že o túto publikáciu je v odborných medicínskych kruhoch veľký záujem. Presvedčiam sa o tom aj z telefonátov, e-mailov a osobných pripomenutí ľudí z medicínskeho prostredia, že kazuistiky úradu majú významný vplyv na ďalšie rozširovanie odborných medicínskych poznatkov.

Úrad zaznamenal v roku 2008 pokles opodstatnených podnetov pri vyhodnocovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Z celkovo 1431 podnetov súvisiacich so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti k 31. 12. 2008 úrad ukončil 761. Z nich bolo: 148 (19,4%) opodstatnených, 613 (80,6%) neopodstatnených. Zo 148 opodstatnených podnetov prevládajú najmä špecializované odbory:

- 30 (20,3%) – chirurgia*
- 18 (12,2%) – vnútorné lekárstvo*
- 17 (11,5%) – všeobecné lekárstvo*
- 13 (8,8%) – gynekológia a pôrodníctvo*
- 9 (6,1%) – ortopédia*
- 11 (7,4%) – stomatológia*

V štruktúre predmetu sťažnosti a podnetov občanov prevládala nespokojnosť s postupom pri liečbe (1069 podnetov - 73,6%). Z toho 340 (23,4%) podnetov súviselo s úmrtím, 51 (3,5%) s neetickým prístupom zdravotníckych pracovníkov k pacientom, 54 (3,7%) s organizáciou práce v zdravotníckych zariadeniach.

V každodennej komunikácii so zdravotníckymi pracovníkmi sa stretávame aj s názorom, že predsa v našich zdravotníckych zariadeniach – hoc sú viac kritizované, ako chválené – sa udeje množstvo takých postupov, v ktorých lekári a sestry postupovali správne, preto by sme mali dať na vedomie aj tie. V tomto vydaní kazuistík tak robíme. Popri 23 prípadoch, ktoré úrad ukončil ako nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť, sme zaradil 7 takých, kde zdravotnícki pracovníci postupovali správne.

Liečebné postupy a diagnostika, stanoviská významných osobností z príslušných medicínskych odborov, ktorí sa podieľajú na hodnoteniach dohľadov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sú aj vo vydaní Kazuistiky 2009 súhrnom poznatkov za predchádzajúci rok. Prichádzame s nimi, aby sme sa podelili so všetkými, ktorí majú a predovšetkým chcú zlepšovať kvalitu slovenského zdravotníctva.

MUDr. Richard Demovič, PhD.
predseda úradu

Oneskorené rozpoznanie a riešenie pooperačnej komplikácie

Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie:

59-ročná pacientka bola prijatá na ortopedické oddelenie nemocnice dňa 31.3.2005 na reimplantáciu totálnej endoprotézy (TEP) bedrového kĺbu vľavo.

V anamnéze udávala, že pôvodne mala implantovanú TEP v roku 1993, v roku 2000 spadla na schodoch a bola u nej verifikovaná septická lýza TEP. V auguste 2004 sa TEP pre infekť extrahovala. Ďalej v osobnej anamnéze sa uvádza ľavostranná nefrektómia v r. 1996 pre hydronefrózu a postradiačnú fibrózu. Pacientka bola sledovaná pre karcinóm maternice.

Dôvodom hospitalizácie 31.3.2005 bola implantácia revíznej endoprotézy. Po závažnom predchorobí (stav po operácii pre ca uteri s následnou adnexotómiou a nefrektómiou pre postradiačnú fibrózu) a po predoperačnom vyšetrení sa pristúpilo k plánovanej operácii dňa 7.4.2005, pri ktorej sa vykonala reimplantácia TEP vľavo. Priebeh operácie bol komplikovaný arteriálnym aj venóznym krvácaním, ktoré ošetril cievny chirurg opichmi. Pre poškodené dno acetabula bolo potrebné použiť kostný štep a menšie množstvo spongiózneho štepu z kostnej banky na vyplnenie acetábula. Potom sa priskrutkovala dlahá a implantovala endoprotéza.

Operačný deň a prvý pooperačný deň sa mala pacientka dobre, s primeraným priebehom, neskôr podľa ošetrovateľského záznamu zo dňa 8.4.2005 o 22.15 hod. udávala bolesti brucha a problémy s vetrami .

Druhý pooperačný deň (9.4.2005) sa pacientka začala sťažovať na bolesti brucha spojené so zvracaním. O 10.53 hod. bolo zvolané chirurgické konzílium so záverom: RTG obraz pneumoperitonea, bez klinického korelátu, súvisí pravdepodobne s revíziou v retroperitoneu. Zvolený konzervatívny postup liečby.

Dňa 9.4.2005 bolo indikované CT vyšetrenie. V dekurze je zápis o 17.00 hod: známky pelveoperitonitídy pri možnej iatrogénnej perforácii čreva (sigmy), indikovaná operačná revízia. Pacientka preložená o 17.45 hod. na chirurgické oddelenie.

Operácia vykonaná dňa 10.4.2005 o 11.30 hod., t.j. viac ako 24 hodín po RTG náleze pneumoperitonea a viac ako 18 hodín po indikovaní operačného výkonu a po CT diagnostike.

Operačné Dg: perforatio sigmae iatrogenes post implantationem TEP l. sin., peritonitis pelvis minoris stercorrhialis inveterata. Chirurg popisuje perforačný otvor 2-3 mm pravdepodobne od kostného štepu, ktorý ostrými hranami trčal do malej panvy . Kostný štep sa odstránil, urobila sa resekcia sigmy podľa Hartmanna so slepým uzáverom rekta a proximálne sa vyšila kolostómia. Po operácii bola pacientka hospitalizovaná na OAIM s rozvinutým septickým stavom do 13.4.2005 a potom preložená na JIS chirurgického oddelenia, liečená ATB a ďalšou medikáciou v rámci komplexnej liečby chirurgickej sepsy. Nakoľko i napriek adekvátnej liečbe pretrvávali febrílie s infiltrátmi v oboch pľúcnych poliach a septický stav, bola indikovaná aj extrakcia totálnej endoprotézy (realizovaná 5.5.2005). Po extrakcii septickej TEP došlo k akútnemu renálnemu zlyhaniu kombinovanej etiológie (septický stav a nefrotoxické ATB), pacientka bola hospitalizovaná a liečená na OAIM do 16.5.2005, odtiaľ preložená na metabolickú JIS interného oddelenia po čiastočnej úprave renálnych funkcií a pri dostatočnej diuréze.

V období od 17.5.2005 do 12.8.2005 liečená na Ortopedickom oddelení. Okrem iného liečená nefrológom pre zlyhanie solitárnej obličky a urológom pre zúženie pravého ureteru. Tento pre obštrukčnú pravostrannú pyonefrózu a ureterohydronefrózu nejasej genézy zaviedol JJ stent. Ďalej sa pokračovalo v cielej ATB liečbe a pacientka dňa 12.8.2005 bola prepustená do domácej starostlivosti.

Zhodnotenie a záver úradu:

Úrad na základe záverov výkonu dohľadu konštatoval, že zdravotná starostlivosť pacientke **na Ortopedickom oddelení bola poskytnutá v súlade s § 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.**

Ďalej úrad konštatuje, že **na Chirurgickom oddelení pacientke nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť v súlade s § 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, nakoľko operácia bola vykonaná viac ako 24 hodín po RTG náleze pneumoperitonea a viac ako 18 hodín po indikovaní operačného výkonu a po CT diagnostike.**

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 zákona č. 581/2004 Z. z.

Po revízií dutiny brušnej nerealizované vyšetrenia na zistenie podstaty ochorenia

Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie :

77-ročný pacient dňa 10.01.2008 prijatý na chirurgické oddelenie s bolesťami brucha; podľa údajov pacienta trvali asi 14 dní, ale tohto dňa došlo k ich výraznému zhoršeniu, preto si privolal RZP.

Službukonajúci lekár s dvoma atestáciami z chirurgie pacienta vyšetřil a vzhľadom na príznaky akútneho brucha indikoval operačný výkon. Po predoperačných vyšetreniach bol pacient v ten istý deň operovaný.

Z operačného nálezu: prítomný serosanguinolentný exsudát, zdurené colon v rozsahu od rektosigmoidálneho prechodu v celom rozsahu sigmy a cca aborálnych 2/3 descendens. Výrazne hemoragicky presiaknuté, zdurené, ostatný nález v dutine brušnej negatívny. Drén vložený do ľavej bedrovej jamy, vyvedený mimo operačnú ranu. Pri prvej operácii sa urobila len revízia brušnej dutiny a drenáž.

V pooperačnom období pacient na parenterálnej výžive, antibiotickej liečbe, kortikoidoch a salofalkových klyzmách.

Dňa 13.01. 2008 sa vystupňovali bolesti brucha, konzervatívna liečba nebola úspešná, na rtg natívnej snímke brucha výrazná plynatosť črevných kľučiek. Vzhľadom ku klinickému a rtg nálezu bola indikovaná operačná revízia, ktorá sa urobila 13.01.2008. Operačná diagnóza: Colitis ulcerosa reg. recti, sigmae et coli descendens, Status ileosus, Abdominal compartment syndrom (ACS). Nález na hrubom čreve bol podobný popísanému nálezu pri prvej operácii, črevo bolo výrazne zhrubnuté, rigidné, livídnejšie, orálne boli známky ileózneho stavu. Pri operácii sa urobila dekompresia tenkého čreva cez enterotómiu, ktorá sa následne uzavrela v dvoch vrstvách. Následne sa v ľavom mezogastriu vyvedla axiálna transverzostómia. V pooperačnom období sa pokračovalo v terapii, aplikovali sa salofalkové klyzmy.

Dňa 17.01.2008 v popoludňajších hodinách zistená dehiscencia laparotomickej rany, preto sa indikovala operačná revízia s operačnou diagnózou: dehiscentio transversostomiae, peritonitis stercorrhialis circumscripta, ileus paralyticus, v. s. M. Crohn coli descendens, sigmae et rectosigmae, dehiscentio vulneris completa.

Vykonaná operácia: revisio, resectio coli transversi partialis cum transversostomia terminalis, decompressio jejuni, lavage et drainage cavi peritonei. Z nálezu vyberáme: perforačné otvory okolo stehov, sterkorálny obsah v okolí. Resekovaná a opäť vyšitá transverzostómia, cez enterotómiu opäť odsatý črevný obsah. Vyčistila sa brušná dutina a urobila sa jej drenáž. Urobené histologické vyšetrenie resekátu: ulcerózna kolitída s úsekmi fokálne aktívnej kolitídy, známky regionálnej peritonitídy.

Po operácii bol pacient preložený na OAIM 17.01.2008 pre dychovú nedostatočnosť s potrebou umelej pľúcnej ventilácie a dlhodobej parenterálnej výživy. Okrem uvedených postupov sa pokračovalo v objemovej rehydratácii pacienta, opakovaných krvných transfúziách, bola podaná analgosedácia, dvojkombinácia, neskôr štvorkombinácia antibiotík, kortikoidy, blokátory H₂ receptorov, antikoagulanciá, antioxidanciá, betablokátory. Realizovali sa salofalkové klyzmy.

Od 18.01.2008 bola potrebná liečba katecholamínmi so zvyšujúcimi dávkami, pokračovalo sa v analgosedácii. Dňa 21.01.2008 bola urobená chirurgická revízia brušnej dutiny s jej toilette, konštatovaná regresiu nálezu, pretrváva však zhrubnutie a rigidita čreva. Po tejto operácii bol stav relatívne stabilizovaný, bola však potrebná podpora obehu noradrenalinom. V ďalších dňoch enterálna výživa, postupne prechod na podporné dýchanie pri spontánnej dychovej aktivite. Postupne sa znižoval noradrenalín, ale pacient bol kontinuálne febrilný, napriek liečbe antibiotikami.

Dňa 27.01.2008 náhle masívna enterorágia, ktorá sa nedala zvládnuť konzervatívne. O 19,00 hod. bola indikovaná operačná liečba. Výkon: Proctocolectomia subtotalis, toilette cavi abdominis, drain. Z nálezů vyberám: colon descendens, sigma a rectum postihnuté zápalom. Skeletizovali ľavé kolon, pre postihnutie rekta urobili aj prokitektómiu v zmysle Milesovej operácie. Podľa nálezů bolo ponechané pravé kolon s transverzostómiou. Páneť bola vytampónovaná 5 veľkými abdominálnymi rúškami. Resekát bol odoslaný na histologické vyšetrenie, ktorého záver bol: nekróza v časti hrubého čreva s obrazom hemoragickej infarzácie, najpravdepodobnejšie na podklade trombotizácie ciev mezokolonu.

Počas 5 hodinovej anestézie bol obeh kontinuálne podporovaný noradrenalínom, podávaný Remestyp, podávané kryštaloidy, koloidy, transfúzie krvi. Ponechaný na UPV, pretrvával febrilný stav, bez pokračujúceho krvácania. Od 28.01.2008 invazívny monitoring, v liečbe Noradrenalín a Dobutamín. Stav progredoval v septickom šoku a multiorgánovom zlyhaní napriek liečbe a 29.01.2008 o 18,30hod. došlo k letálnemu exitu.

Diagnostické závery: Septický šok, MODS, Stav po opakovaných revíziách brušnej dutiny, m. Crohn s komplikáciami, fulminantne prebiehajúca forma, dychová insuficiencia, anémia, ICHS, M. hypertonicus, bronchitis chron., hypoproteinémia, hypoalbuminémia, stav po kanylácii CVS. **Pacient pitvaný nebol.**

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu zistil **porušenie § 4 ods.3 zákona č.576/2004 Z. z.**

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledovným konaním:

- Pacient bol prijatý s príznakmi NPB, pri operácii sa našiel nález na ľavom kolone, urobila sa revízia brušnej dutiny. Následne sa **nerealizovalo žiadne vyšetrenie na zistenie podstaty ochorenia** – kolonoskopia, event. rektoskopia.
- Pri ďalšej revízii sa stav uzavrel ako ulcerózna kolitída. **Transverzostómia je prípustná, avšak sa mala minimálne vyšť ešte axiálna ileostómia.** Pri ulceróznej kolitíde je však vždy vhodnejšia resekcia postihnutého úseku. Optimálnou metódou je subtotálna kolektómia s Hartmannovým uzáverom pahýľu rekta a terminálnou ileostómiou, najmä pri fulminantnej forme ochorenia. Ochorenie si nakoniec i tak vyžiadalo resekciu, avšak v ťažkom celkovom stave, pričom zostáva sporná nutnosť prokitektómie.
- Okrem uvedených skutočností, takýto pacient so závažným ochorením mal byť konzultovaný s pracoviskom, ktoré má s liečbou uvedeného ochorenia väčšie skúsenosti.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Pochybenie pri stanovení diagnózy

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhodnotenie:

21- ročný pacient utrpel v júni 2007 po páde na sklo (rozbitá váza) rezné rany v chrbtovej oblasti.

Privolanou posádkou RZP bol ošetrovaný na mieste úrazu, následne prevezený v alkoholickej ebriete do nemocničného zariadenia na chirurgickú hospitalizáciu. Diagnostický záver pri prijíme: Vulnera scissa dorsii prof. No III (Dg.: S 21.2).

Ošetrojúci lekár popísal 3 rezné rany zadnej hrudníkovej steny paravertebrálne vpravo veľkosti 12 cm, 8 cm a 3 cm v oblasti lopatky, ordinoval medikamentóznú liečbu, kompletne vstupné laboratórne vyšetrenie. RTG hrudníka a pľúc pre nespokojnosť - agresivitu pacienta v alkoholickej ebriete nebolo realizované.

V nasledujúcich dňoch po prijatí k hospitalizácii bol pacient lokálne ošetrovaný, rezné rany ďalej sa nerevidovali a nevykonalo sa ani RTG vyšetrenie hrudníka po vytriezvení.

Pri prepustení po 4 dňoch hospitalizácie sa stav uzavrel ako Vulnera scissa dorsii. Poučenie pacienta ani po doznení ebriety v priebehu hospitalizácie nebolo zaznamenané.

Po šiestich týždňoch po prepustení bol pacient vyšetrený neurológom pre „pocity sťahovania na laterálnej strane hrudníka“. Na natívnej RTG snímke hrudníka zistené cudzie telesá paravertebrálne v oblasti Th 11. Ďalší postup v liečbe odporučený neurológom pacient nerešpektoval, na vyšetrenie sa dostavil o 2 mesiace.

U pacienta sa zistila CT vyšetrením prítomnosť cudzích telies v oblasti hrudníka (paravertebrálne vpravo vo výške Th 6–9 atypický sýty tieň veľkosti 6x2 cm, ďalšie dve ložiská obdobnej sýtosti paravertebrálne vpravo vo výške Th 12 veľkosti do 10 mm).

Cudzie telesá - úlomky skla boli odstránené na vyššom klinickom pracovisku hrudným chirurgom.

Hodnotenie skutočností zistených dohľadom:

- 1) pochybenia v odbornom medicínskom postupe:
 - a. bezprostredne po úraze, počas hospitalizácie detailná revízia rán nebola vykonaná,
 - b. natívna RTG snímka hrudníka ani iná zobrazovacia metóda v priebehu hospitalizácie nebola realizovaná.Následkom uvedených nedostatkov nebola v priebehu hospitalizácie na chirurgickom oddelení u pacienta po páde chrbtom na rozbité sklo diagnostikovaná prítomnosť cudzích telies v oblasti hrudníka.
- 2) pochybenia vo vedení zdravotnej dokumentácie: Zdravotná dokumentácia vedená chirurgickým oddelením nespĺňala náležitosti ustanovené § 21 ods. 1, písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v tom, že poučenie pacienta nebolo v zdravotnej dokumentácii ani po odznení ebriety preukázateľne zaznamenané.

Záver:

Dohľadom bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientovi nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. nakoľko:

- a) neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy,
- b) zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ustanovením § 21 ods. 1, písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. Vedenie zdravotnej dokumentácie je v zmysle § 4 ods. 5 neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Došlo súčasne k porušeniu § 79 ods. 1, písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z..

Nerozpoznanie aneuryzmy abdominálnej aorty

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

72-ročný pacient 10.11.2007 o 9,31 hod. privezený RZP na centrálné prijímacie oddelenie s dg. akútny LIS a renálna kolika.

Pri vyšetrení na CPO pacient udával bolesti v oblasti LS chrbtice, s vyžarovaním do oboch DK. V objektívnom náleze bol pacient pri vedomí, orientovaný, GCS 15, eupnoe, postoj a chôdza antalgické, v predklone, cirkulačne stabilizovaný, hydratácia primeraná, bez ikteru a cyanózy, periférne prekrvenie v norme, hlava nebolestivá, zrenice izokorické, foto +/+, sliznice vlhké, jazyk plazil v strednej rovine, krk bpn, dýchanie vezikulárne, cor AP ozvy ohraničené, abd. mäkké, priehmatné, palpačne nebolestivé, bez rezistencie, peristaltika prítomná, tapott. bilat. negat, DK bez edémov (pulzácia tepien na DK – nebola zaznamenaná v zdr. dokumentácii), Lassegue bilat. negat., bez porúch citlivosti. Laboratórne bol pacientovi vyšetrený moč chem. s nálezom Ery 1, prot. 2, v sedimente Ery 1-4, Leu 0-2, ploché epit. a ojedín. baktérie. Na základe negatívneho objektívneho a močového nálezu bol stav pacienta službukonajúcim lekárom uzavretý ako LIS, ordinovaná bola infúzia FR 500ml + Mesocain 2 amp. + Algifen 1 amp. + Guajacuran i.v. a Tramal 100 mg i.m. a pacientovi bolo doporučené Diclobene 50 mg tbl. 3x1tbl. denne, Mydocalm 150 mg 2x1 tbl. denne, suché teplo a kontrola na neurologickej ambulancii o 3 dni.

Dňa 11.11.2007 bola k pacientovi volaná o 11,04 hod. RZP, ktorá po príchode o 11,12 hod. konštatovala u pacienta exitus letalis.

Súdnolekárskou pitvou bola určená základná príčina smrti - celkové skôrnutenie tepien tela ťažkého stupňa, najmä srdcovnice a vencovitých tepien srdca a vakovitá výduť (aneuryzma) brušnej srdcovnice, komplikáciou bola trhlina steny brušnej srdcovnice v oblasti aneuryzmy (aneuryzma veľkosti 10 x 11 cm, výduť začínala 1 cm za odstupom obličkových tepien smerom dolu) s masívnym zakrvácaním do zapobrušnicového priestoru a bezprostrednou príčinou smrti krvácajú šok.

Zhrnutie úradu: Pri vyšetrení na CPO nebol pacientovi zmeraný pulz a TK, neboli urobené základné laboratórne vyšetrenia. Pri diagnostike ochorenia, s ktorým bol pacient privezený, neboli využité jednoduché vyšetrenia - RTG chrbtice, natívna snímka brucha, USG brucha, nebol privolaný konziliárny lekár so špecializáciou. **Pri vyšetrení pacienta neboli vyčerpané základné diagnostické možnosti.**

Záver:

Úrad výkonom dohľadu na mieste u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukázal, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods.3, zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Poučenie:

Väčšina aneuryziem abdominálnej aorty (ďalej AAA) sa odhalí v čase rutinného vyšetrenia a sú zvyčajne asymptomatické. Asymptomatické aneuryzmy brušnej aorty sa diagnostikujú náhodne pri klinickom alebo USG vyšetrení brucha z iných dôvodov (pomocou USG je možné s veľkou presnosťou určiť šírku vaku a hrúbku steny aneuryzmy, vyjadriť sa k prítomnosti trombov). Symptómy AAA sa objavia buď pri jej rýchlom raste s následnou expanziou a útlakom okolitých štruktúr, alebo ruptúrou steny aneuryzmy s krvácaním alebo presakovaním do okolia. Symptomatické, ale stabilizované AAA sa prejavujú najčastejšie bolesťou brucha alebo lumbálnej oblasti, pričom rozlišujeme päť charakteristických typov bolesti – spinálnu, renálnu, testikulárnu, apendikálnu bolesť a bolesť typu abdominálnej angíny. Klinické symptómy rupturovanej AAA sú pomerne konštantné – typický je syndróm náhle vzniknutých prudkých bolestí brucha vystreľujúcich najčastejšie do lumbálnej a inguinálnej oblasti (často chybne považovaná za renálnu koliku), často so súčasným šokovým stavom. Vzácné sa vyskytne tzv. chronická ruptúra AAA – ide o malú ruptúru, ktorá je krytá retroperitoneom, pacient sa sťažuje na náhly vznik bolestí chrbta, ktoré pretrvávajú.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu a nápravné opatrenie v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z.

Nezodpovedný pacient verzus nedôsledný lekár

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení, vrátane epikritického zhrnutia:

42-ročný pacient, od mladosti vyšetrovaný pre podozrenie na hypertonicú chorobu, prechodne aj medikamentózne liečený pre juvenilnú hypertenziu.

U všeobecnej lekárky pre dospelých bol v starostlivosti 18 rokov. Na základe opakovane zistenej hraničnej resp. zvýšenej hladiny glykémie bolo pred 8 rokmi vykonané u pacienta aj diabetologické vyšetrenie, ktoré nepotvrdilo diabetes mellitus. V uvedenom období boli vo všeobecnej ambulancii opakovane zistené aj zvýšené hodnoty krvného tlaku, všeobecná lekárka ordinovala medikamentóznú liečbu - monoterapiu, odporučila pravidelné kontroly krvného tlaku (TK), na ktoré však pacient nechodil. Zvýšený resp. vysoký krvný tlak bol v posledných 8 rokoch zistený opakovane, pacient nedodržiaval liečebný režim (nechodil na kontrolné vyšetrenia, fajčil, navyše pracoval ako vodič autobusu), napriek tomu **nebol ani raz poukázaný na interné vyšetrenie** za účelom komplexného vyšetrenia s posúdením zdravotného stavu a nasadením liečby.

Zdravotná dokumentácia bola vedená nedostatočne, bola písaná nečitateľne. Pacient pracoval ako vodič z povolania, bol vodičom autobusu, preventívne prehliadky absolvoval v predpísaných časových intervaloch, všeobecná lekárka ho pri každej preventívnej prehliadke považovala za spôsobilého vykonávať profesiu vodiča autobusu, a to napriek tomu, že vôbec nespolupracoval pri liečbe hypertenzie a boli u neho prítomné i ďalšie závažné rizikové faktory ako sú ťažká obezita, fajčenie a zvýšené glykémie.

Pacient **náhle zomrel za volantom autobusu** pri výkone svojho povolania. **Pitva** preukázala zlyhanie činnosti srdca a dýchania pri chorobnom zväčšení srdca a difúznom zväzivovalení srdcového svalu v dôsledku celkového skôrnatenia tepien a vysokého krvného tlaku.

Zhodnotenie úradom a záver:

Prvý záznam o vyšších hodnotách krvného tlaku dotknutého pacienta je uvedený pred viac ako 15 rokmi. Napriek tomu nebol nikdy určený stupeň hypertenzie, **aj keď boli prítomné u neho i ďalšie rizikové faktory hypertenzie** (obezita, fajčenie 20 cigariet denne, hyperglykémia). Namerané hodnoty TK pri zriedkavých návštevách ambulancie boli väčšinou zvýšené. Pri preventívnych prehliadkach vodiča z povolania boli vykonané Ekg záznamy (bez interného vyšetrenia), ale nebola venovaná pozornosť vývoju na Ekg, kde už pred 4 rokmi boli prítomné známky hypertrofie ľavej komory. Nebolo realizované vyšetrenie očného pozadia. Opakované očné vyšetrenie v rámci preventívnych prehliadok bolo zamerané na otázku používania okuliarov pri šoférovaní.

Neboli dodržané základné postupy pri diagnostike a liečbe hypertenzie. Interné vyšetrenie bolo jednoznačne indikované už pred 4 rokmi, kedy pri preventívnej prehliadke boli namerané hodnoty TK 160/100 mm Hg a na Ekg zázname boli prítomné známky hypertrofie ľavej komory, okrem toho prítomnosť ďalších dvoch rizikových kardiovaskulárnych faktorov - obezita, fajčenie.

Internista mal stanoviť presnú diagnózu hypertenzie, ordinovať adekvátnu liečbu a riadiť celý ďalší priebeh ochorenia.

Keďže odborné vyšetrenie nebolo realizované, **všeobecná lekárka pre dospelých nemohla správne určiť diagnózu, respektíve stupeň hypertenzie a nemohla sa správne vyjadriť k zdravotnej spôsobilosti vodiča z povolania.**

Vyhláška 164/1997 Zb. z. MZ SR o zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorového vozidla, ktorá bola v tom období v platnosti, uvádza, že hypertenzná choroba III. stupňa je kontraindikáciou k vedeniu motorového vozidla vodiča z povolania.

Podľa pitevného nálezu u pacienta jednoznačne išlo o hypertonickú chorobu III. stupňa, nebol teda zdravotne spôsobilý viesť motorové vozidlo ako vodič z povolania.

Pacientovi v dotknutej neštátnej všeobecnej ambulancii **nebola poskytovaná zdravotná starostlivosť správne**, neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby .

Úrad dohľadom **zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Nepřípustný spôsob zásahu v zdravotnej dokumentácii

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

K 67-ročnej pacientke - pre bolesti na hrudníku dňa 1.10.2008 o 11,21 hod. hlásený výjazd Rýchlej lekárskej pomoci (ďalej „RLP“) z Krajského operačného strediska záchranej zdravotnej služby SR. Výjazd posádky RLP o 11,22 hod., príchod na miesto o 11,39 hod. Pri vyšetrení lekárom RLP pacientka subjektívne udávala, že sa lieči na srdce a Parkinsonovu chorobu.

Objektívnym vyšetrením zistené: „...pri vedomí, dyspnoe, akrocyanóza, obezita, Parkinsonov tras, auskultačne na bázach bilaterálne vrzgoty, akcia srdca pravidelná s frekvenciou 92/min., krvný tlak (TK) 110/70 mmHg, brucho bolo ťažšie priehmatné, na dolných končatinách bol prítomný opuch predkolení bilaterálne, Glasgowske skóre bolo 15...“ Pacientke bola stanovená diagnóza „cor mixtum decompensatum“, ďalej Parkinsonova choroba (bez uvedenia číselného kódu diagnóz) a bol jej aplikovaný: Lanoxin 1 amp. i.v., Syntophyllin 0,24 g i.v. a Furosemid forte 1 amp. i.v. Ošetrovanie pacientky bolo ukončené o 11,53 hod. Zásah bol lekárom RLP hodnotený ako indikovaný a stav pacientky po liečbe ako zlepšený.

Pre pretrvávanie bolesti na hrudníku a progresiu dýchavice napriek aplikovanej parenterálnej liečbe, dcéra pacientky privolala opäť sanitné vozidlo dopravnej zdravotnej služby, pacientka prevezená do regionálnej všeobecnej nemocnice a o 13,30 hod. prijatá na interné oddelenie.

Pri prijatí udávala, že „...od včera obeda má bolesti na hrudníku tlakového charakteru, bez vyžarovania, má súčasne bolesti hlavy, ťažko sa jej dýcha a opúchajú jej nohy...“

Objektívne zistená cyanóza pier a akier, nepravidelná akcia srdca s frekvenciou 56/min, TK bol 130/90 mmHg, auskultačne dýchanie vezikulárne, bilaterálne boli bazálne prítomné chropky, obe dolné končatiny pretibiálne edematózne. Ekg vyšetrením zistená fibrilácia predsiení. Klinický stav pacientky hodnotený ako obojstranne dekompenzovaná chronická ischemická choroba srdca vo funkčnej skupine NYHA III s fixovanou fibriláciou predsiení, ďalej artériová hypertenzia 2. st. s vysokým rizikom, diabetes mellitus 2. typu na liečbe perorálnymi antidiabetikami, exogénna obezita a Parkinsonský syndróm.

Zhrnutie úradu:

Na základe **porovnania záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby ponechaného pacientke s kópiou zo zdravotnej dokumentácie ambulancie RLP** boli zistené dodatočne dopisované údaje o zdravotnom stave pacientky a o výsledkoch realizovaných vyšetrení. Bol dopísaný anamnestický údaj o dva dni trvajúcej dušnosti a v zázname o objektívnom vyšetrení dopísaný údaj o meraní saturácie periférnej krvi kyslíkom, výsledok elektrokardiografického vyšetrenia a číselný kód stanovenej diagnózy u pacientky. Lekár pri vyšetrení nezistil fibriláciu predsiení, na ktorú sa pacientka chronicky liečila a následne aj ekg vyšetrením na internom oddelení nemocnice verifikovaná.

Pri anamnesticky udávaných a objektívnym vyšetrením verifikovaných prejavoch ľavostranného srdcového zlyhávania mala byť u pacientky indikovaná hospitalizácia. Ak by bolo u pacientky zlepšenie stavu po aplikovanej liečbe objektívne dokumentované (auskultačný pľúcny nález, saturácia periférnej krvi kyslíkom, ústup cyanózy), mohla ostať doma s poučením, avšak tento postup nebol realizovaný. V zázname bol dopísaný číselný kód hlavnej diagnózy I 25, ktorý v danom prípade nebol správny, keďže sa jednalo o diagnózu I 50 Kardiálne zlyhávanie.

U pacientky neboli vyšetrovacie a liečebné postupy realizované štandardným spôsobom a správne, a **zdravotná dokumentácia bola nepřípustným spôsobom zmenená dopisovaním hodnôt vitálnych funkcií a popisom EKG vyšetrenia.** Zdravotná starostlivosť pacientke ambulanciou RLP nebola poskytnutá správne.

Záver:

Skupina vykonávajúca dohľad **zistila** u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky:

1. U pacientky s údajom o chronickej liečbe ochorenia srdca chýba anamnestický údaj o užívaných liekoch. Pri realizovaných vyšetrovacích postupoch nebola zistená fibrilácia predsieni, ktorá bola u pacientky dlhodobo dokumentovaná, a ktorá bola o 2 hodiny neskôr pri Ekg vyšetrení na internom oddelení PZS verifikovaná. Skutočnosť, že údaj o meraní saturácie periférnej krvi kyslíkom a údaj o Ekg vyšetrení sa v pôvodnom zázname ponechanom pacientke nenachádza, vedie k dôvodným pochybnostiam o ich vykonaní. Na základe uvedeného skupina vykonávajúca dohľad konštatuje, že vyšetrovacie postupy neboli realizované štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne.
2. Klinický stav pacientky v zmysle obojstrannej kardiálnej dekompenzácie vyžadoval hospitalizáciu. Ak po aplikovanej liečbe u pacientky ustúpili subjektívne a objektívne prejavy ľavostrannej kardiálnej dekompenzácie, mali byť tieto skutočnosti objektívne zdokumentované. Patologické nálezy prvého vyšetrenia však nie sú nasledované opakovaným vyšetrením po aplikovanej liečbe.
3. Zdravotná dokumentácia pacientky bola neprípustne dodatočne pozmenená.

Vyhodnotením informácií, získaných výkonom dohľadu na mieste 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.** v znení neskorších predpisov.

Zistený aj **iný nedostatok** ako nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti: do zdravotnej dokumentácie boli dodatočne dopisované údaje, čím došlo k porušeniu **§ 21 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a k porušeniu § 79 ods. 1 písmeno l) zákona č. 578/2004 Z. z.** v znení neskorších zmien a doplnkov.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Oneskorená diagnostika hnisavej mediastinitídy

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie prípadu:

51 – ročná pacientka, dlhodobo sledovaná pre reumatoidnú artritídu IV. štádia, séropozitívna, bola prijatá na ortopedické oddelenie za účelom implantácie (totálna endoprotéza, TEP) umelého pravého kolenného kĺbu pre gonartrózu v dôsledku reumatoidnej artritídy (na rgt. snímku pravého kolenného zhybu bola výrazná deštrukcia mediálneho kondylu tibiae).

Dňa 19.3.2008 realizovaný operačný výkon - implantácia (TEP) pravého kolenného zhybu (typ: PFC Sigma). Pri anesteziologickom predoperačnom vyšetrení indikovaná spinálna anestéza vzhľadom na možné intubačné problémy pre prítomnosť deformít krčnej chrbtice. Pacientka však nakoniec operovaná v celkovej, t.j. intubačnej anestéze. Stalo sa tak pre deformity chrbtice, najmä však pre neschopnosť zaujať potrebnú polohu tela, vhodnú na punkciu subarachnoidálneho priestoru a podanie lokálneho anestetika (tieto skutočnosti však neboli uvedené v Zázname o anestéze, ani v ostatnej zdravotnej dokumentácii).

Zmena spinálnej anestézy na anestézu celkovú bola z hľadiska bezpečnosti pacientky odôvodnená. Priebeh celkovej anestézy podľa Záznamu o anestéze nekomplikovaný, s vyrovnanými hodnotami systémového krvného tlaku a pulzovej frekvencie počas celého obdobia anestézy. Saturácia hemoglobínu kyslíkom sa pohybovala vo fyziologických hodnotách, t.j. 97 - 98%. Krvné straty primerané. Pacientka nevyžadovala počas operácie väčšiu tekutinovú substitúciu. Priebeh operácie bez komplikácií, po skončení operácie sa pacientka prebudila bežným spôsobom, zodpovedajúcim podaniu celkovej inhalačnej anestézy a so stabilizovanými vitálnymi funkciami bola preložená na ortopedickú kliniku.

Dňa 20.3.2008 (prvý pooperačný deň) - podľa zápisu v zdravotnej dokumentácii, pacientka udávala bolesti operovaného kolena, objektívne subfebrilná, kardiopulmonálne kompenzovaná.

Dňa 21.3.2008 sa podľa zápisu v zdravotnej dokumentácii opäť sťažovala na bolesti operovaného kolena, objektívne naďalej subfebrilná, kardiopulmonálne kompenzovaná, operačná rana kľudná, ale vo večerných hodinách došlo k výstupu telesnej teploty na 38 stupňov C.

Dňa 22.3.2008 (tretí pooperačný deň) mala pacientka ráno teplotu 37,2 stupňov C, krvný tlak (TK) 130/80 mmHg, pulzová frekvencia (PF) 96/min, pre stredne ťažkú anémiu bolo ordinované podanie dvoch jednotiek Erymasy.

Dňa 23.3.2008 (štvrtý pooperačný deň) o 6,40 hod. službukonajúcim lekárom zaznamenané, že pacientka udáva bolesti na hrudníku a medzi lopatkami, TK, (ktorého hodnota u pacientky od operácie postupne klesala), bol 115/80 mmHg, pulzová frekvencia, (ktorej hodnota od operácie u pacientky postupne stúpala), bola 102/min. Lekár indikoval Ekg vyšetrenie, Rtg hrudníka, ďalej jednorázové podanie Anopyrinu 100 mg a Nitroglycerínu pod jazyk a doporučil zvážiť interné vyšetrenie. O 8,59 hod. v zdravotnej dokumentácii zaznamenané, že pacientka subjektívne udáva menšie bolesti operovaného kolena, v popredí sú od včera prítomné bolesti hrudníka, šíriace sa do chrbta. Objektívne subfebrilná (ráno podľa teplotnej tabuľky 37 stupňov C, večer 38 stupňov C), kardiopulmonálne naďalej kompenzovaná, brucho voľne priehmatné, palpačne nebolestivé, operačná rana kľudná a lekárom indikované k intravenóznemu podaniu dve jednotky Erymasy, a tiež interná kontrola pacientky. O 10,05 hod. realizované interné konziliárne vyšetrenie, kde internista v náleze udával, že pacientka má pobolievanie za hornou, ale aj za dolnou tretinou sternu od operácie, má tiež pooperačné bolesti úst, hrdla, krátky rýchly dych so sušením v ústach, necíti sa dobre, máva aj vertebrogénne ťažkosti. Po vyšetrení a zhodnotení Ekg nálezu internista v závere konštatoval, že bolesti na hrudníku nemajú charakter stenokardií a nálezy na Ekg o akútnom infarkte myokardu nesvedčia, rovnako ako nesvedčia o prekonanom infarkte myokardu. Konziliárom doporučené realizovať ordinované sérologické vyšetrenia, vrátane troponínu v sére na vylúčenie pooperačného infarktu myokardu. Konziliár tiež požadoval vyšetrenie sérového

NT- proBNP (nátriuretický peptid) pre prítomnú dýchavicu, požadoval Rtg vyšetrenie hrudníka pre možnú obehovú stázu v malom obehu (pre obtiažne vyšetriteľnú pacientku) a predpokladal najmä pooperačný a myoskeletálne – vertebrogénny pôvod ťažkostí.

U pacientky bola predbežne ordinovaná symptomatická liečba, dôsledná antiulkusová prevencia, pre vyššie riziko možnej tromboembolickej choroby (TECH) ordinoval internista prevenciu TECH, vrátane podávania nízkomolekulárneho heparínu. Inak ostatná liečba zostala bez zmeny, doporučil pokračovať v dlhodobej liečbe betablokátormi. Internista napokon indikoval kontrolu stavu s výsledkami laboratórných testov.

O 11,21 hod. bolo u pacientky realizované laboratórne biochemické vyšetrenie na STATIM, o 19,57 hod. bolo realizované Rtg vyšetrenie hrudníka v ľahu, a toto bolo bez popisu lekárom na Rtg oddelení. Podľa zdravotnej dokumentácie nebolo realizované kontrolné konziliárne interné vyšetrenie pacientky po obdržaní laboratórných výsledkov (NT-proBNP: 330.1 ng/l, CRP 125.3 mg/l) a po Rtg vyšetrení hrudníka, a to napriek požiadavke internistu. **Rtg snímok hrudníka, realizovaný až 13 hodín po prvej indikácii službukonajúcim lekárom, nebol popísaný či vyhodnotený lekárom Rtg oddelenia.** Neskôr sa zistilo analýzou uvedeného Rtg snímku hrudníka, že tu bolo možné predpokladať proces v mediastíne, najskôr zápalovej event. inej etiológie (v Rtg obraze hrudníka zo dňa 23.3.2008 prítomné zazávojovanie bilaterálne v stredných aj dolných pľúcnych poliach, tiež mediastína v polohe v ľahu rozšírený so zneostrením pravej kontúry mediastína, hutnejší tiež tiež pravého hľu pľúc). **Vzhľadom na tento Rtg nález na hrudníku a na klinický stav pacientky malo byť už v tomto čase doporučené CT vyšetrenie hrudníka,** ktoré mohlo byť diagnosticky výpovednejšie. Pacientke od 23.3.2008, **napriek zvýšenej telesnej teplote až v hodnotách febrilných, a napriek vysokej hodnote CRP (125,03 mg/l), nebola v ďalšom priebehu hospitalizácie ordinovaná antibiotická liečba.**

Dňa 24.3.2008 v zdravotnej dokumentácii lekárom konštatované zhoršovanie zdravotného stavu - pacientka udávala ráno o 10,00 hod. tlak v nadbrušku a bolesť za hrudnou kosťou, mala kašeľ, celkovo sa cítila zle, vetry a stolicu nemala, nechutilo jej jesť a nejedla. V objektívnom náleze podľa lekára afebrilná, napriek údaju o telesnej teplote 38 stupňov C. Kardiopulmonálne kompenzovaná, eupnoická, brucho voľne priehmatné, citlivé v nadbrušku, dýchacia vlna išla symetricky až do inguín, poklop na bruchu difúzne bubienkový, neprítomná hepato-splenomegalia, TK 100/60 mm Hg, PF 102/min. Podľa záznamu z vizity, realizovanej v poobedňajších hodinách lekárom ortopedického oddelenia, subjektívne u menovanej pretrvávali ťažkosti a postupne sa zhoršovali. Objektívne pacientka pri vedomí, orientovaná, vo vynútenej polohe, stala sa už dyspnoickou, palpačne citlivé nadbruško, dýchanie bazálne bilaterálne s chropkami. Lekárom indikované krvné odbery – D-dimér, vyšetrenie acidobázickej rovnováhy, Ekg vyšetrenie, gastroenterologické konzílium a kontrola internistom. O 14,26 hod. realizované gastroenterologické konzílium. Objektívne mala pacientka tachypnoe s plytkým dýchaním, TK 144/70mmHg, PF 109/min. Po tomto vyšetrení stav uzavretý ako dyspeptický syndróm horného typu v zmysle nauzey, vracania, dyspnoe, stavu po TEP pravého kolena a indikované doplnenie už ordinovaných odberov – D-dimér, acidobáza, nové Ekg, vyšetrenie a konzultácia službukonajúceho internistu. Doporučené doplnenie ultrasonografie abdomenu, po vyriešení/zlepšení stavu dyspnoe gastrofibroskopické vyšetrenie, ktoré t.č. pre dušnosť pacientky nebolo možné realizovať. V laboratórných výsledkoch neskôr hodnota D-diméru 4554,5, vo výsledkoch vyšetrenia acidobázy na CITO prítomná hypoxémia a hypokapnia.

O 15,31 hod. toho istého dňa realizované interné kontrolné vyšetrenie, podľa ktorého sa vzhľadom na klinický obraz u pacientky a na výsledky pomocných vyšetrení nedala vylúčiť embolizácia do artérie pulmonalis, doporučený zatiaľ kľudový režim, inhalácia kyslíka, Fraxiparin v terapeutickej dávke, no a na CITO CT angiografia pľúc a na základe tohto výsledku ďalší postup. Napriek vitálnej indikácii (bez uvedenia dôvodu v zdravotnej dokumentácii) CT vyšetrenie hrudníka – pulmoangiografia pre suspektnú sukcesívnu embolizáciu do artérie pulmonalis - realizované až o 19,00 hod. V epikríze k danému vyšetreniu uvedené, že pacientka je 5. deň po implantácii TEP pravého kolenného zhybu s postupne sa zhoršujúcou dýchavičnosťou, je prítomný pozitívny D – dimér 4500 v krvi. Na žiadanke však neuvedené, že ide o CITO vyšetrenie z vitálnej indikácie. Podľa vyjadrenia

dohliadaného subjektu službukonajúci radiológ telefonicky informoval lekára ortopedického oddelenia, že nejde o embolizáciu, ale že v mediastíne je prítomný rozsiahly nález, ktorý musí prekonzultovať. Následne, podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii, o danom stave informovaný internista, ktorý odporučil pokračovať v liečbe bez zmeny.

Dňa 25.3.2008 o 7,36 hod. hotový popis vitálneho CT hrudníka – pulmoangiografie - z predošlého dňa. CT obraz svedčil pre známky rozsiahlej mediastinitídy, svedčil i pre fluidothorax bilaterálne, výraznejšie vpravo s dystelektázou bilaterálne, výraznejšie vpravo, a t.č. bez známk embolizácie do pľúc. Na základe daného nálezu indikovaný preklad pacientky prostredníctvom RZP s lekárom na špecializované pracovisko, tam prijatá o 10,00 hod. tohto dňa ako **susp. iatrogénna perforácia pažeráka s respiračnou insuficienciou** (pacientka pri vedomí, mala dyspnoe a tachypnoe, jej saturácia krvi kyslíkom pri oxygenoterapii 15 l/min. 92 %, mala tachykardiu 120/min.) Po vstupnom vyšetrení stav uzavretý ako respiračné zlyhanie, prederavenie pažeráka, prítomná ischemická choroba srdca s nebolestivou formou, prítomná struma nodosa eufunkčná, reumatoidná artritída, indikované torakochirurgické konzílium a ezofagografia. Vzhľadom na nález obojstranného fluidotoraxu pacientke zavedený hrudný drén vpravo, ktorý odvádzal serosangvinózný obsah. O 11,53 hod. realizovaná ezofagografia na posteli s vodným kontrastom, kde Rtg nález svedčil o prítomnosti perforačného otvoru v dolnej krčnej časti pažeráka, ako aj o prítomnosti mediastinitídy v úrovni perforovanej steny pažeráka. Pre progresiu respiračnej insuficiencie a pre cirkulačnú instabilitu pacientka bronchoskopicky zaintubovaná s toaletou tracheobronchiálneho stromu, bola napojená na umelú pľúcnu ventiláciu. Nasadená vazopresorická podpora Noradrenalinom a začatá aj antibiotická liečba – trojkombináciou antibiotík v empirickom režime. Následne z drénu v hrudnej dutine zistená zmena charakteru drénovaného obsahu s prítomnosťou krvi s koagulami, a preto pacientka urgentne prevezená na operačnú sálu na revíziu mediastína. V priebehu operácie realizovaná mediastinotomia, vykonala sa revízia mediastína s evakuáciou hnisu, zaviedol sa drain, vykonaná laparotomia a jejunostomia pre nutriciu. Na základe vyjadrenia operatéra perforácia pažeráka u pacientky supponovaná z klinického nálezu, k patologickému úseku pažeráka sa operačný tím nedostal, nakoľko len drénoval mediastinálny absces.

Operačný výkon bez komplikácií, s odobratím materiálu na mikrobiálnu kultiváciu. Pooperačne pacientka kontinuálne analgosedovaná, ponechaná na umelej pľúcnej ventilácii, jej cirkulácia instabilná s potrebou vazopresorov. Pokračované v preplachovej drenáži mediastína, pacientka bola enterálne do jejunostómie.

V ďalšom priebehu ochorenia sa napriek komplexnej intenzívnej zdravotnej starostlivosti a liečbe stav pacientky nepodarilo zvrátiť. Dňa 15.5.2008 o 10,13 hod. konštatovaný exitus letalis.

Patologicko – anatomickou pitvou určená ako bezprostredná príčina smrti obojstranná hnisavá (vľavo abscedujúca) bronchopneumónia.

Záver:

Pacientke nebola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, t.j. v súlade s platnými právnymi predpismi. Nepodarilo sa objektívne objasniť mechanizmus vzniku perforácie pažeráka a zistiť príčinu vzniku hnisavej mediastinitídy u pacientky v dohliadanom období. Diagnóza danej komplikácie urobená neskoro. Subjektívne obtiaže pacientky, pravidelne zaznamenaný kontinuálny pokles krvného tlaku, pokles červených krvných elementov, stúpanie frekvencie tepu, nevedli ošetrojúci personál k aktivite, ktorá by príčinu stavu ozrejmla. Rtg snímok hrudníka realizovaný u pacientky s 13 hodinovým oneskorením, nebol popísaný ani vyhodnotený žiadnym lekárom. Z Rtg nálezu bolo možné predpokladať patologický proces v mediastíne zápalovej event. inej etiológie. Vzhľadom na Rtg nález a klinický stav pacientky malo byť v tom čase doporučené CT vyšetrenie hrudníka, ktoré býva v podobných situáciách výpovednejšie.

Ošetrovateľská starostlivosť poskytnutá pacientke, tak ako bola zdokumentovaná v ošetrovateľskej dokumentácii, bola nedostatočná. Z ošetrovateľskej dokumentácie, ktorá v dohliadanom období nespĺňala zákonom stanovené požiadavky, nebol zřejmý zdravotný

stav menovanej, nebol analyzovaný charakter bolestí pacientky, nebolo uvedené správanie pacientky, chýbal záznam o spôsobe jej hydratácie, nebolo analyzované jej vyprázdňovanie, neanalyzoval sa dôvod k jej sedácii.

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu na mieste u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukázal, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods.3, zákona č. 576/2004 Z.z., zdravotná dokumentácia nebola poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vedená v súlade s § 19 ods. 2 písm. c) a § 21 ods. 3, zákona č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Pochybenie pri stanovení závažnej diagnózy u maloletého pacienta

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení, vrátane epikritického zhrnutia:

Dieťa narodené 18.06.2007, v 38. týždni z tretieho rizikového tehotenstva. Pôrodná hmotnosť 2920 gr. Apgar skóre po narodení 9/10. V pôrodnici zistený šelest na srdci bez bližšej špecifikácie, odporúčené kardiologické vyšetrenie.

V deň prepustenia z pôrodnice - 25.06.2007 realizované prvé kardiologické vyšetrenie v detskej kardiologickej ambulancii, pri ktorom bol potvrdený šelest nad prekordiom, a bola vyslovená diagnóza : pretrvávajúce fetálnych skratov.

Pri kontrolnom kardiologickom vyšetrení o mesiac po narodení zaznamenané prosperovanie, dobrý klinický stav, pretrvávajúce systolického šelestu nad prekordiom. Na EKG opísaný len dextrogram. ECHOM dokázané normálne anatomické pomery, normálna veľkosť dutín a svaloviny srdca a Foramen ovale. Dieťa objednané na ďalšie kardiologické vyšetrenie o pol roka na december 2007.

Pri kontrole u kardiológa v decembri, kedy dieťa malo 6 mesiacov, okrem anémie skonštatovaný dobrý klinický stav dieťaťa, pretrvávajúce šelestu a na EKG popísaná len frekvencia akcie srdca a 140-150/min, dextrogram. Chýbal ostatný popis EKG - podstatný, nakoľko išlo už o prítomnú hypertrofiu pravej komory s preťažením. Následná kontrola odporúčená na jún 2008, teda o 6 mesiacov.

V priebehu januára, teda vo veku 7 mesiacov dieťaťa, prvý raz matka zaznamenala zhoršenie klinického stavu. Dieťa ťažšie dýchalo, pri plači omodrávalo, nechcelo prijímať potravu. Matka navštívila zmluvnú pediatričku, ktorá dieťa opakovane vyšetrila, konštatovala afektívne záchvaty, neprospievanie, anémiu. Pre ťažkosti, ktoré udávala matka, odoslala dieťa na kontrolné kardiologické vyšetrenie, realizované dňa 12.02.2008. Kardiológ zistil pulzovú frekvenciu 160/min., prevahu pravej komory na EKG, saturáciu krvi kyslíkom v norme (100%), konštatoval motorické zaostávanie dieťaťa. Stav cyanozy pri plači diagnostikoval ako afektívne záchvaty. Odporučil vyšetrenie neurológom a kardiologickú kontrolu opäť o pol roka na jún 2008. V mesiaci február matka navštívila opakovane – spolu 10 krát rôznych lekárov pre ťažkosti jej dcéry.

Pri jednej z návštev u obvodnej pediatričky dňa 25.02.2008 pre známky zahlienenia v oblasti horných dýchacích ciest indikovaná antibiotická terapia, odobratý materiál na kultiváciu. V rámci diferenciálnej diagnózy pediatrička chcela vylúčiť pneumóniu, preto dieťa odoslala dňa 26.02.08 na RTG hrudníka - zistená kardiomegália.

Pre tento nález zmluvná pediatrička odoslala dieťa na hospitalizáciu na detské oddelenie. Tam potvrdené neprospievanie, afektívne stavy, hypotonický syndróm, anémia, macrocranium s kraniofaciálnou dysmorfiou, kardiomegália, retardácia v psychomotorickom vývoji, VCC susp. – systolický šelest nad prekordiom. Ako prvá si neurologička všimla a popísala „plytké“ dýchanie. Prizvaný konziliárny kardiológ, ten istý, ktorý dieťa vyšetroval aj predtým, na základe kardiomegalie na rtg. stanovil diagnózu kardiomyopatie a poslal dieťa na hospitalizáciu do Detského kardiocentra v Bratislava.

Dňa 28.02.2008, teda na druhý deň po vyšetrení detským kardiológom v mieste bydliska, bolo dieťa prijaté na kardiologickú kliniku DKC. Pri prijatí bola konštatovaná pravostranná a ľavostranná kardiálna dekompenzácia, hypotrofia, hypotónia. Dieťa pri kŕmení muselo byť sondované, nevládalo piť. Echokardiografickým vyšetrením bol zistený veľký defekt predsieňového septa veľkosti 14 mm s veľkým L-P skratom. Predsieňové septum prítomné len v dolnom okraji - prakticky chýbalo, v podstate išlo o cor monoatriatum. Ľavá predsieň menšia, pravostranné oddiely srdca extrémne dilatované, ľavá komora menšia. Prítomná pulmonálna hypertenzia.

Detská pacientka v priebehu hospitalizácie na kardiologickej klinike intenzívne liečená na JIS oddelení - v liečbe: antibiotiká, O₂ terapia, digoxin, verospiron, tensiomin, pre výraznú

anémiu podaná transfúzia krvi. Po intenzívnej liečbe - po zlepšení kardiálnej dekompenzácie pacientka indikovaná na operáciu, ktorá sa realizovala dňa 14.03.2008. Počas operácie prevedená rekonštrukcia DPS pomocou perikardiálnej záplaty. V pooperačnom období sa nevyskytli komplikácie, detská pacientka dňa 27.03.2008 prepustená do domácej starostlivosti.

Hodnotenie skutočností zistených dohľadom:

- a) Detský kardiológ v júli 2007, teda v novorodeneckom veku nesprávne interpretoval echokardiologický nález, popísal predsieňové septum a diagnostikoval Foramen ovale apertum (*pri cor monoatriatum predsieňové septum vlastne chýba*).
- b) V decembri 2007 vo veku 6 mesiacov dieťaťa kardiológ nepopísal známky hypertrofie komôr a neurobil echokardiografické vyšetrenie, ktoré bolo v tomto období indikované na základe predchádzajúcej diagnózy FoA stanovenej v prvom mesiaci života dieťaťa.
- c) V januári a februári 2008 detský kardiológ nereprodukoval správne subjektívne ťažkosti udávané matkou dieťaťa (dieťa pri plači cyanotické – stav mylne vyhodnotil ako afektívny stav (údaj o neschopnosti dieťaťa papať, motorické zaostávanie, slabosť, hypotoniú, anémiu neprospievanie a potenie nedokázal rozpoznať, že ide o prejavy kardiálneho zlyhania dieťaťa. Okrem toho EKG opísal len povrchno a nepopísal už vtedy prítomné známky hypertrofie pravej komory (HPK).
- d) Pri vyšetrení dieťaťa vo veku 8 mesiacov života kardiológ konštatoval len prevahu pravej komory (*a nie skutočne prítomnú hypertrofiu pravej komory- nezamyslel sa nad tým, že v tomto období už by prevaha PK nemala byť prítomná*) a psychomotorické zaostávanie. Nesprávne hodnotil cyanózu pri plači, psychomotorickú zaostalosť, neanalyzoval ťažkosti udávané matkou a stav záveroval ako afektívne stavy. Nesledoval možný hemodynamický vývoj Foramen ovale apertum a nepokúsil sa najmä pri HPK zistiť diagnózu možného defektu predsieňového septa, v záujme čoho by mal realizovať echokardiografické vyšetrenie.
- e) Kardiológ pri vyšetrení v čase prijímania na hospitalizáciu (27.02.2008) nepopísal známky významného kardiálneho zlyhania (tachykardia 170/min, hepatosplenomegaliu, hypotrofiu, dyspnoe, hypotoniú), nepostrehol známky hypertrofie pravej komory, ktorá bola už významná. Sústredil sa len na popis Rtg., s uvedenou diagnózou kardiomegalie, čím stanovil diagnózu kardiomyopatie.
- f) Pri prijatí v DKC zistená ľavo aj pravostranná kardiálna dekompenzácia, veľký L-P skrat na úrovni predsiení, pri prakticky chýbajúcom interatriálnom septe, vyjadrené diagnózou Cor monoatriatum s pulmonálnou hypertenziou.

Zhrnutie a analýza úradu:

Defekt predsieňového septa, podľa veľkosti a poddajnosti ľavých a pravých oddielov srdca sa prejavuje svojou hemodynamikou ako ľavo-pravý skrat, čo znamená zvýšené prekrvenie pľúcneho riečiska a z neho rezultujúce následky, ako sú častejšie infekty dolných dýchacích ciest, neprospievanie, napr. i s následnou anémiou a napokon vznikom pľúcnej hypertenzie. Dôsledky ľavo-praveho skratu okrem anatomickej veľkosti defektu sú závislé aj od stavu pľúcneho riečišťa. Po narodení v rámci perzistencie pľúcnej cirkulácie sú tlaky v pľúcnej cirkulácii vyššie a teda poddajnosť pravého srdca je vyššia, čo neumožňuje ľavo-pravému prúdeniu cez defekt.

V období 3-6 mesiacov života dieťaťa klesá primárna pľúcna rezistencia, ktorá zníži poddajnosť pravostranných oddielov srdca a umožní plné uplatnenie sa L-P skratu cez defekt, veľkosť je už v tomto období podmienená len jeho anatomickou veľkosťou. V prípade, že ide o veľký defekt predsieňového septa eventuálne až jeho chýbanie, hemodynamické prejavy sa môžu prejavovať oveľa skôr a výraznejšie ako u bežného defektu predsieňového septa a môžu veľmi včas navodiť pľúcnu hypertenziu.

Popísaná situácia pravdepodobne nastala aj v tomto prípade. V skorom období po narodení sa príznaky ľavo-praveho skratu nemuseli vôbec klinicky prejavovať. V neskoršom období – tretí mesiac a neskôr - sa postupne následkom veľkého ľavo - pravého skratu, ktorý pri plači mohol byť občas i skratom pravo - ľavým, vyvíjala kardiálna dekompenzácia. Neskôr sa mohli objaviť známky zvýšeného prekrvenia pľúc, ktoré podmieňovali vznik infektov, a príznaky dyspnoe. Tento stav viedol k somatickému neprospievaniu a následnej anémii. Postupne sa

vyvíjali známky ľavostrannej a neskôr i pravostrannej dekompenzácie z vyvíjajúcej sa pľúcnej hypertenzie.

Popísaný hemodynamický vývoj sa u detskej pacientky prejavoval len malým šelestom, ktorý sa pri prvom vyšetrení mohol javiť ako šelest z pretrvávania intrauterinných skratov. Neskôr, keď matka udávala neprospievanie motorického vývoja, nepriberanie na váhe, neschopnosť normálneho prijímania potravy, poruchu pitia, čo v podstate bolo zadýchavanie a následné objavenie sa infektu dýchacích ciest spolu s anémiou, išlo už o prejavy ťažšej srdcovej chyby s ľavo-pravým skratom a následnou ľavostrannou dekompenzáciou. Občasná cianoza pri plači skôr prejavom pravo-ľavého skratu cez veľký defekt predsieňového septa, než prejavom afektívneho záchvatu.

Poučenie z prípadu:

Detský kardiológ musí poznať hemodynamický princíp a prirodzený priebeh vrodených srdcových chýb s ľavo-pravým skratom. Pri diagnóze foramen ovale v novorodeneckom veku musí počítať s tým, že sa môže jednať o predsieňový defekt, ktorý sa svojou hemodynamikou môže demaskovať v 3 až 6 mesiaci života. Musí takéhoto pacienta sledovať a cielene pátrať po príznakoch hypertrofie pravej komory a pacienta vyšetřovať i echokardiograficky. Je to dôležité aj preto, že auskultačný nález býva väčšinou pri defekte predsieňového septa nevýrazný. Okrem toho je pomerne ťažko predstaviteľné, že detský kardiológ našiel predsieňovú prepážku a v ňom dokonca Foramen ovale apertum, keď išlo o diagnózu cor monoatriatum, kde predsieňová prepážka vlastne chýbala.

V prípade uvedenej pacientky lekár nespoznal príznaky kardialnej dekompenzácie, nespoznal známky hypertrofie pravej komory, nesprávne interpretoval známky intermitentnej cianozy, neprospievania, motorickej retardácie. Neurobil Rtg. ani echokardiografické vyšetřenie pri opakovanej kontrole. Treba zdôrazniť, že nešlo len o „obyčajný“ defekt predsieňového septa, ale že išlo o Cor monoatriatum, ktorého ľavo pravý skrat bol výrazný, skoro sa demaskoval a skoro navodil pľúcnu hypertenziu a teda, že klinické príznaky museli byť prítomné aj po kontrolách u detského kardiológa.

Dohľadom bolo zistené:

Nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, nakoľko **kardiológ nevyužil všetky diagnostické možnosti k tomu, aby správne diagnostikoval vrodenú srdcovú chybu – t. j. pochybil pri stanovení diagnózy.**

Sankcie: Úrad uloží poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Ultrazvuk ako image

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Maloletá pacientka bola prvýkrát vyšetrená v gynekologickej ambulancii dňa 4.12. pre sekundárnu anémiu. V dokumentácii je uvedený negatívny gynekologický nález, USG vyšetrenie nebolo vykonané.

V dňoch 24.01. a 28.05. bola pacientka opakovane vyšetrená s negatívnym palpačným nálezom, **USG vyšetrenie neurobené.**

Dňa 11.12. bola maloletá vyšetrená pre 16 dní trvajúce krvácanie, palpačný nález bol opäť negatívny! **Dňa 12.12.** bol urobený krvný obraz s hodnotami **Hb 71 g/l a Htk 0,258**, čo svedčalo o **ťažkej anémii.**

Napriek závažnosti stavu **nebola pacientka okamžite odoslaná na hospitalizáciu**, ale bola **nevhodne** zahájená hormonálna kyretáž (Agofolin 0,2 ml+Agolutin 0,3ml i.m. v dvoch dňoch po sebe), ktorej súčasťou je pomerne silné krvácanie z hormonálneho spádu. **USG vyšetrenie ani vtedy neurobené!**

Dňa 22.12. hospitalizovaná na gynekologickom oddelení s hodnotami **Hb 50 g/l a Htk 0,19**, kde bolo potrebné okamžite podať tri transfúzie krvi. Pri prijatí na gynekologické oddelenie diagnostikovaný **tumor maternice**, ktorý zasahuje až **3-4 prsty pod pupok**. **USG vyšetrením potvrdený veľký tumor malej panvy**, následne potrebné **4. 1. vykonať supravaginálnu amputáciu maternice !!!**

(poznámka: Histologický záver – leiomyom v štádiu rozpadu)

Zhodnotenie úradom a záver:

Starostlivosť o **maloletú pacientku** v gynekologickej ambulancii **nedostatočná**. Z dôvodu **nesprávnych záverov palpačných vyšetrení** (o ich skutočnom vykonaní možno najmä pri posledných návštevách v ambulancii gynekologičky silne pochybovať) a **nevykonaného USG vyšetrenia** došlo k premeškaniu vhodnej doby na konzervatívnu, resp. mininvazívnu liečbu tumoru maternice.

Nie je možné, aby skúsený lekár nerozpoznal tumor takých rozmerov pri **skutočne vykonanom palpačnom vyšetrení** pacientky. Pri výraznej anémii pacientky **veľmi nevhodne zvolená liečebná metóda tzv. hormonálna kyretáž**, ktorú sprevádza silné krvácanie z maternice a ani po zistení ťažkej anémie pacientka **nebola odoslaná na okamžitú hospitalizáciu**.

Zarážajúce je, že ani raz nebolo vykonané USG vyšetrenie napriek tomu, že gynekológ mal USG prístroj hneď vedľa vyšetrovacieho stola !!!

Sankcie: Úrad uložil dohliadanému subjektu pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č.581/2004 Z. z. a nápravné opatrenie – povinnosť absolvovať školenie o USG diagnostike na školiacom pracovisku. Zároveň bolo podané trestné oznámenie.

Nesprávne vyhodnotenie záznamov CTG

Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení a epikritické zhrnutie:

27-ročná pacientka podľa zdravotnej dokumentácie sledovaná ako fyziologická gravidita u zmluvného gynekológa s predpokladaným termínom pôrodu 22.06.2007.

Dňa 28.06.2007 o 23.50, hod., t. j. 6 dní po termíne pôrodu, bola prijatá na gynekologicko - pôrodnické oddelenie so začínajúcou pôrodnou činnosťou. Stav plodu bol kontinuálne monitorovaný na kardiokotografie, kde na zázname už o 0,40 hod. nasledujúceho dňa sa objavila alterácia oziev srdca plodu s poklesom na 90 bpm pri zúžene undulatórnom, miestami až silentnom type CTG krivky. Tento typ krivky pretrváva na všetkých záznamoch.

Na záznamoch 29.06.2007 ráno približne od 8,30 hod. sú prítomné decelerácie včasného typu DIP I., (alterácie oziev plodu) prakticky pri každej kontrakcii, **typické pre pupočníkovú patológiu** a záznam signalizujúci hroziacu hypoxiu. **Tento záznam mal byť indikáciou pre rýchle ukončenie pôrodu cisárskym rezom pre hroziacu asfyxiu plodu in utero. Za daných okolností bolo potrebné práve v tomto momente vykonať sekciu. Za ďalší závažný nedostatok sa považuje skutočnosť, že CTG záznamy neboli správne a včas vyhodnotené vzhľadom na nástup závažne patologických zmien – typických pre pupočníkovú patológiu s poklesom frekvencie srdca plodu zo 140-150 bpm až na 60 bpm.**

Daný vývoj patológie na CTG zázname o 8,30 hod. (pravidelné, periodické decelerácie s poklesom srdcovej akcie na 60 bpm) svedčiaci o akútne hroziacom ťažkom hypoxickom poškodení plodu in utero mal byť jasnou indikáciou pre rýchle ukončenie pôrodu cisárskym rezom.

Pôrod nakoniec ukončený vákuumextrakciou hlavičky plodu až o 11,10 hod. Neonatológ stav novorodenca hodnotil so záverom: zrelý, ťažko asfyktický novorodenec - komatózny stav s areflexiou. Novorodenec prevezený na JIS novorodeneckej kliniky, kde dochádza k exitu dňa 31.07.2007.

Zhodnotenie úradom a záver:

Na základe uvedených skutočností úrad konštatuje, že zdravotná starostlivosť pacientke v súvislosti s pôrodom nebola poskytnutá v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, **pretože CTG záznamy svedčili najneskôr o 8,30 hod. o akútne hroziacom ťažkom hypoxickom ohrození plodu in utero a preto bolo potrebné indikovať rýchle ukončenie pôrodu cisárskym rezom.**

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu vrátane nápravného opatrenia (doškolenie lekárov vo vyhodnocovaní CTG záznamov) v zmysle § 50 odsek 2 zákona č. 581/2004 Z. z.

Nedodržané zásady štandardného diagnostického postupu

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

32-ročná pacientka bola vyšetrená v gynekologickej ambulancii PZS 26.3.2008 pre bolesť v prsníku.

Subjektívne udávala, že pred týždňom ju pri plaveckom výcviku kopol synček do horného laterálneho kvadrantu pravého prsníka a odvtedy pociťuje pichavú bolesť. Objektívne ľavý prsník voľný, vpravo v spomínanom kvadrante hmatná tuhšia rezistencia veľkosti 4 cm, pacientka **však udávala, že podobný prsník má už dlhšiu dobu.**

Lokálny nález hodnotený ako nešpecifikovaná benígna dysplázia prsníka, odporúčané **USG vyšetrenie prsníkov**, vykonané **26.3.2008**. Vyšetrením zistený nález: „Vpravo v HLQ na č.10 sa zobrazuje menej ostro ohraničené, nehomogénne ložisko veľkosti 2,5 x 2 cm. Bez iných patologických zmien, vľavo bpn. Axily bez zväčšenia LU. **Záver:** Posttraumatické (hemoragické?) ložisko vpravo. Dopor. USG kontrola o 6 týždňov.“

Pri kontrolnom **USG vyšetrení prsníkov 24.4.2008** zistené: „Nález podstatnejšie nezmenený, vpravo na č. 10 pretrváva nehomogénne neostro ohraničené hypoecholožisko 2,5 x 2 cm charakteru v.s. hematómu. **Záver:** Susp. posttraumatické ložisko bez progresie, dopor. ďalšiu kontrolu o 6 týždňov. BIRADS 2.“

Pre pretrvávajúce hmatnej rezistencie v pravom prsníku s palpačnou bolestivosťou opakovane vyšetrená **v gynekologickej ambulancii 24.4.2008**. Objektívnym vyšetrením zistený objemnejší, pohmatovo bolestivý pravý prsník, bez začervenania, s prítomným neostro ohraničeným, mierne citlivým ložiskom v hornom laterálnom kvadrante. Vzhľadom na výsledok objektívneho a USG vyšetrenia lokálny nález na pravom prsníku hodnotený ako **nešpecifikovaná benígna dysplázia prsníka** a pacientke odporúčaná kontrola po ďalšom kontrolnom USG vyšetrení prsníkov. Dňa **15.5.2008** pacientka ukončila dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v gynekologickej ambulancii pre nespokojnosť s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

V ďalšom období (17.6.2008) **vykonané USG vyšetrenie** prsníkov u iného poskytovateľa (FN), ktorým bol zistený hypoechogénny útvar veľkosti 2,2 x 1,5 cm, neostro ohraničený voči okoliu, dorzálne s asymetrickým akustickým tieňom a hyperechogénnym lemom v okolí. Následne vykonané mamografické vyšetrenie (23.6.2008) potvrdilo chorobný ložiskový proces s patologickými mikrokalcifikáciami vpravo so zhrubnutou kožou a počiatočnými známkami lymfostázy vpravo. **Nález** na pravom prsníku **hodnotený ako nádorová infiltrácia** a pacientke odporúčaná biopsia pravého prsníka a ďalšie riešenie cestou onkologickej ambulancie. **Histologický nález** core-cut biopsie pravého prsníka vykonanej 1.7.2008 **potvrdil duktálny invazívny karcinóm N.O.S grade 2 so stredným stupňom diferenciacie.**

V ďalšom období pacientka liečená v onkologickom ústave pre invazívny duktálny karcinóm II.B štádia (T3NXMO). Od 9.7.2008 do 9.9.2008 pacientke aplikované 4 cykly cytostatickej liečby a následne dňa 14.10.2008 vykonaná kvadrantektómia pravého prsníka.

Zhrnutie úradu:

Podľa **skupiny vykonávajúcej dohľad** bolo v gynekologickej ambulancii pri zistení hmatnej rezistencie v pravom prsníku správne odporúčané USG vyšetrenie. Vzhľadom na skutočnosť, že neexistuje statický ani dynamický záznam USG vyšetrenia prsníkov zo dňa 26.3.2008 ani 24.4.2008, nie je možné objektívne posúdiť správnosť hodnotenia uvedených USG nálezov. Pri USG vyšetrení dňa 26.3.2008 však chýba údaj o charaktere parenchýmu prsnej žľazy, echogenite patologického ložiska, jeho kompresibilitate, vzdialenosti od bradavky a jeho hĺbke, pomeroch dorzálne od ložiska a údaj o pravdepodobnej histologickej povahe lézie. Daný nález bol hodnotený ako poúrazové v.s. hemoragické ložisko, **pričom pacientka udávala hmatnú rezistenciu, ktorá bola USG vyšetovaná, už „dlhšiu dobu“** a kopnutie synčekom do prsníka len „týždeň pred USG vyšetrením“. Etiológia vzniku hmatnej

rezistencie nebola v príčinnej súvislosti s udávanou traumou. Pri USG kontrole, cca o 4 týždne neskôr (24.4.2008) je **údaj o podstatne nezmenenom náleze, avšak hematómy prsníka a prsnej žľazy sú charakteristické premenlivou echoštruktúrou v závislosti od etiológie vzniku a štádia vývoja.** Pri náleze pretrvávajúceho neostro ohraničeného hypoechogénneho ložiska, ktoré nemenilo svoju veľkosť a vyšetrujúcim lekárom bol stanovený suspektný diagnostický záver (čiže nález nebol jednoznačný), **sa malo uvažovať aj o inej etiológii** a pacientke **malo byť odporúčené mamografické vyšetrenie** prsníkov, aj vzhľadom na **pozitívnu rodinnú anamnézu** (sestra otca umrela na karcinóm prsníka). U pacientky neboli vyšetrenia prsníka realizované správne, nakoľko neboli dodržané zásady štandardného diagnostického postupu.

Záver:

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste a prešetrením zdravotnej dokumentácie úrad **zistil u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti porušenie §4 ods. (3) zákona č.576/2004 Z. z.**

V danom prípade dohliadaný subjekt nevykonal všetky zdravotné výkony, USG vyšetrenia neboli u pacientky vykonané štandardným spôsobom a správne a pacientke pri pretrvávajúcej hmatnej rezistencii v pravom prsníku pri nejednoznačnom diagnostickom závere pri opakovanom USG vyšetrení nebolo odporúčené mamografické vyšetrenie.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Nesprávne načasovanie a spôsob ukončenia tehotenstva

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

32-ročná pacientka v 31. týždni gravidity odoslaná ambulantným gynekológom 17.9.2007 o 7,45 hod. na okamžitú hospitalizáciu na gynekologické oddelenie pre pokročilý vaginálny nález pri polohe plodu panvovým koncom.

V rámci prenatalnej poradne zistený pozitívny Tripple test, diagnostikovaná toxoplazmóza, na USG suspektná vrodená vývojová chyba mozgu. Z gynekologického oddelenia v mieste bydliska vzhľadom na nález v ten istý deň indikovaný prevoz in utero do regionálneho perinatologického centra. Príprava plodu na predčasný pôrod zabezpečená podaním Dexony 24 mg i. m. na indukciu maturácie pľúc – 9,15 hod.

17.9.2007 o 11,15 hod. pacientka prijatá na kliniku gynekológie a pôrodnictva. Objektívny nález pri prijatí: vaginálne vyšetrenie - čípok spotrebovaný, hrubšia bránka na 3 cm, otvorená, vak blán hmatný, plodové vody stoja, nad vchodom hmatné malé čiastky plodu, kontrakcie neprítomné, nekrváca. Realizované SONO vyšetrenie - poloha KP II, akcia srdca a pohyby prítomné, placenta predná stena, zadná stena suspektná placenta sukcenturiata, RI (prietoky) v norme. Nariadený prísny kľudový režim a medikamentózna terapia za účelom udržania gravidity. V ďalších dňoch sa pacientka subjektívne cíti dobre, pohyby plodu prítomné.

8.10.2007 o 7,25 hod. tonizácie uteru, objektívny vaginálny nález – hrdlo spotrebované, bránka na 3 cm, tuhá, hmatný vak blán a cez neho drobné čiastky plodu pravdepodobne nožičky, veľká časť plodu nad panvovým vchodom balotuje. **9.10.2007** o 7,15 hod.- objektívne – uterus tonizuje, plodové vody stoja, ozvy plodu pravidelné, tapottement vpravo pozitívny. Odobratý moč na kultiváciu a citlivosť - negatívny, vyšetrenie moču chemicky a sediment – mierne zvýšené leukocyty, FW – 70/110. USG vyšetrenie obličiek **10.10.2007**: záver – mierna hydronephróza bilaterálne. Ordinované antibiotiká. Od **13.10.2007** hnačkovité stolice, výter z rekta na kultiváciu a citlivosť – pôdy ostali sterilné, subjektívne, pretrvávajú bolesti v pravej križovej oblasti. **18.10.2007 o 21,50 hod.** pacientka udáva bolesti brucha ako pri hnačke, službukonajúca lekárka ordinuje spazmolytikum i. m. O **22,10 hod.** vyšetrenie pacientky službukonajúcou lekárkou – bolesti po podaní spazmolytika ustúpili, plodová voda neodteká. **19.10.2007 o 1,10 hod.** pacientka udáva spontánny odtok plodovej vody o 1,00 hod., nekrváca, bolesti ojedinele, pohyby plodu cíti. O **1,20 hod.** bol privolaný lekár operačnej pohotovosti, palpačné vyšetrenie – hrdlo spotrebované, bránka zašlá, nožičky v pošve, plodová voda odteká, kontrakcie á 4 min., ozvy plodu pravidelné 146/min. Ordinovaná infúzia 10% glukózy + Oxytocin 5 j. O **1,50 hod.** palpačný nález progreduje, nožičky v panvovom východe, ozvy plodu 126/min. Ordinované pridať Oxytocin 5 j. do infúzie glukózy. O **2,20 hod.** – partus fetus medicatus secundum Covjanov. Ordinovaná infúzia 5% glukózy + Oxytocin 5 j.

V 35. týždni gravidity porodené dieťa ženského pohlavia, hmotnosť 2550 g, dĺžka 46 cm, asfyktické, nekričí, odovzdané do starostlivosti neonatológa. O **2,55 hod.** – placenta in situ, neodlúčená napriek medikácii (Oxytocin, M-ergometrin). O **3,00 hod.** v intravenóznej anestéze realizovaná manuálna lýza placenty, v oblasti fundu a pravej hrany uteru fixovaná – **placenta accreta**. USG vyšetrením potvrdená diagnóza vrastenej placenty. Následne dochádza k silnému krvácaniu, podaná koloidná náhrada plazmy. Pre neprestávajúce krvácanie, vyvíjajúci sa šokový stav a incipientný DIC indikovaná laparotómia. V priebehu laparotómie zistené masívne prerastanie placenty do steny maternice, **z vitálnej indikácie vykonaná hysterectomia supravaginalis s pravostrannou adnexektómiou**. Peroperačne a pooperačne podaných 11 transfúzií krvi. Pooperačný priebeh komplikovaný febriliami a vytvorením hematómu v paravaginálnej a gluteálnej oblasti vpravo. Nasadená 3-kombinácia antibiotík. **26.10.2007** v intravenóznej anestéze realizovaná incízia a evakuácia infikovaného hematómu v oblasti hrádze, drenáž.

Postupne sa stav pacientky stabilizuje. **7.11.2007** pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dieťa hospitalizované v perinatologickom centre od **19.10.2007 - 2,20 hod.** Predčasne narodený novorodenec je po narodení asfyktický, nekričí, hypotonický, ojedinele lapavé

dychy, bradykardia, Apgar skóre 3/6. Po základnom ošetrovaní dieťa prijaté na JIRS novorodeneckého oddelenia. Je zaintubované, umelá pľúcna ventilácia, nasadené antibiotiká, symptomatická a parenterálna terapia. Dieťa je od narodenia vo vážnom stave, oligúria až anúria, rozvoj celotelového edému. Postupne sa rozvíja multiorgánové zlyhanie. Pre asystóliu opakovane resuscitované, **20.10.2007 o 23,40 hod. konštatovaný exitus letalis.**

Zhodnotenie úradom a záver:

Uvedenými nedostatkami bolo porušené ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

- 1) **Nesprávne načasovanie a spôsob ukončenia tehotenstva** spočíva v tom, že **tehotenstvo nebolo včas ukončené cisárskym rezom**, napriek tomu, že sa jednalo o:
 - **riziková polohu plodu** koncom panvovým nožičkami
 - **nález suspektnej placenty** sukcenturiata (prídavná placenta)
 - **pokročilý vaginálny nález** (spotrebované hrdlo maternice, bránka otvorená na 3 cm, hmatné malé častky plodu), pri ktorom predlžovaním gravidity hrozí vysoké riziko infekcie nenarodeného plodu
 - nezrelosť plodu a zvýšenú zraniteľnosť orgánov a tkanív, najmä hlavičky, ktorá sa pri pôrode koncom panvovým rodí ako posledná časť plodu
 - nevyvinutý svalový tonus, ktorý je pri pôrode koncom panvovým nevyhnutný vzhľadom na zložitý pôrodný mechanizmus, kedy pri nedostatočnom tonuse rodiaceho sa plodu hrozia závažné komplikácie.
- 2) **Nebola vykonaná inštrumentálna revízia maternice** po manuálnej lýze placenty, ktorá bola jednoznačne indikovaná vzhľadom na podozrenie vrastenej placenty a prídavnej placenty.
- 3) **Nebola indikácia na operačné odstránenie pravého vaječníka**, keďže v zázname o invazívnom zákroku zo dňa 19.10.2007 a v histologickom náleze zo dňa 31.10.2007 nie je popísaný patologický nález indikujúci odstránenie pravého vaječníka.

Sankcie: Úrad uloží poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Neindikovanie urgentnej hospitalizácie pri subarachnoidálnom krvácaní

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

61- ročný pacient, viac rokov liečený pre M. hypertonicus II., chronickú ICHS, vertebrogénne ťažkosti C a TH chrbtice, chronickú bronchitídu pri nikotinizme, navštívil počas dňa zmluvnú lekárku pre intenzívne bolesti hlavy, chrbtice, nôh, sedacej časti a celkovú nevoľnosť.

Aj napriek proklamovanej nevoľnosti ho hneď lekárka nevyšetrila, preto odišiel domov. Pre pretrvávajúce ťažkosti navštívil lekárku na druhý deň (býval neďaleko). Lekárka zistila TK 150/95, askultačný nález v norme, bolesť oboch gluteálnych svalov, obmedzenie hybnosti LS chrbtice. Pacient nebol schopný dlhšej chôdze a preto po príchode domov telefonicky žiadal manželku o vyzdvihnutie predpísaných liekov z lekárne.

Na ďalší deň navštívil lekárku pre zvýraznenie bolesti chrbtice, podaný Veral inj., TK už nemerany. Nasledujúce ráno o 4,00 hod. pre intenzívne bolesti hlavy volaná manželkou ZZS a pacient bol prijatý na neurologickú kliniku, resp. po potvrdení subarachnoideálneho krvácania z aneurizmy a. comunicans post. na neurochirurgické pracovisko kde na 9. deň hospitalizácie exitoval po recidíve subarachnoideálneho krvácania.

Záver a zhrnutie úradu:

Príznaky udávané pacientom a popisované lekárkou svedčili pre meningeálny syndróm, presnejšie dolné meningeálne príznaky. Tieto príznaky sú typické pre subarachnoideálne krvácanie z aneurizmy v oblasti zadnej cerebrálnej artérie. Bolesť sa šíri z occipitálnej oblasti cez paravertebrálne svalstvo až do gluteov, obojstranne. Pri vertebrogénnom syndróme sa bolesť šíri prevažne jednostranne a pozdĺž koreňového dermatómu. Vznik týchto ťažkostí bol v jednoznačnej súvislosti s intenzívnou a progredujúcou bolesťou hlavy. Pri intenzívnej bolesti hlavy je vždy potrebné myslieť o. i. aj na subarachnoideálne krvácanie.

Lekárka nesprávne vyhodnotila príznaky ochorenia a následne nevykonala správny diferenciálny diagnostický a liečebný postup ani na potvrdenie, vyvrátenie ňou stanovenej diagnózy.

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste úrad zistil u dohliadaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri jej poskytovaní pacientovi porušenie § 4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti finančnú sankciu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. Poskytovateľ sa zaviazal prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov spočívajúce v absolvovaní odborného seminára zameraného na príznaky, diagnostiku a terapiu CMP a manažment pacientov s týmito ochoreniami.

Nesprávne vyhodnotenie RTG snímky lebky

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

26 - ročný pacient dňa 29.9.2007 o 2,28 hodine privezený RZP na chirurgickú ambulanciu centrálného prijímacieho oddelenia, po zrazení osobným autom na prechode pre chodcov.

Subjektívne sa pacient sťažoval na bolesti v temporálnej oblasti hlavy, na okolnosti úrazu mal amnéziu a po príchode na vyšetrenie zvracal. Po vyšetrení službukonajúcim lekárom a zhodnotení RTG vyšetrenia lebky s negatívnym nálezom, stav pacienta uzavretý ako commotio cerebri, lekárom doporučené neurologické vyšetrenie a hospitalizácia na ortopedicko – traumatologickom oddelení. Konziliárnym neurológom stav pacienta na základe neurologického vyšetrenia a negatívneho RTG nálezu lebky hodnotený ako commotio cerebri s doporučením observácie a kontroly neurológom pred prepustením z hospitalizácie.

RTG snímka lebky u pacienta realizovaná v dvoch projekciách – AP a bočnej projekcii. Na AP projekcii nález bez prítomnosti zjavných traumatických zmien, na bočnej projekcii sa okcipitálne zobrazovala šikmo prebiehajúca línia prejasnenia – obraz fisúry. Tento nález si vyžadoval urgentné CT vyšetrenie hlavy na potvrdenie, event. vylúčenie prítomnosti intrakraniálneho krvácania. **Službukonajúcim lekárom nebola RTG snímka lebky v bočnej projekcii hodnotená správne.**

Bezprostredne po vyšetrení na CPO pacient prijatý na ortopedicko - traumatologické oddelenie, s dg. commotio cerebri. Objektívne pri prijatí pacient pri vedomí, orientovaný, v ebriete, eupnoický, afebrilný, hlava poklopovo bolestivá v temporálnej oblasti vpravo, kde bol popísaný opuch, sufúzia. Lekárom doporučené sledovať TK, P každú hodinu, sledovať vitálne funkcie (bližšie nezadeinované) a zmeny hlásiť. Pacientovi zdravotnou sestrou sledovaný TK a P každú hodinu, TK v rozmedzí od 140/90 do 160/90 Torr a P od 56 do 78/min. O 3,30 hod zdravotnou sestrou zapísané výsledky laboratórnych vyšetrení: krvného obrazu, glukózy, ionogramu, kreatinínu, bilirubínu a hepatálnych testov.

Zdravotná sestra pri prijíme pacienta zdokumentovala, že bol čiastočne orientovaný, čo pripísala ebriete. Ďalšie záznamy o stave vedomia nie sú v dokumentácii zaznamenané, až ráno o 6,10 hod., keď už bol pacient v bezvedomí.

Podľa zápisu v zdravotnej dokumentácii pacient o 6,10 hod. zvracal, nekomunikoval, volaný lekár. O 6,20 hod. vyšetrený lekárom, ktorý konštatoval bezvedomie, pacient na bolestivé podnety reagoval, ordinované neurologické vyšetrenie s nálezom soporu, na akútnom CT vyšetrení mozgu realizovanom o 7,00 hod. u pacienta nález rozsiahleho epidurálneho hematómu vpravo v rozsahu takmer celej sagitálnej roviny, výraznej dislokácie stredočiarových štruktúr doľava a kompresie komorového systému, viacnásobnej fraktúry os temporale l. dx. Urgentným operačným výkonom robená osteoplastická kraniotómia temporo-parietálne vpravo, evakuácia rozsiahleho epidurálneho hematómu s následnou hemostázou. Následne pacient preložený na OAIM a po stabilizácii stavu na neurochirurgické pracovisko.

Záver:

Službukonajúcim lekárom **nebola RTG snímka lebky v bočnej projekcii hodnotená správne.** Na bočnej projekcii sa okcipitálne zobrazovala šikmo prebiehajúca línia prejasnenia – obraz fisúry. Tento **nález si vyžadoval doplňujúci snímok alebo ešte vhodnejšie CT vyšetrenie lebky a mozgu na potvrdenie, event. vylúčenie prítomnosti intrakraniálneho krvácania.** Postup konziliárneho neurológa v rámci neurologickej konzultácie štandardný a v tom čase zodpovedajúci zdravotnému stavu pacienta, vzhľadom k zisteným subjektívnym údajom a objektívnym nálezom.

Analyzovaná ošetrovateľská dokumentácia nespĺňala zákonom stanovené požiadavky ani formálne ani obsahovo, obsahová stránka ošetrovateľskej dokumentácie hovorila o tom, že úroveň, rozsah a kvalita starostlivosti nebola v súlade s potrebami pacienta, ktoré vyplývali z jeho zdravotného stavu.

Ošetrovateľská dokumentácia mala u pacienta obsahovať, minimálne okrem údajov TK a P, údaje o telesnej teplote, dýchaní, stave vedomia, činnosti zreníc, orientácii v čase, mieste, osobe, údaje o bolesti hlavy, závratoch, zvracaní, nevoľnosti. Záznam chýba minimálne v období do 3,30 hod do 6,10 hod.

Zhrnutie úradu:

Úrad dohľadom na mieste u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukázal, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3, a zdravotná dokumentácia nebola poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vedená v súlade s ust. § 19 až 21 zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a na ich základe vydaným odborným usmernením MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie publikovaným vo vestníku MZ SR dňa 4. júla 2005.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu a nápravné opatrenie v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Neindikovanie urgentného CT vyšetrenia mozgu

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

U 68 - ročného pacienta počas pohrebu príbuzného pozorovaný náhly vznik celkovej slabosti, cefaley, prechodná porucha zraku. Privolaná ZZS o 13,40 hod. zistila TK 220/110, podaný Tenziomín tbl. á 25 mg a inj. MgSO₄ 10%, ponechaný doma.

Pacienta doma začala úporne bolieť hlava, nikdy predtým bolesti hlavy nemával, začal byť svetloplachý. Bol privolaný zmluvný všeobecný lekár, ktorý zistil TK 200/100 a preto odoslal pacienta k hospitalizácii do nemocnice.

Pri prijatí na interné odd. o 19,52 hod. zistený TK 180/110, P. 120 min., na EKG objektivizovaná fibrilácia predsieni (ďalej „FA“) striedajúca sínusový rytmus (ďalej „SR“). Po vykonaní základných odberov začatá antikoagulačná liečba a liečba vysokého TK. Stanovená dg. paroxysmus FA s rýchlou komorovou odpoveďou (prvý krát), Arteriálna hypertenzia III.št.(WHO).

Ráno druhého dňa o 7,00 hod. pacient nájdený na toalete v bezvedomí, TK 220/110, F 120 min. Privolaný neurológ o 7,45 hod. konštatoval komatózny stav, GCS 3b, kvadruplégiu s neprítomnými kmeňovými reflexami. Uvažované o CMP kardioembolickej etiológie a až vtedy ordinované CT vyšetrenie mozgu. CT vyšetrenie preukázalo rozsiahle haemorhagické ložisko vľavo T-P-O, zasahujúce od kôrových do hlbokých štruktúr mozgu. Konzultácia neurochirurga a preklad na neurologické oddelenie už nepriaznivú prognózu pacienta nemohla zvrátiť a po ďalších 48 hod. pacient exitoval.

Záver a zhrnutie úradu:

Náhla a intenzívna bolesť hlavy po prvý krát v živote spojená so svetloplachosťou a prechodenou stratou zraku je takmer učebnicovým príkladom anamnézy, kedy je potrebné myslieť v prvom rade na náhlu cievnu mozgovú príhodu (intracerebrálne alebo subarachnoideálne krvácanie). Na túto možnosť poukazoval aj nález vysokého krvného tlaku a poruchy srdcového rytmu, ktoré bývajú veľmi častým sprievodným príznakom najmä subarachnoideálnych krvácaní. Personál napriek jasným indiciám na možnosť NCMP nemyslel, preto sa ani nerealizovalo CT vyšetrenie mozgu, ktoré by správnu diagnózu intracerebrálnej haemorhágie potvrdilo. Závažný je údaj o aplikácii antikoagulačnej liečby. Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste úrad zistil u dohliadaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri jej poskytovaní pacientovi porušenie § 4 ods.3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. vrátane nápravného opatrenia - povinnosť zorganizovať odborný seminár zameraný na príznaky, diagnostiku, terapiu a manažment pacientov s cievnu mozgovou príhodou.

Zlyhanie ľudského faktora

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Maloletá pacientka bola vyšetrená v nemocničnej pohotovostnej ambulancii o 03,26 hod. Na vyšetrenie prišla v sprievode otca, ktorý udával u dieťaťa "... zvracanie po požití klobásky a prítomnosť „hlíst“ vo zvratkoch".

Podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii dieťa počas vyšetrenia kričí a správa sa negativisticky, preto podaný intramuskulárne Diazepam v dávke 0,5 ml. Následne dieťa **vyšetrené posluchom** – fyziologický nález na pľúcach a srdci, nekašle nesoplí. Brucho **vyšetrené palpačne** – voľne priehmatné bez známok peritoneálneho dráždenia. Ústna dutina **vyšetrená lopatkou** – sliznice čisté bez zápalových prejavov a primerane vlhké, dieťa nemá neuzu a ani pri vyšetrení nezvracia. **Vyšetrenie pohyblivosti šije** – bez meningeálneho dráždenia.

Po vyšetrení rodičovi odovzdaný záznam z vyšetrenia s odporúčením kontroly a predpisu liekov na Ascaridózu u obvodnej detskej lekárky.

Podľa udania rodičov:

„ ... po príchode domov dcéra zaspala, ale neskôr sa jej stav zhoršil, preto chceli ísť opäť k lekárovi, ale už bolo neskoro, lebo **o 08,24 zomrela**“.

Rodičia podali podnet na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti v pohotovostnej ambulancii.

Záver úradu:

U dieťaťa bola vykonaná **súdna pitva**, ktorá stanovila bezprostrednú príčinu smrti: **Zlyhanie mozgovej, srdcovocievnej a dýchacej činnosti po požití látky s vysokým obsahom acetónu !!!**

Následne bol prípad odovzdaný orgánom činným v trestnom konaní.

Zámena strany, pri plánovanej operácii postihnutého ramena

Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení a epikritické zhrnutie:

58-ročný pacient prijatý na oddelenie úrazovej chirurgie a ortopédie 16.01.2007 po repozícii luxácie ľavého ramena a diagnostikovanej luxácii AAC (Luxatio articuli acromioclavicularis l. sin. inveterata Tossy III.).

Vzhľadom na rtg nález a klinický nález bolo rozhodnuté vykonať operačnú krvavú revíziu a následne rekonštrukciu akromioklavikulárneho skĺbenia vľavo štandardným spôsobom serklážou a transfixáciou.

Napriek operačnému výkonu, ktorý bol realizovaný dňa 18.01.2007, nedošlo k zlepšeniu jeho zdravotného stavu, naopak došlo k postupnému zhoršeniu ťažkostí pacienta, čo vyžadovalo následné odstránenie osteosyntetického materiálu v celkovej anestézii pri druhej hospitalizácii dňa 19.04.2007.

Do tohto obdobia bol spôsob liečby štandardný pre poranenia v oblasti ramenného kĺbu a to v mieste skĺbenia kľúčnej kosti a lopatky v AC kĺbe vľavo.

V dôsledku pretrvávajúcich ťažkostí bol pacient dňa 15.11.2007 prijatý na reoperáciu s diagnózou, ako stav po akromioklavikulárnej luxácii a osteosyntéze **ľavého ramena**, tomu zodpovedá aj operačný program napísaný dňa 15.11.2007 na operačný deň 16.11.2007, kde je uvedená diagnóza: stav po luxácii v AC kĺbe vľavo s plánovanou resekciiu koncovej časti kľúčnej kosti a kĺbu.

V uvedenom chorobopise sa však vyskytujú aj záznamy, kde je uvedená **artróza pravého AC kĺbu**. Resekčné operácie s odstránením laterálnej časti kľúčnej kosti typu Weaver-Dunn, sú v odbornej literatúre štandardným odporúčaným operačným postupom s dobrými dlhodobými výsledkami.

Zo zdravotnej dokumentácie však vyplýva, že dňa 16.11.2007 bola vykonaná operácia, resekciiu koncovej časti kľúčnej kosti **pravého ramena** bez relevantných dôkazových materiálov, že táto operácia bola plánovaná na pravom ramene.

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu zistil **porušenie § 4 ods.3 zákona č.576/2004 Z. z. a zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ustanoveniami § 19 a § 21 zákona č.576/2004 Z. z..**

K porušenia zákonného ustanovenia došlo nasledovným konaním:

- Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi došlo **k pochybeniu a stranej zámene pri plánovanej operácii chronickým procesom postihnutého ľavého ramena** pracovníkmi oddelenia úrazovej chirurgie a ortopédie, vrátane primára.

- Dňa 16.11.2007 bola vykonaná operácia, resekciiu koncovej časti kľúčnej kosti **pravého ramena** bez relevantných dôkazových materiálov, že táto operácia bola plánovaná na pravom ramene.

- Zdravotná dokumentácia nie je vedená správne, nie je žiaden písomný záznam o plánovanom operačnom výkone, o jeho zdôvodnení, význame, účele, povahe operácie a prípadných následkoch. Pri poslednej hospitalizácii pacienta sú rozpory v stranovom určení diagnóz a nejasnosti pri samotnom plánovaní reoperácie ramenného kĺbu, ktoré sa rozchádzajú.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu a nápravné opatrenie v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) a odseku 6 zákona č. 581/2004 Z. z.

Poznámka - Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uviedol, že prijal nasledovné opatrenia:

- na operačných odboroch (úrazová chirurgia a ortopédia, chirurgia, urológia) operatér vždy viditeľne označí operovanú stranu zmývatelnou fixkou
- pred každým operačným zákrokom operatér ešte raz vykoná kontrolu zdravotnej dokumentácie a pacienta.

Teplo, teplo, teplejšie...

Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie:

Pacientka **spadla dňa 23. augusta** doma na ľavý bok. Rodina ju priviezla na chirurgickú pohotovosť v nemocnici, kde jej bolo urobené **RTG vyšetrenie ľavého členka a predkolenia** a po naložení škrobového obväzu na ľavý členok bola prepustená do domáceho ošetrovania s **Dg. Distorsio ATC l.sin., Calcar calcanei, Contusio femoris l.sin.** Kontrola bola pacientke doporučená o tri dni.

Dňa 27. augusta pri kontrole stavu v súkromnej chirurgickej ambulancii jej bolo vykonané **RTG vyšetrenie ľavého kolena** so záverom bez zreteľných traumatických zmien. Pacientke odporučené **analgetiká a ortéza** na spevnenie kolenného kĺbu, so stanovením kontroly podľa potreby odoslaná domov.

Vzhľadom na **pretrvávajúce bolesti a nezlepšujúcu sa hybnosť** pacientka žiadala dňa **11. septembra** hospitalizáciu na LDCH, umiestnená až po schválení hospitalizácie poisťovňou **28. septembra**. Počas hospitalizácie na oddelení LDCH sa jej **stav nezlepšoval**, preto si vybavila hospitalizáciu na ortopedickom oddelení vyššieho pracoviska, o čom informovala **11. októbra** primárku LDCH. Nasledujúci deň odoslaná na **RTG vyšetrenie ľavej stehennej kosti**, kde sa zistila **inveterovaná trieštivá zlomenina v oblasti trochanterického masívu ľavej stehennej kosti s dislokáciou úlomkov**. V ten istý deň preložená na oddelenie chirurgie, kde jej **pre skrátenie končatiny naložili extenziu**.

Pacientka kvôli strate dôvery **nesúhlasila** s operáciou v pôvodnej nemocnici a **15. októbra** na vlastnú žiadosť preložená do vyššej nemocnice.

Po prijatí na vyššie pracovisko po príprave **operovaná 19. októbra, 1. novembra** preložená na rehabilitačné oddelenie tejto nemocnice a odtiaľ **9. novembra** prepustená do domáceho liečenia **so skrátením ľavej DK o 4 cm**.

Zhodnotenie úradom a záver :

Pacientka pri návšteve chirurgickej pohotovostnej ambulancie v nemocnici **nebola vyšetrená dostatočne a správne**. Službukonajúci lekár **nezistil závažnú trieštivú zlomeninu** proximálneho konca ľavého femuru.

Túto zlomeninu **nezistil** ani súkromný lekár pri kontrole o 4 dni.

Nasledovala **nesprávna terapia** a zlomenina bola diagnostikovaná **až 7 týždňov !!!** po úraze. Následok - zbytočné utrpenie pacientky a v dôsledku oneskorenej operačnej liečby aj predĺžené hojenie zlomeniny s následným **skrátením ľavej dolnej končatiny o 4cm**.

Sankcie: Úrad uložil obidvom dohliadaným subjektom pokuty v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č.581/2004 Z. z.

Pre záchranu semenníka dôležitá rýchla diagnostika

Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie:

Na pôrodnickom oddelení NsP sa (8.10.2007) narodil stredne ťažko asfyktický novorodenec mužského pohlavia, následne adekvátne ošetrovaný na novorodeneckom oddelení. Na 7. deň života (14.10.2007), pri rannej vizite zistený opuch pravej polovice skróta s hmatnou rezistenciou.

V ten istý deň vykonané chirurgické vyšetrenie so záverom: „opuch skróta — hematóm, vľavo testis hmatné, vpravo hmatný v mieste testis tuhý útvar veľkosti 2x3 cm, bolestivý.“ Vykonané odporúčané sonografické vyšetrenie so záverom: „vpravo v skróte hematóm a edém oddeľujúci jednotlivé listy tuniky, testis v skróte bez patologických zmien. Hematóm a edém skróta, testis bilat. v norme.

Dňa 16.10.2007 pacient prepustený v dobrom stave domov, toho istého dňa vyšetrený obvodným pediatrom, ktorý odoslal dieťa na urologické vyšetrenie.

Urológ dňa 18.10.2007 vyšetřil pacienta a pre podozrenie z torkvácie semenníka ho odoslal ihneď do DFN. Pri sonografickom vyšetrení zistený zväčšený pravý semenník so zmenenou echogenitou, centrálné prítomný ostrovček anechogenity, pri použití Dopplerovho signálu prekrvenie minimálne, iba na periférii v obaloch, tiež zhrubnuté. Ľavé testis normálnej echogenity a veľkosti, okolo neho anechogénny lem tekutiny.

Záver: ultrasonografický obraz svedčil pre torkváciu pravého testis s ostrovčekom v. s. nekrózy. Vľavo malá reaktívna hydrokéla testis. V ten istý deň vykonaná operačná revízia hemiskróta vpravo, urobená ablácia funiculi spermatici et residui testis dx. V dokumentácii nie je priložené histologické vyšetrenie odstráneného tkaniva.

Ďalšiu operáciu 22.02.2008, vykonaná plastika hydrokély a fixácia ľavého solitárneho semenníka.

Zhrnutie úradu a záver:

- porušenie § 4, ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.
- zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ustanoveniami § 21 zákona č. 576/2004 Z. z.

K porušeniu zákonných ustanovení došlo nasledovným konaním:

- Začervenanie a náhle vzniknutý opuch skróta má byť podnetom na urgentné urologické alebo chirurgické vyšetrenie, ako stav nazývaný v odbornej literatúre **akútne skrótum**.
- Klinický priebeh u pacienta svedčil od prvého vyšetrenia s nálezom opuchu a hmatnej rezistencie v pravej polovici skróta pre **akútnu intraskrotálnu príhodu**. Pri akútnych ochoreniach skróta ide takmer vždy o torziu semenníka a pre záchranu semenníka je mimoriadne dôležitá rýchla diagnostika a adekvátna urgentná liečba. Tento postup u pacienta nebol dodržaný a správna diagnóza a liečba vykonaná až na vyššom pracovisku so 4-dňovým oneskorením, kedy vzhľadom na neskorú diagnózu bolo možné vykonať iba orchiektómiu. **Vyšetrenie urológom pri prvých príznakoch akútneho skróta mohlo predísť strate semenníka.**
- Ak konziliárny lekár navrhne doplňujúce vyšetrenie (napr. chirurg USG vyšetrenie) má na základe výsledku tohto vyšetrenia urobiť diagnostický záver a navrhnúť ďalší postup.
- Zdravotná dokumentácia je vedená nečitateľne a neumožňuje jednoznačne posúdiť originálne zápisy.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdrav. starostlivosti pokutu a nápravné opatrenia v zmysle § 50 ods. 2, písm. a) a odseku 6 zákona č. 581/2004 Z. z.

Nepodceňujte anamnestické údaje od pacienta!

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia:

45-ročný pacient navštívil neštátnu očnú ambulanciu v mieste bydliska. Sťažoval sa, že sa mu v zornom poli pravého oka objavil sivý fl'ak a začal sa mu zhoršovať zrak. Neštátna očná lekárka vyšetřila vizus, IOT a očné pozadie. Zistila opacity sklovca oboch očí a ordinovala očné kvapky (jodid draselný).

Pacient o 3 týždne po prvom vyšetrení znovu vyhľadal neštátnu očnú ambulanciu, udával zhoršenie stavu napriek užívaniu odporúčenej liečby. Pri tejto návšteve ambulancie nebol vyšetřený, napriek tomu, že informoval lekárku o zväčšovaní sivého fl'aku v zornom poli pravého oka. Očná lekárka prepísala pacientovi silnejšie okuliare, odporučila pokračovať v doterajšej liečbe a nepoukázala ho na vyšetrenie na vyššie odborné pracovisko.

Po ďalšom zhoršovaní stavu pacient vyhľadal o 12 dní inú neštátnu očnú ambulanciu, sťažoval sa na výpadok polovice zorného poľa na pravom oku. Očné vyšetrenie preukázalo **odlúpenie takmer polovice sietnice**. Vyšetřujúca lekárka bezodkladne poukázala pacienta na príslušnú očnú kliniku v Bratislave, kde bol v nasledujúcom období opakovane operovaný, zatiaľ bez uspokojivého efektu. Došlo k opätovnému odlúpeniu sietnice, prognóza guoad sanationem je dubiózna. Zdravotný stav vyžaduje trvalú starostlivosť oftalmológa, jeho zraková ostrosť zostane trvale výrazne znížená.

Zhrnutie úradu a záver:

Výkonom dohľadu úrad zistil, že postup neštátnej očnej lekárky nebol správny. Neboli vykonané potrebné vyšetrenia na správne určenie diagnózy. Vzhľadom na subjektívne ťažkosti pacienta jednoznačne malo byť indikované **vyšetrenie panfundoskopom a vyšetrenie zorného poľa perimetrom**. Ak by ani tieto vyšetrenia neboli objasnili príčinu ťažkostí pacienta, malo byť indikované sonografické vyšetrenie oka. Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne, v zázname neboli uvedené žiadne subjektívne ťažkosti pacienta, nebolo uvedené žiadne odporúčanie pre pacienta, napr. dátum kontrolného vyšetrenia, postup pri nezlepšení stavu a pod.

Pacientovi v dohliadanej neštátnej očnej ambulancii nebola poskytovaná zdravotná starostlivosť správne, neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby. Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z.z.

Sankcie: Úrad uloží poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z.

Mechanizmus úrazu rozhodujúci pre úvahu lekára

Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení, epikritické zhrnutie:

65-ročný pacient hospitalizovaný na paliatívnom oddelení NsP od 27. 06. 2008 pre pokročilé štádium histologicky verifikovaného dlaždicovobunkového karcinómu slinných žliaz s početnými metastázami do pľúc a lymfatických uzlín na pravej strane krku.

U pacienta dominovala kachexia, nespavosť, dyspnoe a chronická bolesť. Pre stavy zmätenosti 29. 06. 2008 vyšetrený psychiatrom, ordinovaná liečba so zvýšeným dohľadom. Dňa 01. 07. 2008 okolo 16,20 hod. sa pacient pokúsil opustiť priestory oddelenia cez okno svojej izby, spadol z výšky 1. poschodia na trávnatý porast. Pacient okamžite prevezený na chirurgickú ambulanciu, v objektívnom náleze sa uvádza: „pacient plne pri vedomí, orientovaný, poloha aktívna, postoj a chôdza s titubáciami, GCS 14, neurologicky orientačne v norme, krk – súmerný, šija neoponuje, hrudník – súmerný, dýchanie čisté, vezikulárne, akcia srdca pravidelná, oderka v oblasti skapuly a hrudníka vpravo, brucho – priehmatné, nebolestivé, bez príznakov peritoneálneho dráždenia, DK bez opuchov, bez trofických zmien, lýtka voľné. Vykonané rtg lebky a krčnej chrbtice bpn. Diagnostický záver: Contusio frontis l. sin. V odporučení kľud, šokový záznam, zmeny hlásiť, KO, moč. sediment a **rtg hrudníka** doplniť podľa potreby“.

Dňa 02.07.2008 o 03,30 hod. došlo k náhlemu zlyhaniu vitálnych funkcií a pacient o 03,40 hod. exitoval. V diagnostickom závere okrem základných diagnóz, pre ktoré bol pacient hospitalizovaný, uvedené aj: stav po páde s kontúziou hlavy frontálne a nemožno vylúčiť intrakraniálnu hemoragiu.

V **pitevnom protokole** sa ako základná príčina smrti uvádza traumaticko hemoragický šok v dôsledku **zlomenín rebier, poškodenia výstelky dutiny hrudnej a vykrvácania do dutiny hrudnej z poškodených interkostálnych ciev.**

Zhodnotenie úradom a záver:

Zhodnotenia stavu vyplýva, že pacientovi síce bola poskytnutá zdravotná starostlivosť bezprostredne po úraze a bol okamžite vyšetrený chirurgom. Ten sa však vo svojom vyšetrení diferenciálne diagnosticky zameril len na pomliaždenie čelovej oblasti. Vykonané rtg. vyšetrenia len lebky a krčnej chrbtice, pričom sa nereagovalo na prítomné a popísané oderky v oblasti lopatky a hrudníka. Tu bolo potrebné vyšetrenia v rámci **diferenciálnej diagnostiky doplniť o rtg. hrudníka**, kde by boli vidieť prítomné zlomeniny V.- X. rebra vpravo a počínajúci výpotok v hrudnej dutine, ktorý podľa pitevnej správy bol viac ako 2000 ml. Včasným vyšetrením by sa zistila správna diagnóza a poskytovateľ by mohol správne realizovať ďalšie vyšetrenia a následný postup primerane k prognóze zdravotného stavu pacienta (v terminálnom štádiu onkologického ochorenia).

Úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť u poskytovateľa NsP, **nebola poskytnutá správne.** Zo strany dohliadaného subjektu **došlo k porušeniu § 4 ods. 3. zákona č.576/2004 Z. z.**

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 zákona č. 581/2004 Z. z.

Dehydratovaný pacient počas hospitalizácie

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení, vrátane epikritického zhrnutia:

77-ročný pacient prijatý na onkologické oddelenie 13.5.2008 na ožiarenie karcinómu pravej ušnice. Pacient s ICHS, hypertenziou, pokročilou Parkinsonovou chorobou.

Pri prijatí je zapísané v zdravotnej dokumentácii (anamnéza od manželky), že pacient nerozpráva, ukazuje rukou, zabieha mu pri jedení, močí do plienok, na WC zájde len s pomocou vozíka. Hnačky nemá, skôr obstipáciu, naje sa dobre. Vzhľadom na ťažkú dysartriu a tremor je s pacientom výrazne sťažená spolupráca. Pije dosť, ale treba ponúkať. Imobilný, odkázaný len na pomoc.

Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii pacienta :

13.5.2008 ordinované „CRP + odbery komplet“, ponúkať tekutiny, rozpis liekov per os.

14.5.2008 subjektívne – komunikácia sťažená, z nočnej služby hlásené krvácanie za ušnicou. Objektívne: afebrilný, KP komp., eupnoe, stravu toleruje, lokálne pri vyšetrení retroaurikulárneho regia hemoragia, lok. aplikovaný Gelaspon, ľadový obklad, tlakový obvaz, hemostiptiká, RT (rádiotherapia) v pláne, zatiaľ pokračovať v liečbe.

15.5.2008 subjektívne: t.č. spí, údaj od sestier: stravu zje, v noci spal kľudne. Objektívne : afebrilný, eupnoe, somnolentný, KP komp., tlakový obvaz ponechaný, nepresahuje, v pláne RT podľa rozhodnutia. O 13,00 hod. zavedený PK č.18, pri zavádzaní mierny odpor uretry na začiatku, ďalej bez komplikácii. O 15,00 hod. podaný glyc . supp. do rekta. Zahájená paliatívna RT, na tumor pod ušnicou.

16.5.2008 subjektívne – u pacienta komunikácia žiadna, pre neurologickú dg., krvácanie za ušnicou prestalo, nedokáže sa sám napiť ani najesť, preto malý príjem tekutín, aj jedla. Dnes ráno výstup TT do 39st.C, t.č. kľudné dýchanie, včera zavedený PK, od včera do rána len minimálne množstvo moču prítomné v PK, cca do 60 ml. Objektívne: dyspnoe, somnolentný, bez prítomnosti výtoku za ušnicou, auskultačne – dif. vlhké fenomény, krepitus baz. Susp. rozvoj kardiálnej dekomp. + bronchopneumónie. Doplnené interné konzílium a rtg hrudníka. Potvrdená bronchopneumónia. **Interné konzílium**: „pacient sa počas hospitalizácie zdehydratoval, príjem per os nulový, infúzna liečba žiadna, dnes nemočil, podaný Furosemid. Vyvinula sa hypovolémia s oligúriou pri dehydratácii.

Preklad na internú kliniku!

Z biochemických výsledkov: Kreatinín **14.5.2008** o 7,55 – 72.0 umol/l. dňa **16.5.2008** o 9,49 kreatinín- 304.0 umol/l.

Po intenzívnej parenterálnej hydratácii na internej klinike dochádza k úprave renálnych parametrov. V priebehu hospitalizácie (od 16.5.2008) bol pacientovi zavedený PEG na efektívnu výživu. Stav pacienta sa však skomplikoval rozvojom paralytického ilea pri základnom ochorení M. Parkinson, aj napriek liečbe pacient **3.6.2008** exitoval.

Podávanie tekutín, kŕmenie pacienta bolo na onkologickom oddelení zaznamenávané, ale bez údajov **kedy, koľko, aké množstvo pacient zjedol, vypil**. Príjem a výdaj tekutín sledovaný nebol.

Zhodnotenie úradom, záver:

Zo záznamov v zdravotnej dokumentácii vyplýva, že išlo o imobilného pacienta s Parkinsonovou chorobou, s nádorovým ochorením ušnice, ktorý zle artikuluje, skoro nekomunikuje, pri kŕmení mu zabieha. **Pacient úplne odkázaný na komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť pri základných ošetrovateľských diagnózach** (K100-narušená verbálna komunikácia, V- 126-porucha prehĺtania, A-131- riziko aspirácie pri jedení, V107 – inkontinencia moča, V 138-riziko zníženého príjmu - keď ide o ležiaceho pacienta s Parkinsonovou chorobou, S104-nesebestačnosť pri jedení aj pití), **ktoré v ošetrovateľskej dokumentácii chýbali**. Neboli dostatočne zhodnotené deficity potrieb u pacienta a aktuálne nebol vyhodnocovaný jeho zdravotný stav z ošetrovateľského hľadiska.

Bilancia tekutín nebola sledovaná, ani príjem potravy. Chýbal plán ošetrovateľskej starostlivosti.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k nasledovným porušeniam zákona:

- 1. porušenie §4 ods3 zákona 576/2004 Z. z. v tom, že pacientovi nebola poskytnutá zdravotná - ošetrovateľská starostlivosť adekvátne jeho zdravotnému stavu** (ležiaci pacient s Parkinsonovou chorobou, s deficitom sebaopatery celkovo).
- 2. porušenie § 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z.z. v tom, že ošetrovateľská dokumentácia nebola vedená v súlade so zákonom.**

Sankcie: Úrad uložil dohliadanému subjektu pokuty v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č.581/2004 Z.z.

Dôležitosť správneho zhodnotenia hematologických vyšetrení

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

65 ročná pacientka (zdravotná sestra) zomrela 19. 6. 2008. Dňa 16. 6. 2008 stomatológ s jej súhlasom indikoval extrakciu chorého zuba.

Pri anamnéze a klinickom vyšetrení stomatológ nezistil žiaden dôvod, pre ktorý by tento výkon nemohol vykonať. Mal k dispozícii aj Rtg vyšetrenie zuba. Pacientku riadne ošetril a nakoľko bola v dobrom stave, požiadal ju, aby počkala v čakárni, aby mohol ranu po extrakcii po chvíli skontrolovať a dať jej pokyny pre prípad komplikácií. Pacientka však medzitým čakáreň opustila.

V zdravotnej dokumentácii sa nachádzajú záznamy o viacerých extrakciách jej zubov, naposledy 13. 6. 2007 a 26. 6. 2007, kedy zákroky prebehli u pacientky bez komplikácií.

Pre pretrvávajúce krvácanie z rany po extrakcii zuba musela byť hospitalizovaná na ORL oddelení NsP od 16. 6. 2008 21,00 hod. do 17. 06. 2008 11,50 hod. O 21,40 h vykonaná na ambulancii sutúra lôžka, po ktorej sa krvácanie zastavilo.

Pri prijatí na oddelenie somnolentná, krvný tlak (TK) bol 80/50 mm Hg, ordinovaný odber krvi k vyšetrenie krvného obrazu na statim, ďalej aj glykémia, ionogram. Výsledok krvného obrazu z materiálu prijatého do laboratória 16. 6. 2008 o 23,47 hod.: Hemoglobín bol 90,0 g/l, Erytrocyty 2,3 T/l, Hematokrit 0,27, Trombocyty 34 G/l a Leukocyty 5,1 G/l. V období medzi 22,15 hod. 16. 6. 2008 do 2,00 hod. 17. 6. 2008 (počas asi 4 hodín) podaný fyziologický roztok 1500 ml, potom medzi 02,30 hod. – 04,30 hod. (asi v priebehu 2 hodín) Ringerov roztok 500 ml. Dňa 17. 6. 2008 o 07,00 hod. TK naďalej nízky s hodnotou 70/40 mm Hg, pacientka somnolentná, ordinovaný Gelafundin 500 ml, ďalej aj odber krvi na krvnú skupinu, objednaná erytrocytová masa. Medzi 7,30 a 11,00 hod. TK 80-95/50-60 mm Hg, pulz (P) 100-140/min. Výsledok krvného obrazu z materiálu prijatého do laboratória o 06,38 hod.: Hemoglobín 77,0 g/l, Erytrocyty 1,94 T/l, Hematokrit 0,24, Trombocyty 39 G/l, Leukocyty 8,5 G/l a stredný objem erytrocytov bol 121,6 fl.

Dňa 17. 6. 2008 medzi 08,40 až 11,15 hod. vyšetrená internistom, s poruchou vedomia - somnolentná, tachypnoe, tachykardia (P 140/min), hypotenzia (TK 80/50 mm Hg), bledosť, suché sliznice, bez známok pokračujúceho krvácania z rany, bez periférneho venózneho prístupu. Laboratórne vyšetrenia zo vzoriek krvi prijatých do laboratória o 9,20-9,30 hod.: Hemoglobín 70 g/l, Erytrocyty 1,79 T/l, Hematokrit 0,22, Trombocyty 35 G/l, stredný objem erytrocytov 123 fl, Leukocyty 7,2 G/l, INR 3,76, aPTT pomer 2,09. Glykémia 5,58 mmol/l, urea 6,95 mmol/l, kreatinín 191 umol/l, bilirubín 66,9 umol/l, AST 16,96 ukat/l, ALT 6,17 ukat/l, GMT 1,57 ukat/l, ALP 2,72 ukat/l, K 5,29 mmol/l. Stav **internistom hodnotený ako koagulopatia s ťažkou trombocytopéniou v teréne nejasnej hepatopatie, s obrazom metabolickej insuficiencie, šokový posthemoragický stav.**

Dňa 17. 6. 2008 o 11,55 hod. z OAIM sa zaisťuje pre nemožnosť zavedenia periférneho venózneho prístupu centrálny venózny katéter pre potreby hemoterapie a objemovej terapie. Pravdepodobne o 11,45 hod. sa začala podávať transfúzia erytrocytovej masy (s ukončením pravdepodobne na metabolickej JIS), avšak **záznam v chorobopise z ORL oddelenia o hemoterapii je nedostatočný**. Chýba aj záznam o vyšetrení krvnej skupiny, o výsledku krížovej skúšky, o množstve objednaného/podaného prípravku, chýba pečiatka lekára, ktorý indikoval a podal transfúziu, ako aj vyplnenie potrebných údajov v zázname o transfúzii (riadne písomné vyjadrenie výsledku overenia krvnej skupiny ABO pri lôžku, namiesto čísla krížovej skúšky je uvedené „neg“ a záznam o výsledku krížovej skúšky úplne chýba).

Pacientka preložená na interné oddelenie. Hospitalizovaná na metabolickej JIS dňa 17.06.2008 v čase 12,30 - 16,35 hod. Za monitorovania vitálnych funkcií a laboratórnych parametrov podávané transfúzne prípravky: spomína sa (pravdepodobne) druhá erytrocytová masa (chýba o jej podaní doklad v chorobopise), čerstvo zmrazená plazma, trombocytový koncentrát, Gelafundin 500 ml, fyziologický roztok 500 ml, objednávajú sa ďalšie erytrocytové masy. Podľa záznamov o transfúziách pacientka dostala postupne 141 ml čerstvo zmrazenej plazmy (č. TU 08040690), medzi 13,50-14,45 hod. poolované trombocyty 76 ml (č.

TU 08045404), medzi 14,45 - 15,45 hod. poolované trombocyty 75 ml (č. TU 08045372), medzi 15,45 - 16,20 hod. 277 ml čerstvo zmrazenej plazmy (č. TU 08040693), od 16,20 na OAIM 268 ml čerstvo zmrazenej plazmy (č. TU 08040695). Napriek tomu pretrvávala výrazná hypotenzia 70/50 mm Hg, slabosť a somnolencia. O 15,30 hod. pacientka prestáva dýchať, na monitore sa objavuje bradykardia, pacientka zvracia, má nehmatný pulz na veľkých tepnách. Je resuscitovaná, podáva sa adrenalin, napája sa na umelú pľúcnu ventiláciu, je ordinovaná a podávaná vazopresorická liečba, a o 16,35 hod. prekladaná na OAIM.

Z dokumentácie počas hospitalizácie na OAIM 17. - 19. 6. 2008 vyplýva: pacientka prijatá pre hemoragicko - hypovolemický šok po extrakcii zuba pri koagulopatii, po kardiopulmonálnej resuscitácii, v bezvedomí, cirkulačne nestabilná, s nedostatočnou spontánnou dychovou aktivitou, s možnou aspiráciou do pľúc, s metabolickým rozvratom a s ťažkou metabolickou acidózou. Podávaná adekvátne komplexná liečba, primeraná hemosubstitúcia vrátane korekcie konzumpčnej koagulopatie. Dokumentácia o podaných transfúziách súhlasí, záznamy o hemoterapii sú až na chýbanie pečiatky lekára úplné. Napriek adekvátnej liečbe progredovali prejavy multiorgánového zlyhávania, pacientka následne exitovala.

Zhodnotenie úradom:

65-ročnej pacientke v NsP nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť správne. **Došlo u nej k protrahovanému krvácaniu po extrakcii zuba.** Stomatochirurgické výkony, ktoré mala naposledy pred rokom, boli bez komplikácií. Neboli u nej známe žiadne okolnosti alebo ochorenia, ktoré mohli poukazovať na krvácajúci stav. Pre pretrvávanie krvácania, napriek opakovanému ošetreniu na pohotovosti a kolapsový stav prijatá na ORL oddelenie, kde sa vykonala sutúra lôžka po extrakcii zuba, s následným zastavením krvácania. Hospitalizovaná v alterovanom stave, cirkulačne nestabilná. Krvný obraz pri prijatí vykazoval anémiu a trombocytopéniu ťažkého stupňa. Podali sa infúzie fyziologického roztoku a Ringerovho roztoku, po ktorých ale pretrvávala hypotenzia. Asi po 10 hodinách hospitalizácie sa pri TK 70/40 mm Hg a progredujúcej anémii s trombocytopéniou ťažkého stupňa ordinoval Gelafundin 500 ml, odber krvi na krvnú skupinu, objednaná erytrocytová masa. Pri vyšetrení internistom sa opisuje porucha vedomia, tachypnoe, tachykardia, hypotenzia, bledosť a chladné akra, suchosť slizníc. Periférny venózný prístup nebol zabezpečený. Prehľbuje sa anémia, trombocytopénia, zisťuje sa ťažká koagulopatia a nejasná dekompenzovaná hepatopatia. **Asi po 15 hodinách (!) hospitalizácie sa zaisťuje venózný prístup cez centrálny venózný katéter a začína sa podávať hemoterapia.** Dokumentácia o hemoterapii z ORL oddelenia je nedostatočná. Následne preložená na metabolickú JIS interného oddelenia, kde bola 4 hodiny hospitalizovaná. Za monitorovania vitálnych funkcií a laboratórnych parametrov sa podáva hemoterapia. Napriek tomu pretrvávala výrazná hypotenzia, prestáva dýchať, je bradykardická s nehmatným pulzom na veľkých tepnách. Je resuscitovaná, napojená na umelú pľúcnu ventiláciu, dostáva vazopresorickú liečbu, s prekladom na OAIM pre ireverzibilný hemoragicko-hypovolemický šok. Na OAIM podávaná adekvátne komplexná liečba, primeraná hemosubstitúcia, vrátane korekcie konzumpčnej koagulopatie. Napriek vyťaženej liečbe sa progresívne prehľbujú prejavy multiorgánového zlyhávania, ktoré vyúsťujú do exitu.

Na základe uvedených skutočností možno konštatovať, že u pacientky s protrahovaným krvácaním sa asi po 36 hodinách od začiatku krvácania, v čase prijatia na ORL oddelenie, podľa opísaných klinických prejavov rozvíjal hemoragicko-hypovolemický šok. O potrebe podania transfúzie krvi svedčal nielen stupeň anémie (t.j. hodnota Hemoglobínu), ale aj rýchlosť vzniku krvných strát. Príťažujúcou okolnosťou zistená ťažká trombocytopénia. Napriek tomu sa zo strany ORL oddelenia zvolila „**vyčkávací taktika**“ s len rehydratačnou liečbou. K podávaniu náhradných roztokov a k hemosubstitučnej liečbe sa pristúpilo až po viacerých hodinách. Priebeh ochorenia u pacientky neočakávaný a nezvyčajne dramatický. Modifikovala ho dovedy neznáma hepatopatia a s ňou spojený ťažký krvácajúci stav. V ich dôsledku viedol hemoragicko-hypovolemický šok veľmi rýchle k ireverzibilným zmenám, s konzumpčnou koagulopatiou a rozvojom multiorgánového zlyhania, s terminálnym kardiorespiračným a cerebrálnym zlyhaním.

Záver:

Včasným a správnym zhodnotením výsledkov hematologických vyšetrení ako aj včasnou realizáciou následného správneho postupu, vzhľadom na závažnosť zdravotného stavu pacientky, mohol poskytovateľ zamedziť vzniku alebo aspoň znížiť rozsah ireverzibilných zmien a pridružených komplikácií pri rozvoji hemoragicko - hypovolemického šoku. Vyšetrenie krvnej skupiny, zaistenie hemoterapie a venózneho prístupu, ako aj podanie hemoterapie na ORL oddelení sa malo uskutočniť o niekoľko hodín skôr. Navyše dokumentácia o podanej hemoterapii z ORL oddelenia je nesprávne a nedostatočne vedená.

Úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť u poskytovateľa NsP nebola poskytnutá v súlade s ustanovením **§ 4 ods. 3. zákona č. 576/2004 Z. z.** a došlo aj **k porušeniu § 79 ods. 1 písm. D) zákona č. 578/2004 Z. z.** v tom, že zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s § 19 a § 21 zákona č. 576/2004 Z. z.

Sankcie: Úrad uloží poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 odsek 2 zákona č. 581/2004 Z. z. a súčasne aj prijatie nápravného opatrenia.

Zlomenina kľúčnej kosti

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Z anamnézy, objektívnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

71-ročný pacient žiadal prešetriť správnosť poskytnutej zdravotnej starostlivosti, poskytnutej po dopravnej nehode na Chirurgickej UPS.

Pacient vyjadruje podľa podania nespokojnosť s vykonaným ošetrením zlomenej kľúčnej kosti po dopravnej nehode na bicykli a vyjadruje názor, že z dôvodu nesprávneho ošetrenia nemôže hýbať hornou končatinou v pravom ramene.

Pacient bol dňa 22.10.2007 o 15,37 hod. ošetrený na Chirurgickej UPS po dopravnej nehode – páde z bicykla

V anamnéze sa uvádza, že išiel na bicykli z chalupy, do cesty sa mu údajne priplietol drôt, spadol do vozovky. V bezvedomí nebol, nezvracal, na okolnosti si pamätá. Mal pozitívnu dychovú skúšku na alkohol. Privezený RZP, subjektívne bolesti pravého ramena, kľúčnej kosti a hlavy.

V objektívnom náleze: klinicky pri vedomí, orientovaný, bez amnézie. Hlava vpravo temporoparietálne hematóm, exkoriácie, šija voľná, isokória. Neurologicky bez lateralizácie, krk nebolestivý, hrudník - palpačne bolestivý v oblasti klavikuly, kde je krepitus a rameno bez deformity, bez neurocirkulačných porúch, hrudník bez krepitu, dýchanie vesikulárne čisté, dobre počuteľné. Brucho voľné, panva na tlak negat. Dolné končatiny bez známok poranenia, bez funkčných porúch.

Z vyšetrení: RTG lebky – negatívny nález. RTG pravé rameno a kľúčna kosť – šikmá zlomenina diafýzy klavikuly, rameno a hrudník bez viditeľných traumatických zmien, bez pneumotoraxu.

Dg záver: Fractura diaphysis claviculae l.dx dislocatio minima (zlomenina pravej kľúčnej kosti s minimálnym posunom).

Contusio et excoriatio regii temporoparietalis l.dx. (pohmoždenina na temene hlavy).Ebrietas ethylica.

Liečba: Dessaultov obvaz, analgetika, Diclobene gel, kontrola klinická a RTG za 3-4 dni eventuálne podľa potreby. Predpokladaná doba práceneschopnosti 2 mesiace.

Chirurgická kontrola 29.10.2007 - z dokumentácie: RTG kontrola postavenie vyhovujúce. Odporúčené: fixácia na 4 týždne v ortéze, potom RTG, v prípade zhoršenia kontrola ihneď.

Chirurgická kontrola 3.12.2007 - z dokumentácie: ortéza ex, kontrola RTG, zlomenina konsolidovaná.

Odporúčené: rehabilitácia, kontrola na chirurgickej ambulancii o 2-3 týždne.

Zhodnotenie a záver úradu:

Zlomeniny kľúčnej kosti vznikajú najčastejšie priamym mechanizmom pri páde na rameno a liečba týchto zlomenín je prakticky **vždy konzervatívna**. Operačné riešenie sa indikuje len výnimočne, v prípade, keď úlomok ohrozuje kožu perforáciou a môže dôjsť k poškodeniu ciev, alebo nervov. Typ zlomeniny kľúčnej kosti, akú utrpel pacient, sa nikdy a nikde neoperuje. **Liečba je vždy konzervatívna**. K udávaným ťažkostiam pacienta v podnete je potrebné uviesť, že na RTG snímkach sú artrotické (degeneratívne) zmeny hlavne v oblasti akromioklavikulárneho skĺbenia (kľúčnej kosti a lopatky). Tieto chorobné zmeny mohli spôsobovať ťažkosti, ktoré popisuje, ale nesúvisia s predmetnou zlomeninou kľúčnej kosti.

Z uvedeného vyplýva, že pacient bol vyšetrený a liečený na správnu diagnózu štandardným postupom, aký sa používa pri liečbe nedislokovaných zlomenín kľúčnej kosti. Ošetrujúca lekárka vykonala všetky zdravotné výkony potrebné na určenie správnej diagnózy a zabezpečila správny liečebný postup s následným doliečením podľa platných štandardov liečby zlomenín kľúčnej kosti.

Postup odbornej lekárky a zdravotníckeho zariadenia, **možno považovať za postup lege artis bez porušenia § 4, ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z.**

Ani správna liečba nezabránila rozvoju hemoragicko-nekrotizujúcej pankreatitídy

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení a epikritické zhrnutie:

64-ročný pacient prijatý na chirurgické oddelenie NsP 19.06.2007 o 10,43 hod. so symptomatickou cholecystolithiazou na elektívnu operačnú liečbu.

Podľa anamnézy pacient po operácii štítnej žľazy pre thyreotoxikózu, lieči sa na vysoký tlak krvi. Je sledovaný pre ulceróznu kolitídu a na dolných končatinách má známky ľahkej žilovej nedostatočnosti. Pri prijatí podpísal informovaný súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, poučený o možnostiach voľby navrhovaných postupov zdravotnej starostlivosti a rizikách odmietnutia zdravotnej starostlivosti. Predoperačne vykonané ultrazvukové vyšetrenie s nálezom choledochu a cholecystolithiazy. Na základe USG potvrdenia choledocholithiazy indikované ERCP vyšetrenie. Pred ERCP vyšetrením ústne poučený o povahe ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, vrátane diagnostických a liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov, taktiež o možných následkoch a rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou. Písomný súhlas s vyšetreniami mal pacient v zdravotnej dokumentácii, ktorý podpísal pred prijatím na chirurgické oddelenie. S vyšetrením súhlasil, neodmietol ho. ERCP vyšetrenie sa v žiadnom prípade nedá robiť bez aktívnej spolupráce pacienta.

ERCP vyšetrenie vykonané 20.06.2007 gastroenterológom. Vo svojom náleze píše: Vaterská papila sa nachádza na obvyklom mieste s otvorom na dolnom póle. Kanyla sa darí zaviesť len do ústia papily, ďalej odpor. Po podaní kontrastnej látky vidno zaklínený konkrement v papile, realizovaný najskôr precut papily, následne dokončená sfinkteropapilotomia. Pomocou balónkového katétra konkrement extrahovaný von do duodena, pri kontrolnom RTG vyšetrení sú intra a extrahepatálne žľčovody bez obštrukcie, pankreatické cesty sú štíhle bez patologického nálezu. RTG nález na monitore počas vyšetrenia konzultovaný s röntgenológom. Na RTG monitore nepozorovali únik kontrastnej látky mimo žľčovú cestu.

Záver: Choledocholithiasis, zaklínený konkrement v papile, precut, sfinkteropapilotomia, extrakcia konkrementu. Dňa 20.6.2007 **vyhodnotenie RTG** snímok z ERCP: Po nasondovaní papily sa plní duktus pankreaticus, duktus choledochus a intrahepatálne žľčovú cesty. Kontrastne naplnený žľčník s konkrementami. Duktus hepatocholedochus šírky 1 až 1,5 cm s konkrementom veľkosti 8 mm. Urobená sfinkteropapilotomia, na ďalšej snímke vidno únik kontrastnej látky extraluminózne. Dňa 20.6.2007 **po ERCP** vyšetrení o 14,50 hod. udáva pacient bolesti pod pravým rebrovým oblúkom, infúzia Buscopanu, brucho voľné priehmatné, ordinovaná natívna snímka brucha. Dňa 20.6.2007 o **18,00 hod. pretrvávajú bolesti brucha**, bez zvracania, brucho je meteoristické, difúzne palpačne citlivé v epigastriu, bez rezistencie, peristaltika chabá, S-AMS: 1,9, suspektný únik kontrastnej látky. Ďalšia natívna snímka dňa 20.6.2007 výrazný meteorizmus, prevažne tenké črevo s etážovite uloženými črevnými kľučkami, kontrastne naplnený žľčník s konkrementami na rozhraní ľavého mezo a hypogastria kontrastne zobrazený útvar veľkosti 9 x 7 cm, diferenciálne diagnosticky kontrastom naplnená dilatovaná črevná kľučka, eventuálne kontrastná látka extraluminózne (susp?). Pod ľavou bránicou úzka hladina 6 mm – diferenciálne diagnosticky voľný vzduch, hladinka v žalúdku. Odporúčene kontrolné vyšetrenie na ľavom boku RTG snímok s horizontálnym lúčom. Kontrolná snímka vykonaná: Bez jednoznačného voľného vzduchu pod bránicou, pod ľavou bránicou široká hladina v. s. vo funde žalúdku, meteorizmus prevažne tenkých čriev s hladinkami, v ľavom hypogastriu nepravidelné depo kontrastnej látky. Doporučené CT vyšetrenie.

Chirurgický zápis dňa 20.6.2007 o 20,45 hod. klinický nález bez zmeny, na RTG bez pneumoperitonea, ale v ľavom hypogastriu depo kontrastnej látky. Preklad na JIS, nasogastrická sonda, antibiotiká celkovo Augumentin a Gentamycin, urgentné CT vyšetrenie. Na JIS prijatý s diagnózou perforácia duodeni iatrogenes.

Dňa 20.6.2007 o 22,00 hod. zápis lekára: cíti sa lepšie, brucho mäkké, priehmatné, príprava na CT. Dňa 20.6.2007 na CT popis: voľný vzduch pod bránicami nevidno, okolo pravej obličky prítomnosť väčšieho množstva vzduchu s rozšírením pararenálneho priestoru, menšie množstvo voľného vzduchu okolo hlavy pankreasu, perirenálne vpravo a pri m. psoas vpravo

pruhy tekutiny. Kontrastne naplnený žlčník s konkrementami, menšia aerobília v ľavom laloku heparu. Úzky prúžok tekutiny v CD. Dilatované kľučky TČ, distendovaný žalúdok, v ľavom hypogastriu konvolut kontrastom naplnených črevných kľučiek. **Záver:** pneumoretroperitoneum vpravo s malým množstvom tekutiny, cholecystolithiaza. Dňa 20.6.2007 o 22,45 hod. chirurgický nález: Pacient stabilizovaný, t. č. sa cíti lepšie, bolesti sú miernejšie. Do NG sondy tečie žalúdočný obsah, abdomen s pretrvávajúcim meteorizmom, auskultačne chabá peristaltika. Palpačná citlivosť v pravom mezogastriu, bez peritoneálneho dráždenia. Predpokladám preto len minimálnu perforáciu v oblasti papilosfinkterotomie, bez zatečenia črevného obsahu do retroperitonea. **Záver:** perforatio duodeni iatrogenes, t. č. vzhľadom ku klinickému ako aj CT nálezu nie je indikovaná urgentná chirurgická intervencia, zatiaľ konzervatívny postup.

Dňa 21.6.2007 na vizite primárom indikovaná operačná revízia, vykonaná o 09,45 hod. Pri operácii nachádza operatér v dutine brušnej skalený, difúzny, čiastočne hematínový výpotok so zvýšeným obsahom amyláz. V retroperitoneu paraduodenálne a v oblasti ligamentum hepatoduodenale, flegmonózne presiaknutie so zakrvácaním v oblasti mezokolonu a retroperitonea. Prevedená cholecystectomy, cez ductus cystikus cholangiografia s dobrým odtokom do oblasti duodena, terminálne parapapilárne drobný zástrek kontrastu popod hepatocholedochus s presakovaním subhepatálne. Napriek dôkladnej mobilizácii duodena podľa Kochera, perforácia nie je detekovateľná. Terén a duodenum sú zápalovo presiaknuté, preto prevedená drenáž choledochu 10 T – drénom, do miesta presakovania z retroperitonea založený Tygon - dren, za pečeň Redonov drén.

Dňa 22.6.2007 pacient subfebrilný, obehovo stabilizovaný, brucho meteoristické, difúzne citlivé peristaltika neprítomná, drény dostatočne odvádzajú (redon 40ml, Tygon 620ml, T-drén 300ml).

Dňa 23.6.2007 sa rozbieha ťažká, nekrotizujúca pankreatitída s tachykardiou Tygon drénuje skalený pankreatický výpotok, pacient je obehovo stabilizovaný. Dňa 23.6.2007 stav hydratácie zlepšený, drenáž retroperitonea dostatočná, Redon odvádza 20ml, Tygon 60ml. a T-drén 100ml. Pacient je na parenterálnej výžive, dostáva Sandostatin. Dňa 25.6.2007 stav stabilizovaný, drény odvádzajú, Tygon 60ml skaleného obsahu s hnisom, subfebrilita. Rozsiahla flegmóna brušnej steny idúca až do lumbálnej oblasti, Tygon 100ml s prímiesou hnisu. Dňa 26.6.2007 pre klinické známky progresie zápalu i podľa CT vyšetrenia indikovaná operačná revízia. Z lumbotomie pre CT známky retencie tekutiny v retroperitoneu vpravo evakuovaný absces, odstránené nekrotické časti, daná preplachová drenáž. Dňa 27.6.2008 preklad na OAIM s JIS chirurgického oddelenia, pacient je na ventilátore, tlmený, je na vasopresoroch, tachykardický. Hospitalizácia na OAIM od 27.6.2007 do 20.7.2007. Na OAIM boli vykonané nasledovné operačné výkony:

1. Dňa 29.6.2007 - tracheostomia .
2. Dňa 3.7.2007 operačné výkony: evacuatio, redrenaige, revisio cavi abdominis, toilette, preplachová drenáž do burzy omentalis, jejunostomia pre operačné diagnózy: peripancreatitiis necrotisans retroperitoneil.dx., abcesus subhepatalis.
3. Dňa 11.7.2007 operačné výkony: revisio cavi peritonealis, gastrostomia, revisio gastroduodeni pre operačné diagnózy: gastritis hemoragica, st. p. hemoragiam, peripancreatitis necrotisans retroperitonei l.dx.
4. Dňa 18.7.2007 operačné výkony: gastrostomia, pyloroduodenotomia, revisio gastroduodeni, gastroskopia perop., haemostasis, necrectomia pre operačné diagnózy: pancreatitis et peripancreatitis necrotisans, gastritis et bulbitis haemoragica recidivans.

Epikíza z OAIM: Pacient prijatý na OAIM pre septický šok, zlyhávanie hemodynamiky a respirácie, pre nutnosť UPV a podávanie vasopresorov. Pacient má hemoragicko - nekrotickú pankreatitídu. Počas hospitalizácie na OAIM liečený septický šok a multiorgánové zlyhávanie pri nekroticko - hemoragickej pankreatitíde, pacient je sledovaný, napojený na umelú pľúcnu ventiláciu, napojený na neinvazívny monitoring hemodynamiky PICCO. Dňa 3.7.2007 revízia brucha, vykonaná nekrektomia, drenáž retroperitonea a drenáž burzy omentalis a výživná jejunostomia. Začatá podpora orgánových systémov, antibiotická liečba podľa kultivácie a MIC (Tazocin, Superazon, Amikacin, Colimycin, Vankomicin), denne preväzy, preplachy drénov. Pretrváva sepsa, brušné drény odvádzajú hemoragicko - purulentný obsah s prímiesou žlče. Vykonávané preplachy retroperitonea betadínovým

roztokom. Kontrolná cholangiografia cez T drén poukazuje na voľný odtok žlče do duodena s minimálnym únikom tekutiny, ihneď odvádzaný tygonovým drénom. CT brucha poukazuje na nekrózy a tekutinové kolekcie v oblasti hlavy pankreasu a peripankreaticky. Zápal na brušnej stene v mieste lumbotomie ustupuje. Pacient vyživovaný parenterálne aj cez jejunostomiu.

Dňa 7.7.2007 sa objavuje masívne krvácanie zo žalúdka, následná gastrofibroskopia: pangastritis s difúznym presakom krvi, doporučený konzervatívny postup. Od 10.7.2007 zhoršenie známk sepsy. Dňa 11.7.2007 pre recidivujúce melény a hematémezy po gastrofibroskopii, zistené krvácanie zo žalúdka, pre neprehľadný terén nie identifikovateľný zdroj krvácania, pacient operačne revidovaný s nálezom difúzneho krvácania zo žalúdka. Krvácanie aj z drénov z retroperitonea a z T drénu. Masívne náhrady krvnými derivátmi. Pokračuje progresia multiorgánového zlyhania s prehlbujúcou sa koagulopatiou, metabolickým rozvratom, retenciou dusíkatých látok, ikterom, anasarkou, oligúriou, hypotenziou vyžadujúcou zvýšenú vazoaktívnu podporu. Dňa 18.7.2007 vykonaná chirurgická revízia brucha s nekrektomiou, peroperačná gastroskopia, následne gastrotomia a pyloroduodenotomia s opichmi difúzneho krvácania a elektrokoaguláciou malých ložísk. Masívne krvácanie zastavené, ale zlyhanie prakticky všetkých orgánových systémov je nezvratné a progreduje, hypotenzia je rezistentná aj na vysoké dávky vazoaktívnych liekov, ARDS. Od dňa 19.7.2007 bez spontánnej dychovej aktivity na UPV. Dňa 20.7.2007 o 07,05 hod. dochádza k zástave obehu. Kardiovaskulárne a respiračne bez reakcie na resuscitačné úsilie. Konštatovaný exitus letalis. **Doporučená pitva.**

Diagnózy OAIM: Septický šok s multiorgánovým zlyhaním, akútna hemoragicko nekrotizujúca pankreatitída, absces a flegmona retroperitonea, subhepatálny absces, stav po cholecystectomii a drenáži duktus choledochus, stav po perforácií duodena pri ERCP a extrakcii choledocholithiazy, erozívna hemoragická gastritída, krvácanie z GIT-u, tracheostómia, stav po opakovaných revíziách brušnej dutiny, stav po opakovaných gastrotómiach pre krvácanie zo žalúdočnej sliznice.

Zhodnotenie úradom a záver:

Pacient prijatý na chirurgické oddelenie pre symptomatickú cholelithiazu. Pre choledocholithiazu predoperačne indikované ERCP vyšetrenie, pri ktorom bola zistená choledocholithiaza potvrdená. Kanyla sa dala zaviesť len do ústia papily, ďalej bol odpor. Po podaní kontrastnej látky vidno zaklivený konkrement asi 8 mm v papile. Po prevedení precutu papily dokončená PST a balonkovým katétrom je konkrement extrahovaný do duodena. Následne vykonaný kontrolný RTG snímok. Intra a extrahepatálne žľčovce sú bez obštrukcie, **na RTG snímke z ERCP až na vyhodnotení je popisovaný únik kontrastnej látky mimo duodenum.** Oboma vyšetrujúcimi lekármi na **RTG monitore** únik kontrastnej látky mimo lúmen **nebol detekovaný.** Pacient už bezprostredne po ERCP vyšetrení mal ťažkosti. Vyšetrujúcimi lekármi po vykonaní všetkých nutných vyšetrení (RTG, CT, vyhodnotenie ERCP snímkov) bola stanovená správna diagnóza: perforácia duodena pri ERCP. Pacient bol ihneď preložený na JIS a bola začatá intenzívna konzervatívna liečba: NG sonda, hladovka, infúzie, antibiotiká v dvojkombinácií, somatostatin. Pre zhoršenie klinického nálezu **necelých 24 hodín po perforácii indikovaná operačná revízia.** Vykonaná cholecystektomia, peroperačná cholangiografia, drenáž duktus choledochus Kehrovým drénom, revízia miesta poranenia, drenáž jeho okolia pre nemožnosť sutúry. Pacient je na JIS chirurgického oddelenia, liečba je správna. Celý patologicko-anatomický stav po perforácii komplikovaný rozvojom hemoragicko nekrotickej pankreatitídy. Postupne dochádza k rozvoju retroperitoneálnych nekroz a flegmóny. Nekrotické a zápalové ložiská v pankrease a peripankreaticky prakticky ihneď kontaminované perforačným otvorom, ktorý vznikol po ERCP.

Pre progresiu sepsy a obehovú instabilitu s nutnosťou hemodynamickej podpory a UPV pacient preložený na OAIM, kde dostáva komplexnú liečbu. Napriek intenzívnej liečbe nutné urobiť opakovanú revíziu retroperitonea a dutiny brušnej pre drenáž zápalových ložísk, nekrektomiu, výživnú jejunostomiu. Opakovaná indikovaná revízia pre masívne krvácanie zo žalúdka z hemoragickej gastritídy. Napriek správnej chirurgickej a intenzívnej liečbe dochádza k prehlbovaniu sepsy, septického šoku s MODS a postupne k exitu pre multiorgánové zlyhanie zo septického šoku. Patologicko-anatomická pitva potvrdila klinické diagnózy.

Analýza kľúčových momentov liečby pacienta:

- Pacient **správne indikovaný** na chirurgické riešenie symptomatickej cholelithiazy.
- Správne predoperačne sonograficky diagnostikovaná choledocholithiaza a **je lege artis postup predoperačne pred laparoskopickou cholecystektomiou previesť ERCP** vyšetrenie, ktoré má nielen diagnostický význam, potvrdiť choledocholithiazu, ale aj možné odstrániť choledocholithiazu po predtým vykonanej EPST.
- Pacient mal zaklinený choledocholit veľkosti asi 8 mm v papile. Výkon endoskopistu vyžadoval precut, následne EPST a odstránenie kameňa balonkovým katétrom. Uvedené manipulácie zvyšujú riziko perforácie.
- Pri vyššie uvedenom výkone došlo k perforácii duodena. *V náleze gastroenterológa vykonávajúceho ERCP nie je popis úniku kontrastnej látky mimo lúmen duodena. Ide o hodnotenie z RTG monitoru. Ale v následnom vyhodnotení RTG snímok z ERCP je jednoznačne popísaný únik kontrastnej látky mimo duodenum rentgenológom. Ošetrojúci chirurgovia ihneď po ERCP zadokumentovali podozrenie na perforáciu a bezodkladne realizovali vyšetrenia za účelom jeho potvrdenia. Diagnostický a liečebný postup pri uvedenej komplikácii prebiehal bezodkladne a súčasne.* (Dňa 20.6.2007 mal 2x urobenú natívnu snímku brucha v stojí a horizontálnym lúčom na ľavom boku (20,30 h) a CT vyšetrenie brucha (popis CT 20.6.2007 o 23,06 h).
- Počas ERCP došlo i k **indukcii hemoragicko-nekrotizujúcej pankreatitídy, ktorá predstavuje dominantný patologický proces, ktorý v negatívnom zmysle ovplyvnil celý ďalší vývoj ochorenia.**
- Na základe zhodnotenia klinického stavu pacienta **úvodná liečba konzervatívna**, čo je všeobecne akceptovaný lege artis postup.
- Za 20 hodín po perforácii je začiatok chirurgickej revízie, pri ktorej je okrem cholecystektómie vykonaná peroperačná cholangiografia. Ani po dôkladnej mobilizácii duodena, keď je výtok vstrekovanej tekutiny z miesta perforácie síce viditeľný, miesto perforácie nie je identifikovateľné, lebo je malé a skryté v parenchýme pankreasu. V danej situácii bola správne vykonaná drenáž choledochu T drénom a drenáž miesta perforácie. Podľa popisu z operačného nálezu v zápalovom prostredí, ani keby bol perforačný otvor identifikovaný a ošetrovaný sutúrou, jeho sutúra by sa pravdepodobne rozpadla. Preto bola správne vykonaná len drenáž oblasti perforácie a žľových ciest.
- Ďalší klinický priebeh je ovplyvňovaný rozvojom hemoragicko nekrotizujúcej pankreatitídy a peripankreatitídy. V uvedenom teréne vznikajúcich nekróz dochádza prakticky ihneď k ich infikovaniu z perforácie duodena.
- Uvedený stav aj napriek správnej chirurgickej a intenzívnej liečbe vedie k prehlbovaniu sepsy, septického šoku s multiorgánovým zlyhávaním.
- Krvácanie zo žalúdka je v dôsledku multiorgánového zlyhávania a ešte viac zhoršilo klinický stav pacienta.
- Septický šok s multiorgánovým zlyhávaním viedli k exitu.

Zhodnotenie úradom a záver:

Z hodnotenia stavu vyplývalo, že pacientovi **bola poskytnutá zdravotná starostlivosť správne a štandardným postupom.** Počas ERCP vyšetrenia, ktoré bolo indikované správne pre choledocholithiazu (lege artis postup), došlo k **vzniku komplikácie** - perforácie duodena. Ide o komplikáciu ERCP, ku ktorej došlo pri precute, EPST a odstraňovaní zaklineného 8 mm choledocholitu v papilae Vateri. Ďalší priebeh liečby bol komplikovaný vznikom hemoragicko - nekrotizujúcej pankreatitídy. Tá vznikla tiež po ERCP vyšetrení. Dokazujú to vysoké amylázy v sére a vo výpotku z dutiny brušnej z operácie zo dňa 21.6.2007. Pankreatitída je dominujúce ochorenie, ktoré spolu s perforáciou duodena smerovalo k sepse, septickému šoku a multiorgánovému zlyhaniu, ktoré bolo príčinou smrti. Nešlo o stav, ktorý by bolo možné hodnotiť ako nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa platných právnych predpisov. ERCP bolo indikované lege artis. Perforácia duodena a vznik nekrotizujúcej pankreatitídy sú komplikácie EPST a extrakcie 8 mm choledocholitu. Celý následný diagnostický a liečebný postup bol vykonávaný bezodkladne a správne.

Záver: Dohľadom na mieste a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad **nezistila porušenie §4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z.**

Komplexná liečba komplikácií s vrodenou Dandyho – Walkerovu anomáliou

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

9-ročná pacientka 7.5.2008 prijatá na Kliniku detí a dorastu (ďalej KDD) DFN za účelom vylúčenia syndrómu intrakraniálnej hypertenzie (ďalej Sy ICH) pri možnej insuficiencii cysto-ventrikulo-peritoneálneho shuntu l.dx. (ďalej VP shunt), ktorý jej bol zavedený pre vrodenú Dandyho–Walkerovu anomáliu s hydrocefalom a psychomotorickou retardáciou.

Rodičia pacientky pri prijatí udávali, že dcéra od rána opakovane vracala a bola spavá. Objektívne pacientka pri vedomí, plačlivá, prítomná tendencia držania hlavičky s inklináciou doprava, brucho palpačne voľné, nebolestivé, kardiopulmonálne kompenzovaná, v neurologickom náleze neboli prítomné prejavy meningeálneho dráždenia ani lateralizácie. Vykonané komplexné klinické, laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia zamerané na vylúčenie porúch funkcie drenážneho systému. Nálezy **laboratórnych** hematologických a biochemických vyšetrení v norme, CRP pod 5 mg/l. **CT vyšetrením mozgu** 7.5.2008 neboli zistené známky hyperdrenáže ani Sy ICH. Dňa 8.5.2008 pacientka vyšetrená **neurochirurgom**, ktorý vzhľadom na CT nálež mozgu odporučil konzervatívny postup. Dňa 9.5.2008 realizované **neurologické vyšetrenie**, zistené: Obraz DMO hypotonickej formy u dieťaťa s nálezom Dandy Walkerovej malformácie, hydrocefalu – st.p. VP drenáži bez ventilu s výmenou v r. 2007. Aktuálne ťažkosti pacientky najskôr na vrub akútnej gastritídy po pobyte v škole v prírode so zmenenými stravovacími návykmi. Odp.: dieťa môže byť prepustené, diétne stravovanie 2-3 dni, dostatočná hydratácia, nootropiká, kontrola a postup podľa spádového neurológa.

Klinický stav hodnotený ako **akútna gastritída**, pacientka parenterálne hydratovaná, v liečbe aplikovaný Luminal i.v., Degan i.v., Vitakalcin tbl a Vigantol gtt. Podľa zdravotnej dokumentácie pacientka počas hospitalizácie afebrilná, bez pretrvávajúcich bolestí brucha, palpačne brucho voľné, priehmatné, nebolestivé, subjektívne prítomné mierne nechutenstvo. Dňa **8.5.2008** o 19,00 hod. pacientka 1 x zvracala a sťažovala sa na bolesti bruška. Následne vyšetrená neurochirurgom a podaný Degan i.v. v infúzii s postupným ústupom ťažkostí. Dňa **9.5.2008** sa pacientka podľa denného lekárskeho záznamu a ošetrovateľského záznamu cítila dobre, v noci spala, bez tráviacich a iných ťažkostí, bez febrilit, kardiopulmonálne kompenzovaná. O 14,00 hod. v stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti. Dňa **15.5.2008** o **5,30 hod.**, t.j. po 6 dňoch od prvej hospitalizácie, ošetrovaná doma posádkou RLP Záchrannej služby Košice pre náhle vzniknutú poruchu vedomia a šokový stav v.s. v dôsledku aspirácie pri GERD. Posádkou RLP akútne podaný Syntophyllin i.v., Diazepam rect. a Dexamed i.v.

Pacientka prevezená do DFN a o 6,25 hod., prijatá na **Oddelenie intenzívnej medicíny** (ďalej OIM). Pri prijatí v bezvedomí s GCS 3, intubovaná a napojená na umelú pľúcnu ventiláciu. V dutine nosnej a ústnej a v endotracheálnej kanyle, napriek opakovanému odsávaniu a laváži, prítomný masívny sangvinolentný obsah. Auskultačne dýchanie vezikulárne s bilaterálne prítomnými chropkami, AS pravidelná s frekvenciou 170/min., TK 88/57 mmHg, brucho voľné, priehmatné, DK bez opuchov, prejavy meningeálneho dráždenia neboli prítomné. Vzhľadom na cirkulačnú instabilitu a respiračnú insuficienciu začatá komplexná resuscitačná starostlivosť a súbežne realizované laboratórne, zobrazovacie a konziliárne vyšetrenia. **RTG vyšetrením pľúc** zistené splývavé infiltráty v dolnom a strednom pľúcnom poli vpravo a difúzne centrálne a perihilózne vľavo, v ostatných lokalitách peribronchiálne. Daný nález hodnotený ako ARDS pri dif.dg systémovej ochoreni, hemosideróze resp. inom alveolárnom intersticiálnom agense. **Usg vyšetrením brucha** zistená voľná tekutina pri dolných okrajoch pečene a sleziny a v pravom dolnom kvadrante abdominálnej dutiny. Tekutina hemoragického obsahu ako je pri perforácii GIT-u prítomná nebola. Vykonané **chirurgické a neurochirurgické vyšetrenie**, odporúčaná konzervatívna liečba. Pri **neurologickom vyšetrení** neboli u pacientky prítomné prejavy topickej lézie nervového systému ani pyramídovej lézie. Laboratórne prítomná leukocytóza, predĺženie protrombínového času a hypokaliémia. **Echokardiografickým vyšetrením** zistená dilatácia ľavej komory srdca, výrazná hypokinéza interventikulárneho septa a ľavej

komory a závažná redukcia ejekčnej frakcie ľavej komory na 30%. Stav pacientky nedovoľoval transport mimo oddelenia, z toho dôvodu CT vyšetrenie nebolo vykonané. V liečbe aplikovaný dobutamín v postupne zvyšovaných dávkach, podaná EM a ČMP. Pacientka opakovane kardiopulmonálne resuscitovaná s masážou srdca a podávaním adrenalínu (v čase od 8,00 - 11,11 hod. spolu jedenásťkrát). Napriek intenzívnej liečbe a komplexnej kardiopulmonálnej resuscitácii klinický stav pacientky progredoval a o 11,11 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Podľa **pitevného nálezu** bezprostrednou príčinou úmrtia **apoplexia pulmonis bilat.** (čerstvé difúzne mnohopočetné alveolárne krvácanie ťažkého stupňa). Prítomná Dandy Walkerova anomália, membránoproliferatívna glomerulopatia, difúzne alveolárne poškodenie pľúc, aspirácia žalúdočného obsahu do trachey, bronchov a pľúc, akútna obojstranná katarálno-purulentná bronchopneumónia, obojstranný hydrotorax, ascites, erozívna gastritída, steatóza pečene a obojstranná parenchymatózna dystrofia kanálikov obličiek.

Zhrnutie úradu:

Podľa **skupiny vykonávajúcej dohľad** boli vyšetrovacie a liečebné postupy počas hospitalizácie pacientky na I. KDD realizované štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Realizovanými vyšetreniami vylúčená hyperdrenáž aj Sy ICH pri zavedenom VP shunte pre Dandy Walkerovu anomáliu. Podľa zdravotnej dokumentácie prejavy tráviaceho dyskomfortu a vracanie v priebehu hospitalizácie pri aplikovanej hydratačnej a antiemetickej liečbe ustúpili. Diagnóza akútnej gastritídy stanovená na základe anamnestických údajov, klinických prejavov a priebehu ochorenia s tendenciou k úprave po aplikovanej liečbe. Zdravotný stav dňa 9.5.2008 umožňoval ukončenie hospitalizácie. Pacientka opakovane prijatá do DFN 15.5.2008 v bezvedomí, v ťažkom šokovom stave s prejavmi kardiorespiračného zlyhávania. Príčinou úmrtia obojstranná apoplexia pľúc s ARDS a multiorgánovou dysfunkciou, čo však bolo príčinou vzniknutého stavu nie je možné jednoznačne určiť.

Zdravotná starostlivosť bola pacientke v DFN, napriek nepriaznivému priebehu ochorenia s fatálnym koncom, poskytnutá štandardným spôsobom a správne.

Záver:

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

Komplikácia depresívnych porúch

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Citované z podania: „... pacient spáchal samovraždu hneď nasledujúci deň po preradení na otvorené oddelenie. Pokiaľ by k preradeniu nedošlo, je vylúčené, aby mohol na uzatvorenom oddelení uskutočniť svoje suicidálne myšlienky. Príčinná súvislosť medzi preradením (t. j. na základe rozhodnutia konkrétneho lekára ako pracovníka nemocnice) pacienta na otvorené oddelenie a jeho samovraždou je tak absolútne nesporná. Je nepochybné, že pokiaľ by pacient nebol premiestnený z uzatvoreného oddelenia na oddelenie otvorené, nemal by vôbec príležitosť uskutočniť suicidálny pokus...“.

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

63-ročný pacient trpel periodickou depresívnou poruchou. Prvýkrát hospitalizovaný na psychiatrickom oddelení v r. 1993 po suicidálnom pokuse stranguláciou.

V rodinnej anamnéze pozitívna anamnéza suicidálneho správania – otec pacienta sa opakovane pokúsil o suicídium, pričom 2. pokus bola dokonaná samovražda.

Na ambulantné kontroly sa pacient dostavoval pravidelne, v liečbe spolupracoval, užíval predpísané psychofarmaká. Posledné náznaky relapsu jeho ochorenia sú dokumentované v marci 2005, stav zvládnutý ambulantne - zmenou a zvýšením dávky antidepresív.

V rokoch 2006 – 2007 možno jeho psychický stav hodnotiť ako remisiu.

Dňa 23.06.2008 sa dostavil na ambulanciu mimo objednania, s depresívnou symptomatikou. Na priamu otázku uviedol, že nemá myšlienky ublížiť si. Navrhnutú hospitalizáciu na psychiatrickom oddelení odmietol, čo je preukázateľne doložené podpisom pacienta v zdravotnej dokumentácii. K jeho doterajšej medikácii ordinované ďalšie antidepresíva. Dňa 26.6.2008 pri ambulantnej kontrole pacient uviedol, že jeho stav sa nezhoršuje a domnieva sa, že svoje psychické ťažkosti zvládne aj bez hospitalizácie. Psychiater upravil dávku psychofarmák. Dňa 27.6.2008 sa pacient dostavil na ambulanciu s údajom, že s hospitalizáciou na psychiatrickom oddelení súhlasí. Stav sa posledné 2 týždne zhoršoval. Udal, že „... má osobný problém, idú mu brať záhradu, bojí sa, že sa nebude môcť venovať svojej záľube...“.

V objektívnom psychiatrickom náleze pri prijatí dominovala anxiozita, depresívna nálada, sčasti reaktívne podmienená, bez porúch vnímania a myslenia, hypobúlia, pocit somatopsychickej insuficiencie, suicidálne úvahy bez tendencie k realizácii.

Poučenie a súhlas pacienta s navrhovanou liečbou v zdravotnej dokumentácii preukázateľne zaznamenaný.

Dňa 30.6.2008 podvečer podľa dokumentácie u pacienta vzostup úzkosti, odmietol večerať. Po podanej medikácii pacient udával zlepšenie stavu. Nasledujúce dni ráno udával pomerne dobrú náladu, popoludní vzostup napätia, nervozity. Dňa 4.7.2008 pri rannej vizite udal, že počas hospitalizácie sa zlepšila úzkosť a ustúpila dysforická nálada. Pri pohovoroch s ošetrovateľom bol bez vyexplorovaných suicidálnych myšlienok a náznakov rizika suicidálneho konania.

Následne pacient preložený na sanatórnu časť psychiatrického oddelenia. Po preklade obedoval, lieky užíval, bol poučený o režime na otvorenom oddelení. V noci spal. Dňa 5.7.2008 v čase o 6,22 hod. nájdený bez vitálnych funkcií, po strangulácii na balkóne nemocničnej izby, kde bol hospitalizovaný.

Resuscitácia zahájená bezodkladne personálom oddelenia, zároveň privolaná RLP - pacient bez známok vitálnych funkcií, na EKG asystólia, následne konštatovaný exitus letalis.

Hodnotenie skutočností zistených dohľadom:

- a) Pacient od r. 1993 opakovane psychiatricky liečený s dg. F33 – Periodická depresívna porucha. Prvýkrát hospitalizovaný v r. 1993 po samovražednom pokuse stranguláciou

(obesením), prepustený s diagnózou endogénna depresia, organický psychosyndróm. Pre recidívy depresívnej poruchy opakovane hospitalizovaný na psychiatrickom oddelení. Plný invalidný dôchodok z psychiatrickej indikácie mu bol priznaný v r. 1997.

- b) Analýza rodinnej a osobnej anamnézy pacienta poukazuje na vysoké riziko suicidálneho správania u pacienta (dokonaná samovražda otca, predošlý suicidálny pokus stranguláciou u pacienta).
- c) Preradenie pacienta na sanatórne oddelenie, na ktoré poukazuje podateľ, nie je dôkazom nesprávneho postupu nemocnice. U pacientov so zlepšujúcou sa depresívnou symptomatikou je to postup lege artis. Otvorené oddelenie má poskytnúť pacientovi väčší priestor na seberealizáciu a absolvovanie rozličných psychoterapeutických aktivít.
- d) Údaj o príčinnej súvislosti medzi preradením pacienta a jeho samovraždou je nepodložený rovnako ako aj tvrdenie podateľa, že pokiaľ by pacient nebol premiestnený z uzatvoreného oddelenia na oddelenie otvorené, nemal by vôbec príležitosť uskutočniť suicidálny pokus.

Depresie sú dlhodobo vedúcou príčinou samovrážd v celosvetovom meradle – tiež v Slovenskej republike. Celosvetové štatistiky udávajú, že cca 10 – 15% pacientov s diagnózou depresie spácha dokonané suicídium bez ohľadu na typ a kvalitu absolvovanej liečby, pričom suicidálne myšlienky sa počas depresívnej fázy vyskytujú až u 2/3 pacientov (WPA, 1996). Až 90% všetkých samovrážd je spáchaných ľuďmi s duševnou poruchou (Puri a kol., 2003; Roy, 2000), pričom 56-87% suicídií bolo spáchaných pacientmi s diagnózou poruchy nálady (Hawton a Van Heermigen, 2000; Rihmer, 2007). Najčastejšou metódou samovráždy je pritom obesenie (strangulácia), pričom samovráždy počas hospitalizácie sú pomerne časté – v krajinách EÚ sa ich výskyt uvádza medzi 16 – 31% (EÚ, 2006), u 40% z týchto pacientov neboli pozorované žiadne signifikantné zmeny v správaní (Rahn, Mahnkopf, 2000).

Z uvedených štatistických údajov je zrejmé, že samovražda je veľmi častou a závažnou komplikáciou depresívnych porúch. Tvrdenia, že sa jej dá zabrániť určitým režimovým opatrením, sú nepodložené.

Záver:

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti **nezistila porušenie §4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z., zdravotná starostlivosť bola pacientovi poskytnutá správne**, v súlade s platnými terapeutickými postupmi, pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.

Každý kontakt, aj verbálny pokyn - treba nechať podpísať

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie:

30-ročná pacientka, v liečbe kortikoidmi pre SLE, dňa 22.5.2008 na prechádzke so psom, kde ich napadol iný pes, ju seklo v krížoch, následne klesla na zem a nebola schopná vstať.

Bola privezená posádkou RZP do krajskej nemocnice, najskôr na traumatologickú ÚPS, kde ju údajne prítomný lekár bez vyšetrenia poslal na neurologickú ÚPS. Tu ju vyšetřil službukonajúci neurológ, ktorý v objektívnom náleze udáva: „schvátená, vertebrogénny syndróm L-S, obmedzenie dynamiky L-S, paravertebrálny spazmus, vyšetřená v ľahu a sede. **Záver:** Lumbago, **odporúčenie:** podať analgeticko-spazmolytickú infúziu.“ Po stečení infúzie kontrola s konštatovaním zlepšenia stavu, pacientka odoslaná domov s odporúčením kludového režimu a analgeticko-spazmolytickej medikácie a po odznení akútnej ťažkosti kontrola u obvodného lekára. Nález podpísaný s vyhlásením pacientky „dávam svoj informovaný súhlas s navrhovaným liečebným postupom“.

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u pacientky bol pre poranenia v oblasti chrbtice neštandardný z dôvodu rozdielnosti anamnestických údajov:

Podľa záznamov RZP pri útoku psa došlo k pádu pacientky („ako utekala, zle stúpila a spadla“), podľa neurologického vyšetřenia išlo o chorobný pohyb v oblasti chrbtice („bola na prechádzke so psom, prepadol ich vlčiak, seklo ju pritom...“), pričom tento anamnestický údaj je zhodný aj s údajom v samotnej sťažnosti pacientky („mala som úraz, napadnutie psom, pričom ma seklo v krížovej časti chrbta, po klesnutí na zem som nebola schopná vstať“).

V bežnej lekárskej praxi nie je typické, aby úrazové stavy včítane RTG vyšetření realizoval neurológ. Neurologické vyšetřenie pri úrazoch chrbtice je len konziliárnym vyšetřením na vylúčenie možných miechových poškodení s periférnou neurologickou symptomatológiou, čo v danom prípade bolo odborným lekárom vylúčené. Nakoľko na základe anamnestického záznamu, z ktorého ošetrojúci lekár vychádzal (s ktorým pacientka svojim podpisom súhlasila), došlo k akútnej bolesti chrbta v dôsledku chorobného pohybu chrbtice a nie úrazového mechanizmu (liečba už nespadá do náplne neurológa). Keďže stav pacientky sa po infúznej a medikamentóznej liečbe upravil, možno **diagnostický a liečebný postup neurológa po odbornej stránke považovať za postup, ktorý je v súlade s platnými právnymi predpismi pri liečbe akútnej bolesti chrbta.**

Otázkou zostáva, prečo anamnestický údaj RZP o páde a pôvodný transport na chirurgickú ambulanciu nebol realizovaný a tento údaj nebol ďalej zohľadnený. Ako ponaučenie z uvedeného vyplýva, že každý kontakt - aj verbálny pokyn, resp. odporúčenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, je nutné zaznamenať a nechať podpísať príslušnou osobou. Obzvlášť v prípade, kde kompetencie posádky RZP už nesiahajú a nastupujú kompetencie lekára. Ak lekár odmietne zápis, nechať toto potvrdiť kolegom z RZP, čo je vždy viac ako tvrdenie proti tvrdeniu.

Podľa obvodnej všeobecnej lekárky sa pacientka na jej ambulanciu po príhode dostavila 30.5.2008 a nesťažovala sa na pretrvávajúce ťažkosti, o týchto nepadol na tejto návšteve žiadny údaj zo strany pacientky. Žiadala predpis liekov, ktoré dlhodobo užívala pre základnú diagnózu SLE. Neurológom odporúčené kontrolné vyšetřenie teda v tomto zmysle neabsolvovala. Následne bola pacientka vyšetřená 3.6.2008 na ambulancii špecializovaného reumatologického pracoviska v rámci dispenzárnej kontroly systémového ochorenia spojiva, kde dominovali ťažkosti zapadajúce do základného ochorenia SLE s celkovými prejavmi polyartralgii. Dňa 20.6.2008 pacientka v rámci dispenzárnej kontroly vyšetřená rajónnym reumatológom, ktorý pre pretrvávajúce bolesti v LS oblasti indikoval RTG vyšetřenie chrbtice.

Na RTG snímkach nález typickej bikonkávnej **zlomeniny** stredného stĺpca **stavca L2** s centrálnou protrúziou hornej krycej platničky a tela stavca o 1/3 výšky kraniolaterálne vpravo bez poškodenia zadnej časti tela a oblúkov stavca. Mechanizmus vzniku tejto

zlomeniny zodpovedá pôsobeniu tlaku v dlhej osi a nadmernému ohybu celého trupu smerom viac doprava. S vysokou pravdepodobnosťou možno predpokladať, že táto zlomenina je výsledkom nepriameho mechanizmu pri páde na sedáciu čast' tela pacientky. Išlo teda o typ zlomeniny, ktorý je skôr typický pre osteoporotické zlomeniny. Podľa následného denzitometrického vyšetrenia stav kostnej hmoty bol normálny, s ľahkým náznakom osteopénie (T skóre 1,7). **Na základe RTG dokumentácie nemožno časovo určiť vznik zlomeniny** tela stavca L 2, nakoľko v predchorobí sa vo februári 2008 uvádza úraz - stav po fraktúre ľavého humeru po páde. Nebolo možné preto vylúčiť, že v čase tohto úrazu vznikla aj fraktúra uvedeného stavca a v rámci predmetnej udalosti došlo k myofasciálnemu akútnemu algickému syndrómu v LS oblasti, už degeneratívnymi zmenami postihnutého osového aparátu. **Časové spresnenie diagnózy bolo čiastočne možné v danom čase cieleným CT vyšetrením, ktoré sa však z neznámych príčin nezrealizovalo.** Pri akceptovaní anamnestických rozdielností bolo možné ťažkosti pacientky skôr objasniť ďalšími vyšetreniami (traumatologické vyšetrenie, RTG, CT vyšetrenie chrbtice), čím by sa predišlo zbytočnému predlžovaniu celého liečebného postupu. Na tomto však určitou mierou participuje i samotná pacientka a komunikácia medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu na mieste **nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.**

Náhle úmrtie pacienta po uvedení do celkovej anestézie

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

51-ročný pacient prijatý na traumatologicko – ortopedické oddelenie za účelom artroskopickej operácie s diagnózou laesio menisci medialis gen. dx.

Pred príjmom na oddelenie 19.9.2007, absolvoval pacient 10.9.2007 interné predoperačné vyšetrenie bez kontraindikácie k operačnému zákroku. Dňa 19.9.2007 u pacienta realizované anesteziologické predoperačné vyšetrenie so záverom – ASA 1. Pred operačným výkonom pacient podpísal informovaný súhlas s operačným výkonom a zvolenou anestéziou, bol poučený o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Dňa 20.9.2007 prevezený na operačný sál s cieľom urobiť artroskopiou. V premedikácii pacientovi aplikovaný Atropin 1 mg i.m. Zabezpečil sa žilový prístup na EHK a podľa anesteziologického záznamu sa celková anestézia začala o 8,10 hod. podávaním, po predchádzajúcej preoxygénácii 100% kyslíkom v trvaní asi 5 minút, 200 mg Propofolu, Dormica 2,5 mg a Sufentanylu 2 ml i.v. Po strate vedomia pacient dostal Sukcinylocholinjodid 100 mg i.v. Po dosiahnutí svalovej relaxácie zaintubovaný orotracheálne kanylou č. 8 s balónikom, zavedenou asi 22 cm. Podľa zdravotnej dokumentácie aj podľa stanoviska anesteziológa, ktorý podával celkovú anestéziu, ako aj zdravotnej sestry, ktorá asistovala, prebehla intubácia bez problémov.

Po tomto úvode do celkovej anestézie, ešte pred akoukoľvek chirurgickou manipuláciou s pacientom, sa asi do piatich minút objavili problémy, ktoré sa začali prejavovať poklesom saturácie hemoglobínu kyslíkom, neskôr spomalením pulzovej frekvencie, poklesom krvného tlaku na nemerateľné hodnoty a neskôr zastavením obehu. V čase zisteného poklesu saturácie hemoglobínu kyslíkom bola požiadaná druhá anesteziologička na vedľajšom operačnom sále o pomoc.

Keďže sa zvolila intubačná anestézia, privolaná anesteziologička správne predpokladala ako prvú z možných príčin nesprávnu intubáciu a preto pacienta reintubovala. Potvrdila však, že aj predchádzajúca intubácia bola správna a ani ona nemala s intubáciou žiadne problémy a bola presvedčená s istotou, že endotracheálna trubica sa zaviedla správne. V tom čase už došlo k zastaveniu obehu a preto sa začala komplexná kardiopulmonálna resuscitácia (umelé dýchanie, vonkajšia masáž srdca, farmakologická liečba). Bol privolaný kardiológ, ktorý po punkcii pravej podkľúčnej žily zaviedol externú stimulačnú elektródu, no po začatí externej kardiostimulácie sa nezaznamenala žiadna elektrická a ani mechanická odpoveď myokardu.

V postupoch, ktoré sa odporúčajú pri kardiopulmonálnej resuscitácii a pri elektrostimulačnej liečbe boli vyčerpané všetky, najmä farmakologické postupy na to, aby sa podarilo zdravotný stav pacienta zvrátiť. Po 90-tich minútach komplexnej resuscitácie sa objavila v kanyle spenená tekutina, ktorá zodpovedala nálezu pľúcneho edému, komplikácii, ktorá sa pri tak dlho trvajúcej resuscitácii sprevádzanej intenzívnou farmakologickou liečbou s podávaním maximálne možných dávok liekov, vyskytuje takmer pravidelne. Po dohode všetkých zúčastnených zdravotníckych pracovníkov sa resuscitačné úsilie ukončili, o 9,40 hod. bol u pacienta konštatovaný exitus letalis.

Súdnolekárskou pitvou bola zistená dovedy klinicky nemá základná príčina smrti (suspektná encefalitída na vírusovom podklade, chronická hepatitída), ktorá s komplikáciami (odznievajúca, resp. perzistujúca lymfocytárna myokarditída so znmožením väziva (rôzne štádium vyzrievania väziva) so znmožením počtu mononukleárných zápalových elementov, opuch pľúc ťažkého stupňa s ložiskami krvácania do pľúcnych mechúrikov s krvnými výronmi pod popľúcnicou, krvné výrony v spojovke hornej mihalnice pravého oka, drobné krvácania do obličiek, opuch mozgu ťažkého stupňa s vytvoreným výrazným záhlavovým a spánkovým kuželom obojstranne) **viedla k bezprostrednej príčine smrti – zlyhaniu srdca.**

Zhrnutie úradu:

Úrad dohľadom na mieste u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukázal, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, **nebola v rozpore s ustanovením § 4 ods.3, zákona 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Všeobecný lekár postupoval správne, napriek diagnóze nádoru testis

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

31-ročný pacient v júni r.2006 navštívil všeobecnú ambulanciu pre bolesti chrbtice. Dňa 30.6.2006 bol vyšetrený na neurologickej ambulancii so záverom – akútne lumbago.

Pre zhoršené bolesti v krížoch a v pravom ramene odoslaný všeobecnou lekárkou dňa 18.12.2006 na reumatologické vyšetrenie so záverom: Polytopný vertebrogénny algický syndróm, v diferenciálnej diagnóze polyartralgie. Pre pretrvávajúce bolesti v oblasti lumbosakrálnej chrbtice pacient odoslaný 4.1.2007 na urologické vyšetrenie. Na urologickej ambulancii vyšetrený 25.1.2007, realizované aj USG obličiek – záver: sine morbo urologicae.

Pacient v r. 2007 sledovaný na reumatologickej ambulancii s diagnózou sakroileitis vpravo, v priebehu roku opakovane kontroly a laboratórne testy, medikamentózna terapia - nesteroidné antireumatiká, myorelaxanciá a analgetiká. Od 15.8.2007 do 21.8.2007 pacient práceneschopný pre pracovný úraz – zlomenina palca na ľavej nohe. Od 12.12.2007 pacient práceneschopný pre bolesti v oblasti cervikálnej chrbtice, medikamentózna terapia – nesteroidné antireumatiká a myorelaxanciá. Kontrolné vyšetrenie u všeobecnej lekárky 19.12.2007 – stav nezlepšený, zvýšená sedimentácia (20/hod.), v terapii pridané analgetikum.

Dňa 23.12.2007 pre sťažené dýchanie privolaná pohotovostná lekárska služba k pacientovi domov. Podané sedatívum a analgetikum. Dňa 27.12.2007 pacient prichádza na všeobecnú ambulanciu vo veľmi zlom zdravotnom stave, subjektívne udáva zvýšené teploty, slabosť a sťažené dýchanie. V objektívnom náleze bledosť, kľudové dyspnoe, oslabené dýchanie, tachykardia. Sedimentácia zvýšená (40/82), vyšetrenie moču – prítomná krv. Pacient odoslaný na interné vyšetrenie, eventuálne hospitalizáciu.

Záver interného vyšetrenia – špecifický proces pľúc alebo metastázy do pľúc pri neznámom origu pacient v ten istý deň odoslaný na onkologické vyšetrenie. Odtiaľ odoslaný na urologické vyšetrenie a následne prijatý na hospitalizáciu na kliniku urológie pre **nádor testis vpravo**. Dňa 31.12.2007 z vitálnej indikácie vykonaná pravostranná orchiektómia. Pooperačne dochádza u pacienta k výraznému zhoršeniu stavu a k progresii respiračnej insuficiencie. Pacient preložený na KAİM, kde napriek intenzívnej medikamentóznej terapii a umelej pľúcnej ventilácii dňa 4.1.2008 dochádza k úmrtiu.

Zhodnotenie úradu:

Všeobecná lekárka v priebehu dohliadaného obdobia (1.6.2006 – 4.1.2008) postupovala diagnosticky a terapeuticky správne. Pacienta odoslala na viaceré odborné vyšetrenia, následné kontrolné vyšetrenia, pokračovala v medikamentóznej liečbe podľa odporúčenia odborných lekárov a podľa aktuálneho stavu pacienta správne upravovala liečbu. Urologickým vyšetrením 25.1.2007 sa neodhalilo malígne ochorenie pravého semenníka. Pacient všeobecnej lekárke neudával ťažkosti s pravým semenníkom. Bez udania konkrétnych ťažkostí všeobecná lekárka nemohla predpokladať malígne ochorenie semenníka.

Záver:

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

Kazuistiky 2008

Odborní recenzenti:

Prof. MUDr. Ján Murín, CSc. – odbor kardiológia

Doc. MUDr. Martin Huľan, CSc. – odbor chirurgia

MUDr. Juraj Štofko, PhD., MBA, MPH – odbor neurológia

MUDr. Jozef Kallay, CSc. – odbor gynekológia a pôrodníctvo

Pripravili:

MUDr. J. Hlavatý

MUDr. E. Chlebovičová,

MUDr. Z. Kubová, MPH

MUDr. K. Špačková

MUDr. A. Markovičová

MUDr. O. Grollmusz

MUDr. Z. Flešarová

MUDr. Š. Lipčák

MUDr. N. Regendová

MUDr. E. Némethová

MUDr. O. Mancová

MUDr. V. Stanislavský

MUDr. M. Palková

PhDr. V. Šebeková, PhD.

PhDr. M. Sklenková

MUDr. R. Martoš

Zostavili a upravili:

MUDr. Beata Černáková, PhD., MPH

Milan Michalič

Tlač:

Náklad:

6000 kusov

www.udzs.sk

© UDZS 2009