úrad pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

Kazuistiky

2016

www.udzs-sk.sk

Želllova 2
829 24 Bratislava

© ÚDZS 2017

www.udzs-sk.sk

úrad pre
dohľad nad
zdravotnou
starostlivosťou

Kazuistiky

2016

www.udzs-sk.sk

Obsah

NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Podcenená progresia ileózneho stavu..... 2
Manažment pacienta s respiračnou insuficienciou pri pneumónii..... 9
Infarkt alebo akútna bronchitída?..... 13
Správnou komunikáciou sa dá predchádzať chybám..... 17
Nerozpoznaná extrauterinná gravidita..... 19
Nesprávny postup lekára RLP s následkom úmrtia pacienta..... 22
Nesprávne posúdenie zdravotného stavu lekárom LSPP..... 25
Nedostatočné vyšetrenie po úraze tváre..... 29
Nedôsledné vyšetrenie chronického pacienta..... 32
Nedostatočne vykonaná diferenciálna diagnostika pri vyšetrení pacienta na internej ambulancii ÚPS..... 34
Cudzí predmet v prsníku po augmentácii..... 37
Incontinentio alvi ako následok nešetrnej divulzie zvieračov konečníka u 50-ročnej pacientky..... 40
Omyl pri operácii rebra..... 43

SPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Kto zaniesol infekciu do rany?..... 47
Iatrogénne poškodenie pri kolonoskopii..... 51
Manažment pacienta s Crush syndrómom..... 53
Úmrtie polymorbidnej pacientky prijatej s renálnou kolikou..... 58
Spôsobila kortikosteroidná liečba očí u pediatrického pacienta glaukóm?..... 63
Nevykonaná reoperácia chrbtice?..... 65
Náhle úmrtie mladého pacienta..... 69
Úmrtie 45-ročnej pacientky bez definitívneho stanovenia diagnózy.. 73
Zriedkavá komplikácia akútnej pankreatitídy..... 79
Tapia syndróm – zriedkavá anestéziologická komplikácia..... 82

Použité skratky 88

PODCENENÁ PROGRESIA ILEÓZNEHO STAVU

Podávateľ podnetu žiadal o preverenie postupu zdravotníckych pracovníkov pri podozrení na zanedbanie lekárskej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná jeho manželke na chirurgickom oddelení dohliadanému subjektu.

Pacientka bola dňa 17. 8. 2014 vyšetrená v pohotovostnej ambulancii dohliadaného subjektu s bolesťami brucha a zvracaním. Následne bola hospitalizovaná, pričom ošetrujúci lekár povedal manželovi, že pacientka musí ostať v nemocnici 3 až 4 dni na infúznej liečbe. Večer dostal manžel telefonicky informáciu, že pacientku prekladajú na ARO. Na druhý deň ráno, dňa 18. 8. 2014 o 05:40 hod., bola manželovi podaná telefonická informácia, že pacientka musí ísť na operáciu. O 08:30 hod. dostal podávateľ podnetu telefonicky správu, že jeho manželka zomrela.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola v pohotovostnej chirurgickej ambulancii dňa 17. 8. 2014 o 14:40 hod. vyšetrená ako akútny stav s bolesťami brucha trvajúcimi 2 dni, 8x vracala žalúdočný obsah, udávala meteorizmus a zástavu vetrov. Dňa 16. 8. 2014 jedla ešte bryndzové halušky a pastiersky syr. Močenie bolo pri prijatí bez ťažkostí, stolica bola naposledy 15. 8. 2014. Anamnestické údaje: OA: negat. Operácia AE pred 4 rokmi a stav po SC. LA: negat. FF: stabilizované. Objektívny nález: Brucho priehmatné, mäkké, palpačne bolestivé difúzne, bez hmatnej rezistencie, jazva po apendektómii a cisárskom reze pokojná, hepar a lien nehmatné, tapott. bilat. negat., podbruška voľné, inquiny bez herniácie, peristaltika nepočuteľná, bez známok peritoneálneho dráždenia, per rectum - anus pokojný, sfinkter patentný, čípok nebolestivý, Douglas nebolestivý, nezväčšený, v ampule tvrdá stolica, na rukavici hnedá stolica. Ostatný nález negatívny. Realizované vyšetrenia: KO: leukocytóza (24,71 x 10^9/l) s neutrofíliou (84,7 %) a lymfopéniou (8,7 %), ostatné zložky vyhovujúce; biochémia: glykémia (8,61 mmol/l), AMS (1,94 ukat/l), CRP (12,27 mg/l), ostatné parametre vyhovujúce (kreatinín, bilirubín, AST, GMT, Na, K, CKD-EPI), hraničná hyponatriémia (137,72 mmol/l);

hemokoagulačné vyšetrenie – v norme. RTG natív brucha v stoji: v ľavom mezogastriu 3 hydroaerické fenomény - prítomné hladinky tenkého čreva, t. č. bez pneumoperitonea. **Dg. záver: Status subileosus.** Odporúčania: hospitalizácia, nič per os, sledovať príjem a výdaj tekutín, VF á 6 hod., Fraxiparin 0,3 ml s. c., 500 ml FR + Algifen + Mesocain 3x, 5 % glukóza + Nolpaza 1x, 10 % glukóza + 6 j. HMR 2x. Na ďalší deň plánované kontrolné RTG natív, KO, biochémia.

Pacientka bola o 15:11 hod. prijatá na chirurgické oddelenie so známkami subileózneho stavu.

Pri prijatí objektívne vyšetrenie: TK 140/80 mmHg, P: 84/min, brucho: mäkké, priehmatné, palpačne bolestivé difúzne, bez hmatnej rezistencie, jazva po AE a cisárskom reze pokojná, hepar a lien nehmatné, Tapottement bilat. negat., podbruška voľné, inguiny bez herniácie, **peristaltika nepočuteľná**, bez známok peritoneálneho dráždenia. Per rectum: anus pokojný, sfinkter patentný normotonický, čípok nebolestivý, Douglas nebolestivý, nezväčšený, v ampule tvrdá stolica, na rukavici hnedá stolica. Ostatný nález bez pozoruhodností.

Ordinovaná terapia: rovnako ako na CPO. O 16:27 hod. EKG: bez známok ischémie a poruchy rytmu. O 17:30 hod. po podaní infúzií subjektívne mierne zlepšenie, pac. spontánne močila, nezvracala, brucho priehmatné, palpačne citlivé v hornej polovici, bez známok peritoneálneho dráždenia. Cirkulačne stabilizovaná. Pokračovanie v konzervatívnom postupe. O 19:30 hod. pri večernej vizite subjektívne mierne zlepšenie, bolesti sa zmiernili, prítomná nauzea, nevracala, močila bez ťažkostí (cca 100 ml), mala aj malé množstvo redšej stolice, tlakovo bola stabilizovaná. O 20:00 hod. pacientka vyzvracala asi 300 ml žltozeleného obsahu, pri vyšetrení bolo brucho priehmatné, bez známok peritoneálneho dráždenia. Do infúzie 5 % glukózy bol naordinovaný Degan a v prípade ďalšieho vracania zvažované zavedenie nazogastrickej sondy. O 22:00 hod. pri dotekajúcej tretej infúzii FR 500 ml + Mesocain 1 % + Algifen, u pacientky došlo k náhlej zmene klinického stavu, pacientka začala byť spotená, dyspnoická; TT 37,1 °C, **TK 60/40 mmHg, P: 150/min,** na koži brucha vznikol náhly difúzny exantém. Brucho bolo v hornej polovici palpačne citlivé, meteoristické, bez známok peritoneálneho dráždenia, peristaltika slabo počuteľná. **Stav bol vyhodnotený ako susp. anafylaktická reakcia po spazmoanalgetickej infúzii.** Naordinované bolo vysadiť podávanú

infúziu, podať do infúzie v 100 ml FR Hydrocortison 200 mg i. v., inhalácia kyslíka a monitorovanie TK, P, O_2 a EKG. Privolané interné konzílium. O 22:10 hod. interné konzílium, ktoré konštatuje u pacientky spotenie, exantém na bruchu, anamnesticky doteraz bez kardiovaskulárneho ochorenia, zmeny na EKG pri P 150/min, TK 60/40 mmHg, odporučilo do 250 ml 5 % glukózy pridať 2 amp. Cordarone á 150 mg. Monitoring EKG a TK, privolať konzílium OAIM.

O 22:45 hod. privolané OAIM. Subjektívne sa pacientka cítila zle, bola dýchavičná napriek podávaniu O_2, tlak mala zle merateľný až nemerateľný, P 130 - 150/min, objektívne – brucho palp. citlivé, bez peritoneálneho dráždenia, bez zvracania, akrá studené, spotené. Pre SVT (flutter) podaný Cordarone v infúzii, Digoxin 0,25 mg pomaly. EKG supraventrikulárna tachykardia, f 130/min. Odporúčané infúzie, kontroly TK, P, dotiecť Cordarone, na dif. dg. CT vyšetrenie. O 22:55 hod. ordinovaná infúzia 500 ml Voluven a 1000 ml Plasmalyte. O 23:30 hod. stav pacientky nezlepšený, studené akrá, spotené, mramorovanie kože, nález na bruchu bez zmien, stále bez perit. dráždenia. TK 80/50 mmHg, pulz 135 - 145/min. Indikované CT vyšetrenie pre pretrvávajúci hypovolemický stav a na vylúčenie embolizácie do a. pulmonalis event. ruptúry aneuryzmy. Podávaná v tom čase bola infúzia 1000 ml Plasmalyte i. v.

CT predbežne popísané: vylúčená embolizácia aj ruptúra aneuryzmy. Nález bol označený ako ileózny stav v. s. paralytický, prítomná gastroplégia bez perforácie steny žalúdka. **Operačné riešenie chirurgom odložené do času stabilizácie VF**. CT vyšetrenie podľa chirurga neidentifikuje nález, ktorý by vyžadoval neodkladné chirurgické riešenie. O 23:48 hod. kontrolná ABR - zmiešaná RAC a MAC, s ťažkou hypoxémiou. Vzhľadom na uvedený stav bola pacientka preložená dňa 18. 8. 2014 o 00:15 hod. na OAIM za účelom intenzívneho monitoringu a liečby pre šokový stav nejasnej etiológie.

Nález CT vyšetrenia hrudníka a abdomenu: CT obraz ileózneho stavu, bez evidentnej prekážky, v. s. paralytický ileus. Malý ascites v malej panve. Dilatácia ezofagu v celom rozsahu (28 mm), výrazne dilatovaný je žalúdok, ako aj kľučky tenkého čreva až po ileocekálny prechod, vyplnený tekutinou s hladinkami plynu. Colon nie je dilatovaný. Šírka kľučky tenkého čreva dosahuje takmer 4 cm. Črevná stena sa po k. l.

homogénne vysycuje. Bez známok trombotizácie a embolizácie. Steatóza pečene. V malej panve malý ascites. Bez pneumoperitonea.

Stav pri prijatí: Pacientka pri vedomí, v šokovom stave, spotená, bez ikteru, cyanóza na akrách, mramorovanie na bruchu a DK. Brucho priehmatné, difúzne bolestivé, bez hmatnej rezistencie, bez hepatosplenomegálie, Tapottement bilat. negat., podbrušká voľné, inquiny bez herniácie, peristaltika nepočuteľná, bez známok peritoneálneho dráždenia, vyšetrenie per rectum: negat., na rukavici hnedá stolica. **Diagnostický záver pri prijatí:** Šok nejasnej etiológie. Metabolický rozvrat, ťažká MAC a RAC. Status ileosus. Gastroplégia. St. p. AE (2010). Susp. alergia na Mesocain a Algifen. Lab. vyšetrenia: D-dimér 7,88 mg/l, troponín T 63,69 ng/l, myoglobín 283 ug/l. Po podaní Cordaronu a Digoxinu úprava pulzu z frekvencie 150/min na 120/min. Na opakovanom EKG bez známok čerstvej ischémie. Na OAIM sa pokračovalo v infúznej terapii, symptomatickej terapii šoku, podané plazmaexpandery. Podpora cirkulácie Noradrenalinom, pacientka bola napriek podaným infúziám anurická. O 02:00 hod. ABR: MAC, podané 250 ml i. v. $NaHCO_3$.

Klinický stav: progreduje, pacientka o 02:35 hod. pri vedomí, šoková, hypotenzná, tachykardická, anurická, zvracia fekaloidný obsah. Privolaný chirurg. 02:45 hod. chirurgické konzílium - zavedená NGS odviedla cca 1000 ml fekaloidného obsahu. **Chirurgické riešenie odložené do stabilizácie vitálnych funkcií a cirkulácie.** Kontrolné lab. parametre: ABR: v oblasti maximálne kompenzovanej MAC, hypoxémia; KO: leukocytóza 15,41 x 10^9/l, ťažká trombocytopénia Tro 15,2 x 10^9/l, červená zl. vyhasnutá. Hypokoagulačný stav – INR 1,51, D-dimér 10,69 mg/l. Biochémia: zvýšené renálne parametre (urea 12,79 mmol/l, kreatinín 256 umol/l), zvýšený konj. bilirubín (22,16 umol/l) pri mierne zvýšenom celkovom bilirubíne (25,5 umol/l), AST 2,82 ukat/l, AMS 8,48 ukat/l, ťažká hypokaliémia 2,78 mmol/l, CRP 107,4 mg/l; vzostup hodnoty cTnT (90,28 ng/l), myoglobín (>3000 ug/l), TSH (7,281 mIU/l), fT3 (>30,8 pmol/l), PCT (63,79 ug/l), fT4 v norme (28,1 pmol/l).

V ďalšom priebehu šokový stav napriek podávanej terapii pretrvával, podávané boli plazmaexpandery, cirkulácia bola podporovaná noradrenalínom. Vzhľadom na zistené vysoké hodnoty kardiošpecifických parametrov (D-dimér, troponín, myoglobín) opakovane natočené EKG, ktoré však okrem tachykardie nepreukázalo

známky akútnej kardiálnej ischémie. Z NGS odchádzal fekaloidný obsah, pretrvávala anúria. **Ranné chirurgické konzílium pri rannej vizite (čas neudaný) na základe klinického obrazu indikovalo operačnú revíziu**. Konštatovaný moribundný stav. O 8:05 hod. pacientka upadala do bezvedomia, nastupovala bradykardia a následne asystólia. KPCR bez efektu. **O 8:20 hod. konštatovaný exitus letalis.** Diagnózy: Šok nejasnej etiológie, susp. trombóza v. mesenterica, necrosis intestini tenui? (na CT nepotvrdená). Metabolický rozvrat, ťažká MAC a RAC. Status ileosus (ileus tenkého čreva). Gastroplégia. Pancreatitis acuta susp. Thyreopatia nejasnej etiológie v. s. stresová. St. p. AE. Trombocytopénia ťažkého stupňa sec.

Patologicko-anatomická pitva: Príčina smrti: Metabolický rozvrat. Základná choroba: Strangulačný (adhezívny) ileus v distálnej časti ilea (45 cm od ileocekálneho prechodu). Stav po apendektómii s následnými menšími adhéziami v oblasti ľavého hypochondria.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Hospitalizácia bola u pacientky plne medicínsky opodstatnená. Rozsah realizovaných vyšetrení v prijímacej ambulancii bol adekvátny k popisovaným ťažkostiam. Pri prijatí na oddelenie boli následne zopakované niektoré vyšetrenia a doplnené ďalšie. **Pacientke, ktorá bola prijatá v subileóznom stave, nebola zavedená NGS a v prvých hodinách monitorovania stavu pacientky nebol dostatočne vyhodnotený údaj o bolesti a jej charaktere.** Všetky lekárske vyšetrenia od prijatia pacientky, za 7 hodín (do 22:00 hod.), sú v dokumentácii zaznamenané len veľmi laxne. Zaznamenávané sú len subjektívne údaje, hodnoty VF a BT. **Často úplne chýba nález fyzikálneho vyšetrenia. Subjektívne zlepšenie nie je podložené objektívnym nálezom. Po tom, čo pacientka začala zvracať, lekár neriešil príčinu. Okrem nálezu pri prijatí vôbec nie je následne nikde zaznamenaný stav hydratácie. Chirurg nehodnotil nepočuteľnosť peristaltiky. Nie sú vyhodnotené patologické nálezy v lab. vyšetreniach. V dokumentácii nie je zachytený a zohľadnený progres ochorenia napriek tomu, že pacientka bola prijatá s diagnózou subileózny stav a v tom čase stále nebola zrejmá príčina tohto stavu.** Pacientka mala byť od začiatku riešená ako náhla príhoda brušná. NGS bola zavedená až o 02:45 hod., kedy už pacientka zvracala fekaloidný obsah. V terapeutickom postupe sa pokračovalo v spazmolytickej terapii, bez zohľadnenia progresie stavu. Pri podávaní

spazmolytickej terapie a pri súčasne nedostatočnom vyhodnotení charakteru bolesti došlo o 22:00 hod. k progresii stavu do štádia šokového stavu s hypotenziou, tachykardiou a kožnou reakciou na brušnej stene. Službukonajúci lekár vyhodnotil stav ako susp. alergickú reakciu. Bola naordinovaná terapia kortikoidmi (Hydrocortison), pre prítomnosť flutteru predsiení na EKG ďalej kardiotonická liečba (Digoxin). U pacientky bol indikovaný preklad na OAIM za účelom monitorovania vitálnych funkcií. Ku zhoršeniu došlo v čase, keď pacientke dotekala tretia rovnaká infúzia. **Ak daný výsev mal byť alergickou reakciou, pri ktorej došlo k cirkulačnej instabilite s významným poklesom TK a tachyarytmiou (anafylaktická reakcia?), tak liekom voľby mal byť adrenalín a nie hydrokortizón.** Pričom dávame do pozornosti aj skutočnosť, že histomorfologicky sa anafylaktický šok nepreukázal.

Pochybenie bolo identifikované aj v postupe lekárov na OAIM. **Pacientke bola podaná oxygenoterapia pomocou O_2 masky.** Tento spôsob síce spočiatku viedol k zlepšeniu oxygenácie, ale ABR vyšetrenie o 06:08 hod. opätovne zaznamenalo hypoxémiu. V zápise o 06:55 hod. je uvedené, že pacientka je dýchavičná, SpO_2 sa pohybovalo okolo 75 %, **preto bolo treba zabezpečiť oxygenáciu intubáciou a umelou ventiláciou pľúc!** Pacientka bola v šoku, cirkulácia bola podporovaná noradrenalínom do **periférnej žily!** Ide o neštandardný spôsob podávania katecholamínov v intenzívnej medicíne. **Centrálny žilový katéter nebol zavedený. Pacientke v hypovolemicko-septickom šoku nebola nasadená ATB terapia** – pri tak rozvinutom ileu dochádza k translokácii baktérií z čreva a PCT vyšetrené o 7:30 hod. bolo 63,79 ug/l, pacientka mala aj leukocytózu. **Pri ileu dochádza aj k rozvratu vnútorného prostredia, čo sa prejavuje aj poruchou v mineralograme**. Prvé biochemické vyšetrenie bolo vykonané pri prijme pacientky na chirurgické oddelenie a **ďalšie až o 07:31 hod., t. j. na druhý deň ráno, kedy už bola výrazná hypokaliémia (2,78 mmol/l)**, pritom u pacientky bola prítomná MAC (vyšetrenie ABR o 6:08 hod.). **Kálium hradené nebolo vôbec, a tak závažná hypokaliémia tiež prispela k cirkulačnej nestabilite pacientky. Aj ďalšie laboratórne vyšetrenia boli dôkazom závažnosti a kritického zdravotného stavu pacientky.**

Z NGS vytieklo 1000 ml fekaloidného obsahu. O 02:45 hod. privolaný chirurg síce indikoval operačnú revíziu, **ale opäť ju odkladal do**

stabilizácie vitálnych funkcií. Najneskôr vtedy mal byť indikovaný operačný výkon z vitálnej indikácie. Prolongovaný ileózny stav má svoje jasné prejavy, kde progresii do šokového stavu vždy predchádzajú prodrómy v podobe akejkoľvek dekompenzácie minerálov, tlaku, pulzu, ktoré sa dajú detekovať. No u pacientky neboli od prijatia (14:40 hod.) skontrolované laboratórne hodnoty, do 22:00 hod. neboli zmerané VF a napriek zvracaniu neboli žiadnym spôsobom monitorované zmeny v obehovom systéme ani lokálny nález. **Opomenuté boli teda postupy, ktoré progresiu stavu mohli a mali odhaliť. Ošetrujúci lekári nereagovali adekvátnymi terapeutickými opatreniami, čo viedlo k rozvoju šokového stavu s následnou náhlou dekompenzáciou myokardu**. **Nebolo adekvátne zhodnotené CT, ktoré preukázalo prítomnosť výraznej dilatácie celého tráviaceho traktu od ezofagu po ileocekálny prechod.** Pochybením bolo, že lekár sa uspokojil so záverom CT vyšetrenia, ktoré popísalo „stav bez evidentnej prekážky“, aj keď klinický stav pacientky sa progresívne zhoršoval. **Pacientka prišla so subileóznym stavom na základe strangulácie, ktorá pokračovala až do úplnej strangulácie, kedy nastúpili celkové príznaky šokového stavu, ktoré nastupujú pri strangulácii rýchlo**. Bol podcenený možný rozvoj do stavu, kedy bolo výrazne dilatované celé tenké črevo na šírku cca 4 cm vyplnené tekutinou s hladinkami, výrazne dilatovaný žalúdok a dilatácia zasahovala až na ezofagus v celom jeho rozsahu. Pacientka bola hypotenzná až od 22:00 hod., pričom následne sa tlakovo mierne upravila. **Strangulačný ileus spadá do kategórie neodkladných výkonov**. Chirurgické konzílium bolo privolané aj o 06:55 hod., kedy chirurg už indikoval operačnú revíziu (zo sondy už vytieklo ďalších 1750 ml fekaloidného obsahu). **Stav bol hodnotený ako moribundný**. **Operačný výkon bol indikovaný oneskorene a ani sa nestihol realizovať**.

ZÁVER

Výkonom dohľadu **úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.”), **zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne.**

MANAŽMENT PACIENTA S RESPIRAČNOU INSUFICIENCIOU PRI PNEUMÓNII

Úradu bol doručený podnet dcéry nebohého pacienta, ktorá uviedla, že jej otec dňa 15. 8. 2015 navštívil LSPP pre dospelých pre kašeľ a sťažené dýchanie. Službukonajúci lekár ho po vyšetrení a odporučení voľnopredajných liekov poslal domov. Dňa 17. 8. 2015 pre pretrvávajúce ťažkosti s dýchaním otec išiel k VLPD, ktorý ho okamžite poslal na interné vyšetrenie do spádovej nemocnice. V ten deň bol prijatý na interné oddelenie, diagnostikovali mu obojstranný zápal pľúc. Dňa 19. 8. 2015 o 21:10 hod. otec zomrel.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

60-ročný pacient s artériovou hypertenziou, hypercholesterolémiou, steatózou pečene, dnou, gonartrózou, obezitou. V trvalej medikácii mal zahrnuté: ACE-inhibítor, betablokátor, salicylát, fibrát, statín, antiuratikum. **Dňa 15. 8. 2015** bol vyšetrený na **LSPP** pre sťažené dýchanie v sprievode bolestí hrdla, suchého kašľa a deň pred vyšetrením mal TT: 37,8 °C. V čase lekárskeho vyšetrenia bol pacient afebrilný, mal hyperemický orofarynx, bez čapov, dýchanie auskultačne čisté, vezikulárne, bez vedľajších fenoménov, AS pravidelná, bez šelestov. Po fyzikálnom vyšetrení službukonajúci lekár odporučil režimové opatrenia, lokálnu liečbu akútneho zápalu hrdla, antipyretikum, antitusikum a kontrolu u VLPD. **Dňa 17. 8. 2015** bol pacient vyšetrený na ambulancii **VLPD** o 11:50 hod. pre sťažené dýchanie pri chôdzi po rovine a TT: 38,6 °C, bolesti hrdla a suchý kašeľ. Objektívne bol v pokoji eupnoický, bez cyanózy, oropharynx nastrieknutý, LU palpačne citlivé, AS pravidelná, P: 90/min, TK: 130/76 mmHg, dýchanie zostrené, bez bronchitických fenoménov. Bol vykonaný EKG záznam, na ktorom sa zachytil SR s fr.: 113/min, bez akútnych ischemických zmien v popise. Stav hodnotený ako febrilný stav v diff. dg. a susp. pneumónia, ev. kardiálna dekompenzácia. Pacient následne poukázaný na **internú ambulanciu NZZ**. Tu urobené EKG, RTG hrudníka, odobratá krv. Z internej ambulancie odoslaný na príjem cez internú príjmovú ambulanciu **spádovej nemocnice**. Objektívny nález v správe internistu na internej ambulancii NZZ ani v

správe lekára na príjmovej internej ambulancii nebol zaznamenaný. V laboratórnych testoch bola prítomná leukocytóza 16,11 x 10^9/l, neutrofília 77,8 %, CRP 435,8 mg/l, urea 10,05 mmol/l, kreatinín 135,53 umol/l, kyselina močová 545,0 umol/l, AST 0,83 ukat/l, ALT 0,72 ukat/l, aterogénny index 20,41. Na RTG hrudníka bilaterálne difúzne obláčikovité zatienenie. Lekárka z internej príjmovej ambulancie stav pacienta konzultovala s lekárkou oddelenia pneumológie vyššieho ústavného zdravotníckeho zariadenia, ktorá odporúčala pacienta uložiť na JIS a po zastabilizovaní stavu preložiť k nim. Na **interné oddelenie** bol pacient prijatý dňa 17. 8. 2015 o 14:23 hod. Objektívne bol zistený pri prijatí TK: 140/100 mmHg, P: 103/min, dýchanie spastické, vľavo oslabené, bazálne chropy, vrzgoty, vpravo až do výšky stredných pľúcnych polí. Pri prijatí bola uvedená pracovná diagnóza - obojstranná alárna pneumónia. V priebehu prvého dňa hospitalizácie sa v laboratórnych testoch doplnila FW 84/90 a ABR: pCO_2 4,3 kPa, pO_2 8,76 kPa, sat.O_2 95,1 %. Následne bol doplnený odber hemokultúry, moč chem. + sediment, moč na kultiváciu, TT, TN, sérológia na Chlamydia pneumoniae, Mykoplazma pneumoniae, spútum na kultiváciu, spútum na BK. Liečebne bola aplikovaná trvalá medikácia, 2-kombinácia ATB (moxifloxacín Avelox 400 mg/24 hod. p. o. + cefalosporín 3. generácie Cefotaxime 6 g/24 hod. i. v.), pomalá hydratácia približne 500 ml kryštaloidov, bronchodilatanciá. Pacientovi bola intermitentne aplikovaná oxygenoterapia a boli registrované TT: do 37,6 °C. **Dňa 18. 8. 2015** bol v zdravotnej dokumentácii len záznam sestry o 01:30 hod.: „Pacient sledovaný, O_2 p. p., dýchavičný pri chôdzi na WC, th. podaná, TT: 37,2 °C“. Ďalší záznam bol až o 11:29 hod.: „Pacient bude preložený na pľúcne“. V dekurze z tohto dňa absentoval údaj ošetrujúceho lekára o subjektívnych ťažkostiach pacienta a objektívny nález. Laboratórne sa dokumentovala ABR: **pCO_2 4,1..3,2 kPa, pO_2 4,3..3,6 kPa, sat. O_2 54,0..51,7 %,** o 10:30 hod. arteriálny odber **pCO_2 3,6 kPa, pO_2 4,0 kPa, sat. O_2 58,1 %.** Pacient bol preložený na pľúcne oddelenie iného zdravotníckeho zariadenia cestou RLP, kde bol odovzdaný o 12:28 hod.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient bol hospitalizovaný na internom oddelení spádovej nemocnice pre obojstrannú pneumóniu. Na základe zhodnotenia dokumentácie išlo s najväčšou pravdepodobnosťou o komunitnú bakteriálnu alárnu pneumóniu, ktorej mortalita je aj v súčasnosti vysoká, 1,4 - 31,8 %, v závislosti od pôvodcu. Obojstranná alárna pneumónia vyžaduje intenzívne sledovanie pacienta z dôvodu možného náhleho zhoršenia,

až vyústenia do akútnej respiračnej insuficiencie/ARDS. Pacientovi je potrebné zabezpečiť kontinuálnu oxygenoterapiu a kontinuálny rozšírený monitoring. Pri prijatí na interné oddelenie a v priebehu hospitalizácie išlo v danom prípade o závažný stav, ktorý progredoval až do stavu hypoxemickej respiračnej insuficiencie. V čase prijatia na interné oddelenie bola prítomná rozvinutá obojstranná alárna pneumónia v sprievode dýchavice. Je zrejmé, že tento stav sa vyvíjal niekoľko dní. V dokumentácii bolo prítomné časové okno dňa 16. 8. 2015, kedy pacient bol zrejme doma. Usudzujeme, že jeho stav nemohol byť priaznivý ani v tento deň. Pri prijatí bol konzultovaný lekár pľúcneho oddelenia za účelom prevzatia pacienta, ktorý odporúčal uložiť pacienta na JIS a po zastabilizovaní stavu preložiť. Pacient bol, vzhľadom na nedostatok miesta na JIS, uložený na intermediárnu izbu, ktorá mala disponovať centrálnym prívodom O_2, lôžkami s bedside monitormi a zvýšeným dohľadom personálu. Pri prijatí bol pokojovo dyspnoický, laboratórne boli vysoko elevované zápalové markery. Bola mu aplikovaná trvalá medikácia, 2-kombinácia ATB súčasne s kryštaloidmi, podávané bronchodilatanciá, intermitentne aplikovaná oxygenoterapia, realizované potrebné kultivačné a doplňujúce vyšetrenia. V zdravotnej dokumentácii absentovali akékoľvek údaje o pravidelnom klinickom sledovaní pacienta (dychová frekvencia, hodnoty saturácie O_2 pulzným oxymetrom, kontrola TK, P). Na druhý deň hospitalizácie sa laboratórne dokumentovala ABR s hodnotami pO_2 4,3..3,6..4,0 kPa a sat. O_2 54,0..51,7..58,1 %. V dokumentácii absentovali akékoľvek údaje ošetrujúceho lekára o subjektívnych ťažkostiach pacienta i jeho objektívny nález. Podľa epikrízy v prepúšťacej správe, pre progresiu stavu s respiračnou insuficienciou, bol dňa 18. 8. 2015 opätovne konzultovaný pľúcny lekár a bol dohovorený preklad pacienta.

ZHRNUTIE ÚRADOM

U pacienta s obojstrannou alárnou pneumóniou, ktorá sa rozvinula do hypoxemickej respiračnej insuficiencie, nebol na internom oddelení spádovej nemocnice zabezpečený dostatočný manažment intenzívnej liečebnej starostlivosti (monitoring, kontinuálna oxygenoterapia, včasná konzultácia OAIM).

ZÁVER

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

DOPLNENIE

Na pľúcne oddelenie bol pacient privezený v ľahu s vyvýšenou polohou hlavy, s O_2 za monitoringu VF, v terapii Hydrokortison a Syntophyllin. Pri prijatí bol dyspnoický, tachypnoický, s centrálnou cyanózou, komunikoval, orientovaný, semimobilný pre dýchavicu, auskultačne dýchanie zostrené, vpravo v dolnom pľúcnom poli inspiračné chrôpky. Cca po 20 min., pri vstupnom vyšetrovaní, náhle výpadok dýchania. Bezodkladne zahájená KPR. Došlo k obnove AS, pre hypotenziu cirkulácia podporovaná medikamentózne, nedošlo k obnove vedomia. V uvedenom stave bol preložený na KAIM, kde napriek komplexnej resuscitačnej terapii progredovali známky septického šoku a MOF, dňa 19. 8. 2015 o 21:00 hod. stav vyústil do asystólie na EKG a bol konštatovaný exitus letalis. Pacient nebol pitvaný.

<u>Kritériá ťažkej pneumónie</u>:
1. indikácie k hospitalizácii na JIS - <u>malé kritériá</u> - prítomnosť 2 znakov:
- dychová frekvencia > 30/min,
- pO_2 < 8 kPa, sat. O_2 pod 92 %,
- systolický tlak < 90 mmHg alebo diastolický tlak < 60 mmHg,
- skiagram hrudníka s bilat. postihnutím alebo postihnutie viac ako dvoch lalokov,
2. indikácie k hospitalizácii na JIS - <u>veľké kritériá</u> - prítomnosť 1 znaku:
- potreba UPV,
- nárast infiltrácie o 50 % a viac v priebehu 48 hod. od prijatia pri klinickom zhoršení,
- potreba podávania vasopresorických látok viac ako 4 hod.,
- kreatinín séra nad 0,2 mg/dl alebo zhoršenie renálneho zlyhania.

INFARKT ALEBO AKÚTNA BRONCHITÍDA?

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie dcéry zosnulého pacienta, ktorá žiadala prešetriť diagnostické a liečebné postupy v zdravotníckom zariadení ústavu na výkon väzby, kde jej otec vykonával trest odňatia slobody na tzv. otvorenom oddelení. Otec podávateľky sa mal pred smrťou sťažovať, že sa zle cíti, po pár krokoch sa zadýcha, tlačí ho na hrudníku, slabnú mu ruky. Dňa 8. 2. 2016 navštívil lekárku, bol ponechaný PN s vrátením na otvorené oddelenie, dňa 10. 2. 2016 navštívil opätovne lekárku, stále bol ponechaný PN s tým, že bol zase prepustený naspäť na otvorené oddelenie. Na druhý deň zomrel. Počas trvania výkonu trestu bol dlhšie PN, zvyšok času pracoval s vynakladaním nemalej fyzickej záťaže.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient pred nástupom na výkon trestu odňatia slobody absolvoval dňa 27. 5. 2015 komplexné interné vyšetrenie s diagnostickým záverom: esenciálna artériová hypertenzia II (WHO), dyslipoproteinémia, obezita. V čase tohto vyšetrenia bol pacient bez dýchavice a bez bolestí na hrudníku. Realizované EKG vyšetrenie: sínusový rytmus s fr. 77/min, intermediálna poloha, prevody v norme, bez elevácie a depresie ST segmentu. V liečbe mal pacient odporučené antihypertenzíva (betablokátor - nebivolol, ACE-inhibítor - perindopril, kalciový blokátor - amlodipín, thiazidové diuretikum s dominantným vazodilatačným účinkom - indapamid), diétu s obmedzím tukov, menej solenú.

Pri nástupe výkonu trestu odňatia slobody dňa 4. 6. 2015 bolo realizované vstupné vyšetrenie všeobecným lekárom, kde bol akceptovaný záver komplexného interného vyšetrenia a realizovaná odporučená medikácia.

Dňa 10. 6. 2015 bolo realizované echokardiografické vyšetrenie so záverom: významná hypertrofia steny ĽK, najmä bazálne až 17 mm, diastolická dysfunkcia I. typu, dobrá systolická funkcia ĽK, chlopne s nevýznamnými chybami.

Dňa 11. 6. 2015 bolo realizované RTG vyšetrenie hrudníka: pľúcny parenchým bez ložiskových zmien, akcentované hily a bronchovaskulárna kresba bilaterálne, tieň srdca je veľkosťou v norme.

Dňa 30. 6. 2015 bol pacient premiestnený do iného ústavného zariadenia, bol zaradený na tzv. otvorené oddelenie. Nasledujúci deň 1. 7. 2015 bol vyšetrený lekárkou zariadenia. Pacient bol komplexne vyšetrený s rozsiahlym zhodnotením anamnézy, objektívneho nálezu. Bol cirkulačne stabilizovaný, hodnota TK bola 140/70 mmHg, pulz 64/min. Hodnotený ako zdravotne spôsobilý na výkon práce s obmedzením – nie nočné zmeny. Odporučené pravidelné kontroly TK, kontrola lipidogramu o 3 mesiace.

Dňa 4. 8. 2015 realizovaný lekárkou zariadenia predpis chronickej medikácie, hodnota TK bola 130/75 mmHg.

Dňa 14. 9. 2015 realizovaný predpis chronickej medikácie, hodnota TK bola 125/80 mmHg.

Dňa 5. 11. 2015 bol pacient vyšetrený v ambulancii zariadenia pre akútne ochorenie. Udával asi 4 - 5 dní výrazný kašeľ, ťažšie dýchanie, hlavne v noci, plný nos, bolesť v krku, zvýšenú telesnú teplotu okolo 38 °C. Pacient ďalej uvádzal, že kašle už minimálne 4 roky (liečba ACE-inhibítorom 3 roky), udával, že má stále zlý tlak 180/100 mmHg. V objektívnom náleze bola rinolália, TT 36,4 °C, dutiny na poklop nebolestivé, jazyk povlečený, sliznice hydratované, tonzily mierne hyperemické, orofarynx jemne nastrieknutý, zväčšené lymfatické uzliny na krku nehmatné, dýchanie len jemne oslabené vľavo bazálne, inak v celom rozsahu čisté, bez vedľajších fenoménov, AS pravidelná, hodnota TK 115/75 mmHg. Stav bol diagnosticky záverovaný ako akútna bronchitída, bližšie neurčená. V liečbe bolo odporučené ATB Augmentin, pokojový režim, práceneschopnosť, pri kontrole odber na sérologické vyšetrenia (chlamýdie, mykoplazmy).

Dňa 9. 11. 2015 pacient absolvoval kontrolu. Subjektívne sa cítil oveľa lepšie, ešte ho trochu pobolievalo hrdlo, výtok z nosa bol miernejší. V objektívnom náleze eupnoe, mierna rinolália, orofarynx bez zápalových zmien, dýchanie vezikulárne čisté. Hodnota TK bola 130/70 mmHg. Realizované odbery na sérologické vyšetrenia (pozit. IgG

Chlamýdia pneum., inak negat.). Pri kontrole dňa 13. 11. 2015 bola pacientovi ukončená práceneschopnosť.

Dňa 9. 12. 2015 v ambulancii zariadenia kontrolovaný TK - 135/85 mmHg.

Dňa 5. 2. 2016 realizovaný predpis chronickej medikácie, hodnota TK bola 135/80 mmHg.

Dňa 8. 2. 2016 (pondelok) bol pacient vyšetrený v ambulancii zariadenia. Udával, že sa od piatku cíti chorý, po pár krokoch sa hrozne zadýcha, aj ho začne tlačiť na hrudníku, slabnú mu ruky, predchádzajúci deň zvýšená telesná teplota 38,2 °C. Ďalej udal, že sa potí, nechutí mu jesť, spotil sa a prechladol pri práci na vinohradoch. V objektívnom náleze TT 37,5 °C, mierne pri záťaži dyspnoický, jazyk povlečený, sliznice hydratované, oropharynx bez zápalových zmien, dýchanie čisté vezikulárne bez vedľajších fenoménov. Hodnota CRP z kapilárnej krvi 52. Stav bol záverovaný ako akútna bronchitída, odporučená ATB liečba – Augmentin, pokojový režim, Paralen, pobyt na ošetrovni v izolácii aspoň do stredy.

Dňa 9. 2. 2016 sú v zdravotnej dokumentácii záznamy sestry, pacientovi vydaný Paralen, hodnota TK 140/90 mmHg, o 21:00 h TT 38 °C, podaný Paralen.

Dňa 10. 2. 2016 pacient absolvoval kontrolné vyšetrenie. Udával, že sa cíti rovnako, ale začal kašľať - sucho, dráždivo, predchádzajúci deň mal teploty 38 °C, v noci aj ráno sa spotil; udal, že tlaky na hrudníku ešte máva, je slabý. V objektívnom náleze bolo eupnoe, pacient afebrilný, nekašľal, DÚ bez zápalových zmien, dýchanie bilaterálne zostrené v inspíriu. Stav záverovaný ako akútna bronchitída, odporučený pokojový režim, pokračovať v liečbe, zakúpiť anititusikum. V zázname je uvedené, že môže ísť na pobočku, kontrola plánovaná 15. 2. 2016. Pacientovi bolo natočené aj EKG, popis nie je súčasťou záznamu z vyšetrenia. Na zázname z EKG je popis, cit.: „*EKG záznam bez čerstvých ischemických zmien*".

Dňa 11. 2. 2016 bol pacient okolo 11:30 hod. nájdený v sprche bez známok života. Začatá bola laická masáž srdca, pri príchode posádky RLP boli prítomné isté známky smrti, vrátane posmrtných škvŕn. Indikovaná bola pitva, kde je ako príčina smrti uvedená ruptúra

myokardu v mieste akútneho IM (zadná stena ĽK) s tamponádou perikardu, v základnej chorobe uvedené AS II. - III. st., najmä koronárnych artérií, recentný IM transmurálny ľavej komory srdca a zadnej časti interventrikulárneho septa.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Diferenciálno-diagnostický postup pri vyšetreniach vo februári 2016 nebol dostatočný. Febrilné ochorenie, koincidujúce tlaky na hrudníku a dýchavicu, minimálne ponámahovú, anamnesticky však nie je možné jednoznačne a jednoducho spojiť so zápalom dýchacích ciest, hoci úvaha týmto smerom zvádza. Bežný katar dýchacích ciest pacient prekonával pred krátkou dobou a bolesť na hrudníku absentovala, aktuálne išlo o anamnesticky prvú zmienku o bolesti/tlaku na hrudníku u pacienta s vysokým kardiovaskulárnym rizikom. Bola prítomná zásadná diskrepancia medzi údajom o dýchavici a auskultačným nálezom na pľúcach a bola zásadná diskrepancia medzi výškou teploty a hodnotou objektivizovanej pulzovej frekvencie EKG vyšetrením – 114 - 115/min (napriek krytiu betablokátorom). Je jasné, že všetky anamnestické údaje, ktoré zvádzali k úvahe o pulmonálnej dýchavici a bolesti na hrudníku sú nešpecifické, ale mali viesť k opatrnosti a bližšiemu rozboru bolesti na hrudníku, ktorého rozsah v doloženej dokumentácii bol nedostatočný. Podobne i v hodnotení EKG nálezu je nutné konštatovať dynamiku nálezu od mája 2015 v zmysle zmeny charakteru repolarizačného úseku a manifestáciu koronárnej insuficiencie. Na EKG dňa 10. 2. 2016 je prítomná sínusová tachykardia, vysoko suspektné zmeny v laterálnej oblasti signalizujúce záťaž ľavých oddielov a koronárnu insuficienciu (EKG: SR s frekvenciou 114 - 115 za minútu, intermediálna poloha, prevody v norme, ES 0, nárast kmitu R plynulý, zóna prechodu V3-4, repolarizačný úsek - plochá vlna T v I, plochonegatívna T v aVL, junkčná depresia ST úseku vo V4, depresia ST úseku vo V5,6 v trvaní viac ako 80 ms). Ak si lekár zariadenia nebol istý, mal požiadať o konzultáciu internistu. Je však zrejmé, že úvaha smerom k atypickej manifestácii syndrómu angíny pectoris absentovala.

ZHRNUTIE ÚRADOM

Diferenciálna diagnostika dýchavice a bolesti na hrudníku pri febrilnom ochorení s postihnutím dýchacích ciest pri vyšetreniach dňa 8. 2. 2016 a 10. 2. 2016 bola nedostatočná. Pri EKG vyšetrení dňa 10. 2. 2016

nebola hodnotená dynamika nálezu, resp. nebol pacient odoslaný na interné vyšetrenie.

ZÁVER

Výkonom dohľadu na diaľku boli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi **zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

SPRÁVNOU KOMUNIKÁCIOU SA DÁ PREDCHÁDZAŤ CHYBÁM

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie pacientky, ktorá v čase tehotenstva utrpela úraz ľavej ruky.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola dňa 14. 1. 2016 v čase 11:40 hod. vyšetrená v príjmovej ambulancii OÚCH potom, ako spadla na prechode na ľavú ruku. Pacientka bola gravidná (12 + 4 týždeň tehotnosti). V objektívnom náleze z vyšetrenia na IV. a V. prste konštatovaný opuch a hematóm v oblasti proximálneho interfalangeálneho spojenia IV. prsta bez poškodenia kože, hybnosť V., IV. prsta obmedzená pre algie, periféria bez neurocirukulačnej poruchy. V zázname z vyšetrenia je uvedené, cit.: „...*RTG: vzhľadom na graviditu RTG neindikujem..*“. Stav záverovaný ako kontúzia prstov IV. a V. ľavej ruky v diferenciálnej diagnostike. Vzhľadom na nemožnosť verifikovať nález RTG vyšetrením bola pacientke naložená dlaha, odporučené lokálne ľad, analgetiká p. p., polohovať ruku vo zvýšenej polohe, kontrola v spádovej chirurgickej ambulancii o 3 týždne.
Súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj žiadanka na RTG vyšetrenie vypísaná na ambulancii OÚCH, kde je žiadané vyšetrenie RTG IV. a V. prsta ľavej ruky, v krátkej anamnéze uvedené, že pacientka je tehotná, uvedená klinická diagnóza S 62.0 zlomenina člnkovitej kosti (os naviculare).
Dňa 5. 2. 2016 bola pacientka vyšetrená v chirurgickej ambulancii iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Konštatovaná bola deformácia

proximálneho interfalangeálneho zhybu III. prsta, obmedzená hybnosť V. prsta. Realizované RTG vyšetrenie s popisom luxačnej fraktúry bázy 2. článku IV. prsta s dislokáciou dorzálne, abrupcie bázy 2. článku na V. prste ľavej ruky. Pacientka bola odoslaná k operačnému riešeniu na OÚCH.
Následne bola pacientka dňa 5. 2. 2016 v čase 13:39 hod. vyšetrená v príjmovej ambulancii OÚCH. Lekár v zázname uvádza, že dňa 14. 1. 2016 pacientka utrpela úraz na ľavej hornej končatine, vtedy gravidita 12+4, uvádza, že pacientku poslal na RTG snímku s vydanou žiadankou, ktorú na RDG pracovisku neakceptovali, čo mu pacientka dosvedčila. Preto bez RTG uzavreté ako kontúzia prstov IV. a V. prsta v diferenciálnej diagnostike, naložená bola sadrová dlaha. V objektívnom náleze bola naložená sadrová dlaha, bez útlaku, bez neurocirkulačných porúch. Diagnostický záver pri tomto vyšetrení bol *Fractura basis phal. med. dig IV manus l. sin. dislocata cum subluxatio, Abruptio basis phal. medii dig. V manus l sin.* S ohľadom na aktuálny röntgenologický a klinický nález i odstup od úrazu lekár odporučil pacientku odoslať na špecializované pracovisko - Oddelenie chirurgie ruky UN Bratislava.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

V nariadení vlády Slovenskej republiky č. 340/2006 Z. z. o ochrane zdravia osôb pred nepriaznivými účinkami ionizujúceho žiarenia pri lekárskom ožiarení je v ustanovení § 12 ods. 3 uvedené: *„U tehotných žien sa vykonávajú vyšetrenia spojené s ožiarením len v neodkladných prípadoch alebo z pôrodníckej indikácie, pričom musí byť zvolený taký vyšetrovací postup a taká prístrojová technika, ktoré zabezpečia potrebnú ochranu plodu.“*
V dohliadanom prípade u pacientky pri vyšetrení dňa 14. 1. 2016 išlo o akútny neodkladný prípad - úraz, kde objektívny nález jednoznačne opodstatňoval RTG vyšetrenie pacientky v súlade s citovaným nariadením.
RTG vyšetrenie prstov ľavej ruky pacientky malo byť realizované v zmysle uvedeného nariadenia vlády SR, a to bez ohľadu na následný nález. Vyšetrenie sa malo vykonať pri dodržaní maximálnej ochrany pred radiačným zaťažením plodu. V tomto prípade zlyhala komunikácia medzi odosielajúcim a RDG pracoviskom. Zdravotná starostlivosť dňa 14. 1. 2016 bola pacientke poskytnutá nesprávne.
Postup dňa 5. 2. 2016 pri diagnostike a liečbe pacientky bol štandardný a správny.
Prehodnotenie stavu pacientky bolo vykonané oneskorene.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Zdravotná starostlivosť dňa 14. 1. 2016 bola pacientke poskytnutá nesprávne v tom, že sa bezodkladne nevykonal zdravotný výkon (RTG vyšetrenie prstov ľavej ruky) potrebný na určenie správnej choroby, čím sa nezabezpečil správny liečebný postup.

ZÁVER

Výkonom dohľadu na diaľku **boli** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období **zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

NEROZPOZNANÁ EXTRAUTERINNÁ GRAVIDITA

Podanie vo veci podozrenia na nesprávny postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas hospitalizácií na gynekologicko-pôrodníckom oddelení NsP v období od 1. 1. 2016 do 15. 3. 2016.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o 30-ročnú pacientku vyšetrenú ambulantným gynekológom dňa 18. 1. 2016 pre údaj o pozitivite tehotenského testu, posledný menzes 26. 12. 2015 trvajúci len 1 deň. Následne bolo realizované USG vyšetrenie, ktorým bol zistený uterus normálneho tvaru a veľkosti, bez gestačného vačku, CT bez voľnej tekutiny. Pacientke bolo odobraté beta HCG v sére s hodnotou 0,6 mIU/ml. Dňa 1. 2. 2016 bola opakovane vyšetrená svojím gynekológom pre krvavý moč a bolesti podbruška. Realizovaným USG vyšetrením nebol identifikovaný gestačný vačok, hodnota beta HCG v sére bola 183,4 mIU/ml. Pacientka bola odoslaná na gynekologicko-pôrodnícke oddelenie v spáde s diagnózou sekundárna amenorrea. Pri prijatí na GPO dňa 3. 2. 2016 udávala hnedý výtok, kŕčovité bolesti v podbrušku, začala krvácať tekutou krvou s drobnými koagulami. Tlakovo a pulzovo bola stabilizovaná. Po

gynekologickom a USG vyšetrení bola stanovená diagnóza: Ab incompletus in grav. incip. hebd. 6. V ten istý deň bola vykonaná v celkovej anestézii revízia dutiny uteru, získaný materiál bol odoslaný na histologické vyšetrenie. Pri prepustení dňa 4. 2. 2016 bolo brucho voľné, nekrvácala. Výsledkom histológie z odobratého zárodočného tkaniva počas kyretáže bolo zistené hypersekrečné endometrium a regresívne zmenená decidua, prestúpená zmiešaným zápalovým infiltrátom, bez trofoblastu v spracovanom kyrete.

Pre kolapsový stav a bolesti v podbrušku bola pacientka dňa 5. 2. 2016 opakovane prijatá na GPO spádovej nemocnice. Po gynekologickom a USG vyšetrení bol jej stav hodnotený ako rezidua post abortem, endometritis. Boli vykonané laboratórne vyšetrenia (KO, CRP, FW, hemokoagulačné vyšetrenie, urea, kreatinín, glykémia, hepatálne testy, kultivácia z pošvy). Vyšetrenie beta HCG nebolo ordinované. Krvný obraz nevykazoval závažnejší pokles parametrov, FW bolo 10/20...4/8. Výsledok kultivácie z pošvy bol negatívny, hodnoty CRP boli 0,5...0,7. Pacientka bola obehovo stabilizovaná, bola jej nasadená ATB liečba. Dňa 6. 2. 2016 bola vykonaná v CA rekyretáž dutiny uteru, získaný materiál bol odoslaný na histológiu. Po zákroku bola obehovo stabilizovaná, afebrilná, s občasnými bolesťami v pravom podbrušku a závratmi. Kontrolné USG vyšetrenie ani odber beta HCG po zákroku neboli realizované. Dňa 8. 2. 2016 bola prepustená do ambulantnej starostlivosti s diagnózou - Endometritída po potrate a rekyretáži s histologizáciou, s odporučením pokračovať v ATB liečbe.

Dňa 9. 2. 2016 bola pacientka opakovane vyšetrená svojím gynekológom pre špinenie, bolesti a tlak v podbrušku viac vpravo. Realizovaným palpačným a USG vyšetrením bol stav diagnostikovaný ako podozrenie na prasknutie mimomaternicového tehotenstva vpravo, odobraté bolo beta HCG s hodnotou 251,8 mIU/ml a pacientka bola urgentne odoslaná na GP pracovisko iného PZS na základe jej rozhodnutia.

V ten istý deň bola u pacientky na GPO iného PZS realizovaná urgentná laparoskopická operácia, ktorou bolo zistené pravostranné mimomaternicové tehotenstvo s hemoperitoneom, ktoré bolo laparoskopicky ošetrené a potvrdené histologickým nálezom.

Zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientke počas prvej hospitalizácie na GPO v dobe od 3. 2. 2016 do 4. 2. 2016 bola správna. Pacientka bola dňa 5. 2. 2016 opakovane prijatá na GPO pre pretrvávajúce bolesti v podbrušku a pridružené kolapsové stavy.

Dohliadaný subjekt počas druhej hospitalizácie pacientky na GPO v dobe od 5. 2. 2016 do 8. 2. 2016 stav pacientky nesprávne diagnosticky uzavrel ako endometritrída po neúplnom potrate a rekyretáži napriek tomu, že počas tejto hospitalizácie mal dohliadaný subjekt k dispozícii opakované vyšetrenie FW (dňa 5. 2. 2016 - 10/20, dňa 7. 2. 2016 - 4/8) a CRP (dňa 5. 2. 2016 - 0,5 a dňa 7. 2. 2016 - 0,7), ktoré vykazovali nízke hladiny a výsledok kultivačného vyšetrenia výteru z pošvy bol negatívny. Počas tejto hospitalizácie, ani po realizácii rekyretáže dutiny uteru ani pred prepustením pacientky, nebolo realizované kontrolné beta HCG vyšetrenie, ktoré by dokumentovalo vývoj hladiny HCG a kontrolné USG vyšetrenie, napriek tomu, že pacientka počas tejto hospitalizácie sporadicky udávala bolesti v podbrušku a závraty.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

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

- Dohliadaný subjekt v diagnostickom procese počas hospitalizácie pacientky v dobe od 5. 2. 2016 do 8. 2. 2016 stav pacientky nesprávne uzavrel ako endometritída po neúplnom potrate a rekyretáži napriek tomu, že vyššie uvedené príznaky mohli poukazovať aj pre diagnózu mimomaternicového tehotenstva, ktoré bolo následne diagnostikované a potvrdené výsledkom histologického vyšetrenia materiálu odobratého pri urgentnom laparoskopickom výkone u iného PZS.

ZÁVER

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

NESPRÁVNY POSTUP LEKÁRA RLP S NÁSLEDKOM ÚMRTIA PACIENTA

Podnet vo veci podozrenia na nesprávny postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti otcovi pisateľky počas jeho ošetrenia posádkou ambulancie RLP ZZS v období od 12. 11. 2015 do 13. 11. 2015.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o 68-ročného polymorbidného pacienta - diabetika, po infarkte myokardu, po revaskularizačnom zákroku, s významnou systolickou dysfunkciou ĽK s EF 25 %, po primoimplantácii dutinového ICD (defibrilátora). Pacient bol sledovaný aj onkológom pre Ca epiglottis a Ca colon sigmoidei, obe onkologické ochorenia boli dlhodobo stabilizované. KOS ZZS SR prijalo dňa 12. 11. 2015 o 22:24:34 hod. hlásenie, v ktorom podávateľka udávala u pacienta asi hodinu trvajúce namáhavé „bublavé“ dýchanie, dýchavicu, vykašliaval, prekonal IM, udával tlak na hrudi. Dôvodom výjazdu podľa zvukového záznamu z KOS ZZS SR bolo: ,,*sťažené dýchanie, chrapčí, kašle, je po infarkte, má tlakové bolesti na hrudníku - možný edém pľúc“.* Dôvod výjazdu podľa ZoZZSO bol: *„zle sa mu dýcha“.* Ambulancia RLP začala výjazd o 22:31 hod. čo bolo v súlade s ustanovením § 5 ods.1, písm. b) zákona č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V ZoZZSO zásahovou skupinou ambulancie RLP zo dňa 12. 11. 2015 bolo ďalej zaznamenané: hlásenie 22:30 hod., začiatok zásahu 22:31 hod., príchod na miesto zásahu o 22:49 hod., odchod z miesta zásahu - neudaný, odovzdanie – neudané, ukončenie zásahu neudané. **Anamnéza:** OA, LA: *„viď dokumentácia“*, AA: *„neg.?“* TO: zápis v origináli ZoZZSO, a tým aj v jeho kópii bol prakticky nečitateľný. Vzhľadom na nečitateľnosť uvedeného zápisu bola lekárka RLP požiadaná úradom o vyhotovenie prepisu ZoZZSO. Prepis ZoZZSO lekárkou ambulancie RLP: *„Pacient má ťažkosti s dýchaním 3 dni, je zahlienený, choré má priedušky, nedá sa mu vykašľať, je zahlienený*,...(opäť nečitateľné)..., *by aj vykašľal, ale mu to nejde, len keby vykašľal, iné ťažkosti nemá“*. O pravdivosti tohto prepisu bolo možné len polemizovať. **Objektívny nález zaznačený v ZoZZSO**: Pacient pri vedomí, orientovaný, GCS 15 bodov**,** fotoreakcia obojstranne prítomná, zrenice izokorické 3 mm, korneálny reflex

obojstranne prítomný, neurologicky v norme, bez bolestí, brucho bez patologického nálezu. Dýchacie cesty priechodné, dýchanie – eupnoe, pľúca auskultačne s fyziologickým nálezom + zahlienený. Bez viditeľných známok vonkajších poranení. Pulz pravidelný plný, AS pravidelná, ozvy ohraničené, koža ružová, kapilárny návrat pod 2 s. TK 140/80 mmHg – meraný 1x, frekvencia srdca 100/min – následne 90/min, SpO_2 90 %...94 %, dychová frekvencia 17/min. **EKG vyšetrenie - nebolo realizované.** Zaistený bol i. v. vstup. **Terapia**: Syntophyllin i. v., Hydrocortison i. v., ACC i. v. **Diagnóza:** Dyspnoe, Chronická bronchitída bližšie neurčená. Zásah bol primárny, indikovaný, stav pacienta zlepšený, pacient ošetrený doma, poučený. Poučenie však nebolo zaznačené v ZoZZSO, rovnako absentoval aj podpis pacienta. Podľa záznamu o prevzatí pokynu operačného strediska stanicou RLP bol výjazd ukončený o 23:11 hod. Asi po jeden a pol hodine po odchode posádky ambulancie RLP sa stav pacienta výrazne zhoršil, preto ho príbuzní autom odviezli na OUM spádovej nemocnice. Po príchode na OUM o 01:55 hod. pacient skolaboval a následne po neúspešnej KPR dňa 13. 11. 2015 o 02:20 hod. exitoval. Príčinou smrti podľa pitevného protokolu bolo: Akútne zlyhanie chronicky chorého srdca. Komplikáciou základnej choroby: Disperzná kardiomyofibróza ĽK až súvislá jazva po IM na zadnej stene ĽK srdca. Excentrická hypertrofia oboch komôr srdca. Stent v a. cor. l. dx. Prítomný kardiostimulátor. Základnou chorobou: Celkové skôrnatenie tepien ťažkého stupňa.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Ambulancia RLP bola odoslaná KOS ZZS SR k pacientovi so sťaženým dýchaním a tlakovými bolesťami na hrudníku. Napriek tomu lekárka RLP nevykonala u pacienta EKG diagnostiku akútneho koronárneho syndrómu v súlade s odporúčaniami Slovenskej kardiologickej spoločnosti a Spoločnosti urgentnej medicíny a medicíny katastrof z roku 2013. S najväčšou pravdepodobnosťou u pacienta v danom momente išlo o intersticiálny edém pľúc pri kardiálnom zlyhávaní. Nedostatočne zhodnoteným zdravotným stavom pacienta, spočívajúcim v nerealizovaní 12-zvodového EKG, nesprávnom vyhodnotení fyzikálnych vyšetrení a nesprávnom vyhodnotení rizikových faktorov (kardiak s EF ĽK 25 %, NYHA III., opakovane hospitalizovaný pre kardiálne zlyhávanie, implantovaný ICD) nebola vykonaná diferenciálna diagnostika v dostatočnom rozsahu, čoho výsledkom bola nesprávne stanovená diagnóza - Nešpecifikovaná chronická bronchitída.

Pochybenie v diagnostickom procese zapríčinilo pochybenie v terapeutickom postupe, v dôsledku ktorého bola pacientovi podaná len symptomatická a nie kauzálna liečba, ako sú diuretiká, kardiotoniká, inotropná podpora, podporná ventilácia, prípadne iná liečba, ktorá by znížila zaťaženie myokardu, tak, aby u pacienta nedošlo k ireverzibilnému kardiálnemu zlyhaniu na podklade respiračného zlyhávania. Tým, že pacient nebol neodkladne prepravený do najbližšieho zariadenia ÚZS, došlo aj k pochybeniu v časovom faktore, nakoľko na podklade kardiorespiračného zlyhávania *(edém pľúc na podklade kardiálneho zlyhávania u pacienta s EF ĽK 25 %)* došlo u pacienta k postupnému prehĺbeniu edému pľúc a následnému ireverzibilnému kardiálnemu zlyhaniu na OUM. KPR vykonávanou na OUM dňa 13. 11. 2015 od 01:57 hod. (po 3 hodinách od vyšetrenia pacienta posádkou RLP) už nebolo toto zlyhanie odvrátiteľné a pacient o 02:20 hod. exitoval. Príčinou zastavenia obehu (pri ireverzibilnom kardiálnom zlyhaní) u pacienta na OUM boli jeho základné ochorenia, ale aj zvýšená námaha pri nezabezpečenom transporte pacienta príbuznými, so zaťažením zlyhávajúceho myokardu, pričom tento transport mala vzhľadom na jeho zdravotný stav vykonať posádka RLP.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Skupina vykonávajúca dohľad zistila nasledovné nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Pacientovi s tlakovými bolesťami na hrudníku nebolo realizované za účelom diagnostiky akútneho koronárneho syndrómu 12-zvodové EKG. Nedostatočne zhodnoteným zdravotným stavom pacienta, spočívajúcim v nerealizovaní EKG, nesprávnom vyhodnotení fyzikálnych vyšetrení a nesprávnom vyhodnotení rizikových faktorov nebola vykonaná diferenciálna diagnostika v dostatočnom rozsahu, čoho výsledkom bola nesprávne stanovená diagnóza chronickej bronchitídy.
2. V terapeutickom procese bola podaná len symptomatická a nie kauzálna liečba, ako sú diuretiká, kardiotoniká, inotropná podpora, podporná ventilácia, prípadne iná liečba, ktorá by znížila zaťaženie myokardu tak, aby u pacienta nedošlo k ireverzibilnému kardiálnemu zlyhaniu.

3. Tým, že pacient nebol ambulanciou RLP neodkladne prepravený do najbližšieho zariadenia ÚZS, došlo aj k pochybeniu v časovom faktore, nakoľko na podklade kardiorespiračného zlyhávania *(edém pľúc na podklade kardiálneho zlyhávania u pacienta s EF ĽK 25 %)* došlo u pacienta k postupnému prehĺbeniu edému pľúc a následnému ireverzibilnému kardiálnemu zlyhaniu.

Počas výkonu dohľadu boli u dohliadaného subjektu ako vedľajší nález zistené aj iné nedostatky, ktoré spočívali vo vedení ZD a v zápisoch do ZD pacienta.

ZÁVER

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

NESPRÁVNE POSÚDENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU LEKÁROM LSPP

Podnet na prešetrenie podal dňa 30. 12. 2015 samotný pacient, ktorý dňa 12. 1. 2016 exitoval. Vo svojom podnete pacient uviedol, že dňa 25. 12. 2015 približne o 14:00 hod. navštívil ambulanciu LSPP z dôvodu zhoršenia jeho zdravotného stavu. Ošetrujúci lekár ho náležite nevyšetril a poslal ho domov bez náležitej zdravotnej starostlivosti, bez liekov alebo vypísania receptu, čo odôvodnil, že je zdravý a symptómy si iba vsugerováva. Pre zhoršenie zdravotného stavu musel dňa 28. 12. 2015 urýchlene navštíviť svoju obvodnú lekárku všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „všeobecná lekárka“), ktorá ho odoslala na kardiologické vyšetrenie. Následne bol hospitalizovaný na oddelení vnútorného lekárstva pre prekonaný infarkt myokardu.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 25. 12. 2015 pacient navštívil ambulanciu LSPP. V zázname o poskytnutí LSPP sú uvedené nasledovné skutočnosti: Meno a priezvisko pacienta, rodné číslo, dátum vyšetrenia, chýba hodina, kedy bolo vyšetrenie vykonané. V časti: Výsledky, vyšetrenia sa nachádza iba strohý údaj „Pacient udáva bolesť celého tela" a neobsahuje žiadne bližšie anamnestické údaje, ktoré by napomohli určeniu diagnózy. Fyzikálne vyšetrenie obsahuje: Obj.: pulmo-fyziologický nález, TK - 80/50 mmHg, bez uvedenia pulzovej frekvencie - uvedené iba „P-pravid". Ako diagnóza je uvedené „hypotensis". Ako terapia je uvedené „rehydratatio". Z uvedeného nie je jasné, ako vyšetrujúci lekár dospel k uvedenej diagnóze, pretože nie sú popísané príznaky svedčiace pre dehydratáciu pacienta. Číslo dg.: I95. Súčasťou záznamu nie je pacientom podpísaný informovaný súhlas. Záznam má odtlačok pečiatky s kódom prevádzkovateľa LSPP, odtlačok pečiatky poskytovateľa nie je v súlade s príslušnými predpismi - neobsahuje kód lekára, kód poskytovateľa ani meno lekára.

Dňa 28. 12. 2015 o 10:42 hod. bol pacient vyšetrený všeobecnou lekárkou. Subjektívne udával závraty a sťažené dýchanie. V objektívnom náleze je konštatované dyspnoe, bez cyanózy, dýchanie vezikulárne, cor irreg., AS 72/min, TK: 100/70 mmHg. Vykonaný bol odber krvi: KO + dif. + biochémia. Stav pacienta bol telefonicky konzultovaný s kardiológom, ktorý indikoval aj odber troponínu. Následne 28. 12. 2015 o 11:09 hod. bol pacient vyšetrený kardiológom so záverom: Suspektný subakútny NSTEMI v teréne BĽTR. Po vyšetrení bol pacient odporučený k hospitalizácii na OVL, pričom mu bol zabezpečený prevoz RLP.

Pri prijatí na OVL pacient udával týždeň trvajúce dyspnoe, v noci „nemôže ležať, opakovane má tlaky na hrudi, najmä v noci, naposledy dnes nadránom". Objektívnymi vyšetreniami boli verifikované viaceré závažné kardiovaskulárne ochorenia. V čase prijatia mal pacient chronické srdcové zlyhávanie NYHA IV s ťažkou systolickou dysfunkciou ľavej komory EF ĽK 30 %, difúznou hypokinézou stien srdca, kombinovanou chlopňovou chybou, po PCI na RM 2010, bol tiež diabetik 2. typu, hypertonik. Prijatý bol pre subakútny IM v teréne chronického BĽTR s poinfarktovou anginou pectoris na JIS interného oddelenia 28. 12. 2015. Počas hospitalizácie laboratórne bola pozitivita kardiošpecifických enzýmov, anemický sy. ľahký, elevácia zápalových markerov. RTG hrudníka bol s nálezom možných zápalových zmien

vpravo parakardiálne - nasadená bola empirická ATB liečba a liečba akútneho koronárneho syndrómu. Počas hospitalizácie sa stav pacienta zhoršoval, došlo k rozvoju akútneho renálneho zlyhania. Dňa 12. 1. 2016 došlo k zastaveniu obehu a dýchania a napriek KPR pacient exitoval.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient navštívil ambulanciu LSPP dňa 25. 12. 2015. V anamnéze sa nachádza iba strohý údaj „udáva bolesť celého tela", neobsahuje žiadne bližšie anamnestické údaje, ktoré by napomohli určeniu diagnózy. Napriek tomu, že išlo o vysokorizikového polymorbídneho pacienta (ICHS, NYHA IV, artériová hypertenzia, diabetes mellitus 2. typ na inzulíne), okrem povrchného odobratia anamnézy a auskultačného vyšetrenia pľúc s uvedením „fyziologický nález" neboli pacientovi vykonané žiadne iné doplňujúce vyšetrenia.

Pred hospitalizáciou na OVL pacient uviedol, že už týždeň sa mu horšie dýcha, nemôže ležať, pociťuje tlakové bolesti na hrudníku. Znamená to, že uvedené ťažkosti mal už pri návšteve LSPP dňa 25. 12. 2015. Nie je teda jasné, či ich vyšetrujúcemu lekárovi neuviedol, alebo neboli zaznamenané do ZD, pretože chýba pacientom podpísaný informovaný súhlas pacienta. Fyzikálne vyšetrenie obsahuje iba uvedenie TK: 80/50 mmHg, bez uvedenia pulzovej frekvencie (uvedené iba „p-pravid."). Chýba tiež auskultačné vyšetrenie srdca. Ako diagnóza je uvedené „hypotensis", čo nie je možné považovať za diagnózu, iba za syndróm. Ako terapia je uvedené „rehydratatio".

Vzhľadom na polymorbiditu pacienta s liečenou artériovou hypertenziou bolo potrebné objektívne zistenú hypotenziu považovať za varovný signál a vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia vrátane EKG záznamu. Pokiaľ nebolo možné stav pacienta dodiagnostikovať priamo na ambulancii LSPP, bolo potrebné využiť spoluprácu s inými pohotovostnými ambulanciami v iných špecializačných odboroch, napr. vnútorné lekárstvo.

Podľa Koncepcie starostlivosti v odbore všeobecné lekárstvo č. 15560/2006 - OZS „všeobecný lekár poskytuje zdravotnú starostlivosť na úrovni súčasných (reálne dostupných) poznatkov a s adekvátnym rozsahom vedomostí vlastnými prostriedkami. V prípade potreby sprostredkuje efektívne využitie ďalších služieb v hierarchii

zdravotníctva". Ak teda na doplnenie komplexného kontrolného fyzikálneho vyšetrenia potreboval službukonajúci lekár LSPP konziliárne vyšetrenie, platná legislatíva mu ho umožnila využiť na inom pracovisku.

Pri vedení ZD boli zistené formálne nedostatky - chýbanie uvedenia času vyšetrenia v zázname, absencia pacientom podpísaného informovaného súhlasu a identifikátorov vyšetrujúceho lekára (pečiatka, podpis). Takto vedený záznam nie je v súlade s ust. § 19 a 21 zákona č. 576/2004 Z. z.

Úrad ďalej zistil, že službukonajúci lekár na ambulancii LSPP, ktorý pacienta vyšetril, podľa dokladov o odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností, nie je odborne spôsobilý na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo. Z tohto dôvodu nebol tento lekár oprávnený vykonávať LSPP všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých.

Úrad tiež zistil, že dohoda, na základe ktorej lekár poskytoval zdravotnú starostlivosť na ambulancii LSPP, nie je uzatvorená v súlade s platnou legislatívou.

ZHRNUTIE ÚRADOM

1. Službukonajúci lekár na ambulancii LSPP dňa 25. 12. 2015 vykonal vyšetrenie pacienta nedostatočne. U pacienta neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so snahou o zabezpečenie včasnej a účinnej liečby.
2. Službukonajúci lekár vykonával dňa 25. 12. 2015 službu na ambulancii LSPP napriek tomu, že nie je odborne spôsobilý na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, a z tohto dôvodu nie je oprávnený vykonávať LSPP všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých.
3. Dohoda na výkon LSPP nie je uzatvorená v súlade s platnou legislatívou.
4. Zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade príslušnými ustanoveniami zákona č. 576/2004 Z. z. Zistené boli formálne nedostatky - chýbanie uvedenia času vyšetrenia v zázname, absencia pacientom podpísaného informovaného súhlasu

a absencia identifikátorov vyšetrujúceho všeobecného lekára (pečiatka s menom a kódom lekára).

ZÁVER

Výkonom dohľadu bolo zistené, že zdravotná starostlivosť pacientovi **nebola poskytnutá v súlade § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** tým, že pri vyšetrení pacienta dňa 25.12.2015 neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so snahou o zabezpečenie včasnej a účinnej liečby.

DOPLNENIE

Nedostatky vo vedení ZD úrad postúpil úradu samosprávneho kraja, ako orgánu príslušnému na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a oprávnenému vykonávať dozor nad dodržiavaním povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

NEDOSTATOČNÉ VYŠETRENIE PO ÚRAZE TVÁRE

Úrad prijal podanie matky maloletého pacienta, nar. 2009, ktorá žiadala prešetriť správnosť postupu pri vyšetrení jej syna po úraze. Uvádzala nedostatočné vyšetrenie na ambulancii ÚPS nemocnice (dohliadaný subjekt č. 1) a v súkromnej chirurgickej ambulancii (dohliadaný subjekt č. 2). Syn po úraze ťažko otváral a zatváral ústa a ťažko rozprával. Bol ošetrený, ale RTG lebky lekári odmietli s tým, že deti si sánku nelámu. Mal odporučené stomatologické a neurologické vyšetrenie. Stav sa doma zhoršil, bol hospitalizovaný, bola mu zistená dvojitá zlomenina sánky s nutnosťou prekladu na klinické pracovisko v Bratislave.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Zo zdravotnej dokumentácie poskytnutej v spolupráci so všeobecným lekárom vyplýva, že pacient trpí na opakované zápaly horných

dýchacích ciest, užíva imunomodulačnú liečbu, sledovaný je pre atopickú dermatitídu. Bol operovaný pre fimózu, mal subperiostálnu zlomeninu radia ľavej ruky a šitú ranu na jazyku.

Dňa 25. 8. 2015 o 18:33 hod. bol ošetrený v chirurgickej ambulancii ústavnej pohotovostnej služby dohliadaného subjektu č. 1. Ošetrujúci lekár v anamnéze uviedol, že pacient dnes spadol, udrel si tvárovú oblasť. V bezvedomí nebol, nezvracal, nauzeu nemá. Objektívne orientačne bol neurologicky v norme, zrenice izokorické, v oblasti brady prítomná tržná rana, opuch hornej pery, zakrvácanie v oblasti horného ďasna. Ošetrujúci lekár ranu vyčistil, vykonal dezinfekciu, aplikoval stripy a krytie. V odporúčaní sa píše vyplachovať ústa repíkom alebo harmančekom, kontrola u stomatológa, ranu držať v suchu, kontrola na chirurgickej ambulancii a stripy ex 2. 9. 2015.

Dňa 26. 8. 2015 o 12:33 hod. pacient absolvoval kontrolné chirurgické vyšetrenie u dohliadaného subjektu č. 2. V zdravotnej dokumentácii sa uvádza: kontrolné vyšetrenie, je po úraze - páde na schodoch z bicykla, poranil si hornú, dolnú peru, zuby, je spavý, malátny, algický. Objektívne mnohopočetné poranenie hornej i dolnej pery, rany macerované, serózna produkcia. Sterilné ošetrenie. Lekár odporučil pre suspektný otras mozgu neurologické vyšetrenie a sledovanie v ústavnom zdravotníckom zariadení.

Dňa 26. 8. 2015 o 13:24 hod. bol pacient prijatý na detské oddelenie dohliadaného subjektu č. 1 s úrazom po páde z bicykla na tvárovú časť lebky. Dôvod prijatia na ďalšie vyšetrenie a sledovanie stavu bola malátnosť a spavosť. Pacient mal pri prijatí popísanú ranu na brade, opuch hornej pery a zakrvácanie v oblasti horného ďasna. Pacient bol kompletne prešetrený klinicky, laboratórne a boli realizované konziliárne vyšetrenia. V laboratórnom skríningu bol bez patológie. Pacienta vyšetril chirurg a odporučil CT vyšetrenie hlavy a tvárových kostí a neurologické vyšetrenie. CT vyšetrením bola zistená fraktúra v oblasti mandibuly l. dx a hlavičky mandibuly s miernou dislokáciou l. sin., traumatické zmeny na štruktúrach mozgu sa nepotvrdili. Hospitalizácia bola bez komplikácií, stav sa zlepšoval, pacient bol orientovaný, vedomie lucídne, bolesti a opuch tváre v miernej regresii. Konzultované bolo pracovisko maxilofaciálnej chirurgie v Bratislave a bol dohodnutý preklad na detskú ORL kliniku za účelom ďalšej liečby a doriešenia klinického stavu, kde bol prijatý 27. 8. 2015 o 15:56 hod. Pacient mal pri

príjme trizmus, obmedzený príjem per os, prijímal len kašovitú stravu, mal bolesti mandibuly najmä vľavo, inak bez iných subjektívnych ťažkostí. Pri prijatí bol afebrilný, v tvárovej časti hlavy mal opuch líca vľavo a v okolí ľavého ramena mandibuly, ranu na brade - ošetrenú (bez nutnosti sutúry). Oropharynx, hypopharynx a larynx bol pre trizmus nehodnotiteľný, ostatný ORL nález bol v norme. Podávaná mu bola parenterálna ATB liečba - Medoclavom 3 x 750 mg i. v. a analgetická liečba.

Vybavená bola konzultácia na klinike stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie v Bratislave. Stomatochirurgické konzílium bolo zrealizované nasledujúci deň, t. j. 28. 8. 2015. Chirurgická liečba nebola indikovaná. Odporučená bola konzervatívna liečba, kašovitá strava, sledovať rastovú tendenciu mandibuly, kontrola o 10 - 14 dní na stomatochirurgickej klinike. Pacient bol dňa 28. 8. 2015 prepustený do domáceho ošetrenia v celkovo dobrom zdravotnom stave.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu č. 1 v rámci predmetu dohľadu nedostatky v poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pacient bol ošetrený dňa 25. 8. 2015 v chirurgickej ambulancii ústavnej pohotovostnej služby dohliadaného subjektu č. 1, kde nebola správne stanovená diagnóza a rozsah zranenia. Pacient nebol odoslaný na RTG vyšetrenie tvárových kostí event. lebky. V prípade diagnostickej neistoty na RTG malo byť vykonané CT vyšetrenie tvárového skeletu po RTG vyšetrení. Podľa CT nálezu zo dňa 26. 8. 2015 na detskom oddelení dohliadaného subjektu by zlomenina sánky bola pravdepodobne identifikovateľná aj na RTG snímke lebky a tvárových kostí už dňa 25. 8. 2015.

Počas hospitalizácie na detskom oddelení dohliadaného subjektu v dňoch 26. 8. 2015 - 27. 8. 2015 boli včas a správne vykonané všetky vyšetrenia. Liečba bola poskytnutá správne a v dostatočnom rozsahu. Správne bola stanovená diagnóza zranenia a bola zabezpečená liečba na špecializovanom pracovisku. Matka mala výhrady, že dohliadaný subjekt č. 2 tiež nedal zhotoviť RTG snímku lebky. Zdravotná starostlivosť dohliadaným subjektom č. 2 bola poskytnutá správne. Anamnéza bola dobratá správne, klinické vyšetrenie bolo vykonané v dostatočnom rozsahu. Dieťa bolo správne odoslané na neurologické vyšetrenie a na hospitalizáciu. Ak je pre celkové zhoršenie zdravotného

stavu pacienta nutná hospitalizácia, ďalšie vyšetrovanie a upresnenie rozsahu poškodenia zdravia, aj zobrazovacie vyšetrenia sa vykonávajú počas hospitalizácie.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti maloletému pacientovi **dohliadaný subjekt č. 1 porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.** v platnom znení v tom, že pacientovi pri ošetrení dňa 25.08.2015 v chirurgickej ambulancii ÚPS dohliadaného subjektu nebolo indikované RTG vyšetrenie hlavy, a tým nebola stanovená správna diagnóza - zlomenina sánky.

NEDÔSLEDNÉ VYŠETRENIE CHRONICKÉHO PACIENTA

Úrad prijal podanie dcéry pacienta, ktorá vyjadrila nespokojnosť s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou jej otcovi v pneumologickej ambulancii, ktorú otec navštevoval roky s chronickou diagnózou pľúc.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

73-ročný pacient bol sledovaný a liečený v pneumologickej ambulancii dohliadaného subjektu pre chronickú obštrukčnú chorobu pľúc a pozápalové fibrotické rezíduá od r. 2007. Pacient bol kontrolovaný v 6-mesačných intervaloch, kedy boli vykonané: funkčné vyšetrenia pľúc a 1x ročne RTG hrudníka. Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii pacient užíval dlhodobo Serevent diskus plv., ktorý mal pravidelne predpisovaný všeobecným lekárom.

V sledovanom období od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015 (1 rok) navštívil pacient pneumologickú ambulanciu dohliadaného subjektu 3x, a to dňa 11. 2. 2015 - kontrolné vyšetrenie, 4. 8. 2015 – kontrolné vyšetrenie a 9. 11. 2015 prišiel pacient mimo časový režim kontrolných vyšetrení, pre aktuálne ťažkosti.

Pri kontrolách dňa 11. 2. 2015 a dňa 4. 8. 2015 udával pacient pokašliavanie. Objektívne bol bez pokojnej a nočnej dýchavice, dýchanie bolo vezikulárne, čisté. Bolo vykonané spirometrické vyšetrenie a dňa 4. 8. 2015 aj RTG vyšetrenie pľúc so záverom: pľúcny parenchým bez ložiskových infiltratívnych zmien.

Dňa 9. 11. 2015 navštívil pacient pľúcnu ambulanciu dohliadaného subjektu pre 2 týždne zhoršený stav a migrujúce bolesti na hrudníku. Bolo vykonané spirometrické vyšetrenie a objektívne vyšetrenie - dýchanie vezikulárne, čisté. RTG pľúc nebolo vykonané a na kontrolné vyšetrenie bol objednaný na deň 5. 2. 2016. Do liečby bol pridaný Mydocalm a Theoplus.

Dňa 16. 11. 2015 (o 7 dní od návštevy dohliadaného subjektu) navštívil pacient pre bolesti na hrudníku svojho všeobecného lekára, ktorý pacienta vyšetril a okamžite odoslal na interné vyšetrenie a na hospitalizáciu k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Tu bolo realizované vyšetrenie CT-pulmoangiografia, ktoré preukázalo objemný mediastinálny tumor s mediastinálnou lymfadenopatiou a atelektázou pravého dolného laloka pľúc.

Dňa 24. 11. 2015 bol pacient po dohovore preložený do Národného ústavu tuberkulózy pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy, kde bolo dňa 25. 11. 2015 realizované bronchoskopické vyšetrenie a zistená infiltrácia ľavého hlavného bronchu. Histologickým vyšetrením odobratých excízií bol potvrdený malobunkový karcinóm ľavých pľúc a ložisko v dolnom laloku pravých pľúc v. s. MTS.

Po prepustení do ambulantnej starostlivosti, pacient od decembra 2015 absolvoval odporučenú onkologickú liečbu. Naposledy od 26. 1. 2016 bol pacient hospitalizovaný na oddelení dlhodobo chorých, kde 20. 2. 2016 exitoval.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Dňa 9. 11. 2015 navštívil chronický pacient pľúcnu ambulanciu dohliadaného subjektu pre 2 týždne zhoršený stav a migrujúce bolesti na hrudníku. Do liečby mu bol pridaný Mydocalm a Theoplus, bolo vykonané auskultačné vyšetrenie a spirometrické vyšetrenie, ale nebolo vykonané RTG vyšetrenie pľúc.

Pri posudzovaní RTG snímok pľúc z rokov 2013, 2014 a zo 4. 8. 2015 bolo zistené, že nevykazovali dynamiku patologických zmien. Na CT pľúc zo dňa 17. 11. 2015 (t. j. 8 dní po vyšetrení u dohliadaného subjektu, ktoré bolo vykonané v rámci hospitalizácie pacienta u iného poskytovateľa), bolo už vidieť rozsiahly nádorový nález v mediastíne.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že dohliadaný subjekt pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi **porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** v tom, že dňa 9. 11. 2015 pri vyšetrení, keď pacient udával 2 týždne zhoršený stav a migrujúce bolesti na hrudníku, neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby, nebolo vykonané RTG vyšetrenie pľúc a následne CT vyšetrenie pľúc, čo by viedlo skôr k správnemu určeniu ochorenia, aj keď 8 dní skôr stanovená diagnóza nádoru pľúc, by už vývoj ochorenia pravdepodobne nezvrátila.

DOPLNENIE

Malobunkový karcinóm je veľmi agresívne a rýchlo progredujúce zhubné ochorenie so zlou prognózou. Nádory mediastína sú ťažko diagnostikovateľné, mnohokrát sú za tieňom srdca a sú jasne diagnostikované len na CT pľúc a zachytávajú sa často v pokročilých štádiách ochorenia.

NEDOSTATOČNE VYKONANÁ DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA PRI VYŠETRENÍ PACIENTA NA INTERNEJ ÚPS

Podávateľkou podnetu bola manželka zosnulého 54-ročného pacienta, ktorá žiadala prešetriť poskytnutie zdravotnej starostlivosti na internej ambulancii ÚPS.

Pacient bol vyšetrený na internej ambulancii ÚPS v rámci dňa. Bol privezený posádkou RZP o 16,07 hod., pre celkovú slabosť a dýchavicu. Prevzatie pacienta bolo potvrdené podpisom a pečiatkou na Zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby. O 16,10 hod. bol natočený EKG záznam. V správe z vyšetrenia bolo uvedené, že pacient sa liečil na astmu a vysoký tlak krvi. Asi pred 2 týždňami prekonal chrípku s teplotami a kašľom. Denne vyfajčil asi krabičku cigariet, alkohol negoval. Z liekov uviedol, že užíva Prenessu, Rivocor a Isozyloram, podľa potreby Frontin a inhalačné, bližšie neurčené preparáty. Bolesti hlavy a závraty negoval. Bolesti brucha nemal, bol bez nauzey a vomitu. V objektívnom náleze bolo uvedené: „Tep: 79/min, TK: 110/70 mmHg, výška 187 cm, váha 77 kg, TT: 36,9 °C. Pacient pri vedomí, orientovaný správne, poloha aktívna, koža bez ikteru a cyanózy, pokojné eupnoe. Hlava: mezocefalická, na poklop ani spontánne nebolestivá, výstupy n. V nebolestivé, inervácia n. VII správna, bulby v strednom postavení, zrenice izokorické, skléry anikterické, bez nystagmu, uši a nos bpn, jazyk plazí v strednej rovine, mierne povlečený, tonzily nezväčšené, pokojný orofarynx. Krk: ŠŽ a LU nehmatné, šija neoponuje, náplň jugulárnych vén nezvýšená. Hrudník: dýchanie vezikulárne bez vedľajších fenoménov, AS pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestov. Brucho: voľné, priehmatné, nebolestivé, hepar a lien nehmatné, bez peritoneálneho dráždenia, tapottment bilaterálne negatívny, inguiny voľné. DK: bez edémov a varixov, pulzácie na periférii bilaterálne hmatné. Orientačne neurologicky bez lateralizácie. Terapia: 250 ml FR + Syntophyllin + Dexamed. Labor.: biochémia: S-glukóza 6,42, S-močovina 4,87, kreatinín 97,23, sodík 133,0, draslík 5,00, chloridy 96,00, S-CRP 47,91. Hematológia: leukocyty 10,36, erytrocyty 3,98, hemoglobín 132,00, hematokrit 0,39,…neutrofily 73,30, lymfocyty 13,70, eozinofily 0,50 atď. Dg. záver: Chronická bronchitída ak. exacerbovaná, Artériová hypertenzia, Nikotinizmus.“ Ďalej bolo v správe uvedené, že po vyššie uvedenej liečbe sa cítil lepšie a preferoval ambulantné liečenie. Bola mu odporučená kontrola u obvodného lekára so zrealizovaním výteru z nosa a hrdla a kultivačné vyšetrenie spúta. Pacientovi bolo odporučené pokračovať v doterajšej liečbe, pridať probiotiká, mukolytiká, antipyretiká. Tiež bolo odporučené zhotovenie RTG hrudníka. Pacient bol upozornený, že pri zhoršení stavu má ísť ihneď na vyšetrenie. Tiež bol odporučený predpis ATB cestou LSPP. Pacient po tomto vyšetrení odišiel domov. Asi hodinu po príchode z nemocnice,

prišlo pacientovi nevoľno a odpadol. Po príchode RZP o 22,10 hod. pacient ležal na posteli, bez známok života, akrálne časti tela mal cyanotické. Hneď bola začatá KPR a bola privolaná RLP. Boli namerané hodnoty TK: 0/ 0 mmHg, fr: 0/min, df: 0/min., O_2 saturácia < 50 %, zavedený periférny cievny katéter, zavedená laryngeálna kanyla a začatá UPV. Po príchode RLP bol opakovane podávaný adrenalín i. v. a pokračovalo sa v KPR. O 23,02 hod. bola na EKG zázname asystólia, upustilo sa od ďalšej KPR a bol konštatovaný exitus letalis.

Podľa **pitevného protokolu** bol príčinou smrti IM prednej steny ĽK srdca a medzikomorovej priehradky (transmurálny) v štádiu hojenia (10 – 14 dní). Komplikáciou základnej choroby bolo priesvit zužujúce kôrnatenie vencovitých tepien stredného až ťažkého stupňa, so zvýrazneným zúžením zostupnej vetvy ľavej vencovitej tepny, drobnoložiskové zväzivovatenie svaloviny srdca a zhrubnutie svaloviny ĽK srdca. Išlo o úmrtie z chorobných príčin.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Išlo o 54-ročného pacienta, fajčiara, hypertonika, ktorému pri vyšetrení na internej ambulancii bol popísaný normálny fyzikálny nález, neboli prítomné známky stázy, ani spastického dýchania. V laboratórnom obraze bola mierna leukocytóza a CRP 47,91 mg/l. Popis EKG nie je v zázname z vyšetrenia. Pacient bol prepustený do ambulantnej starostlivosti s dg. záverom chronickej akútne exacerbovanej bronchitídy, artériovej hypertenzie a nikotinizmu.

V dokumentácii chýba podpísaný nesúhlas pacienta s hospitalizáciou. Diagnóza akútne exacerbovanej chronickej bronchitídy nemala oporu v dokumentácii (normálny fyzikálny nález, bez známok stázy a spastického dýchania) a vyplýva z toho aj neopodstatnenosť podania Syntophyllinu a Dexamedu. Najzávažnejším pochybením však bolo nezhodnotenie EKG záznamu, čo sa vlastne zohľadňuje aj v neúplnom diagnostickom závere. Pritom na doloženom EKG zázname sú známky anteroseptálneho IM - mohlo ísť o starší, ale aj subakútny IM. Pacientovi pri takomto EKG náleze určite mali byť ordinované vyšetrenia na kardiošpecifické enzýmy troponín a myoglobín, a bolo potrebné sledovať ich dynamiku počas hospitalizácie. Hospitalizovať pacienta bolo potrebné o to viac, že išlo o silného fajčiara a hypertonika a hlavným príznakom, pre ktorý vyhľadal lekársku pomoc, bola dýchavica. V diferenciálnej diagnostike dýchavice sa vždy musí uvažovať aj o akútnej koronárnej príhode, zvlášť u fajčiara a hypertonika.

Problémom v tomto prípade nie je fakt, že pacient odmietol hospitalizáciu, nakoľko zo zákona má na to právo. Problémom je však to, že v správe, ktorú pacient dostal, nebol popis zrealizovaného EKG vyšetrenia a teda ani v diagnózach nebolo uvedené ochorenie srdca - ICHS, diagnóza prekonaného IM staršieho dáta, diagnóza subakútneho IM. V dôsledku toho nebola nasadená liečba, ktorá je štandardná u pacientov s prekonaným IM a v odporučení nebola spomenutá potreba vyšetrenia kardiálneho systému. Pacient mal ísť k obvodnému lekárovi a bolo odporúčané odobrať výtery z nosa a hrdla a kultivačné vyšetrenie spúta. Čo sa týka podania Syntophyllinu i. v., podľa SPC je možné ho podávať aj u pacientov s chronickou bronchitídou bez prejavov spasticity dýchacích ciest, ale nie je to štandard. A určite to nie je správne tak, ako to bolo v tomto prípade. Podal sa jednorázovo, bez odporučenia užívať liek aj ďalej, v p. o. forme.

ZHRNUTIE ÚRADOM

1. V diagnostickom procese neboli zistené známky IM, ktoré boli prítomné na vykonanom EKG zázname zo dňa 14. 2. 2016 o 16,10 hod. a nebolo ordinované vyšetrenie kardiošpecifických enzýmov.
2. Podaná intravenózna liečba (Syntophyllin a Dexamed) na ÚPS nebola indikovaná.

ZÁVER

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

CUDZÍ PREDMET V PRSNÍKU PO AUGMENTÁCII

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

31-ročná pacientka bola dňa 19. 2. 2014 vyšetrená v rámci konzultácie v ambulancii plastickej chirurgie. Dôvodom konzultácie bolo zväčšenie prsníkov. Pacientka bola po pôrode dvoch detí, ktoré dojčila,

v objektívnom náleze bola popisovaná pseudoptóza prsníkov, ľavý prsník bol poklesnutejší a väčší ako pravý. Na žiadosť pacientky bola plánovaná operácia pazuchovým prístupom.
Dňa 30. 4. 2014 bola vykonaná obojstranná subpektorálna augmentácia transaxilárnym prístupom. Obojstranne boli vložené dva Redonove drény pod sval, po suture fascie, podkožia a kože a sterilnom krytí bola naložená podporná podprsenka s hrudným pásom.
V pooperačnom období bola pacientka sledovaná v pooperačnej izbe nočnou službou. Dňa 1. 5. 2014 bol vykonaný prvý preväz, oba Redonove drény boli podľa záznamov v ZD odstránené, operačná rana bola pokojná, pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti. Dňa 12. 5. 2014 bolo vykonané kontrolné vyšetrenie a preväz operačných rán, boli odstránené stehy a bolo konštatované hojenie operačných rán per primam. Pacientke bolo odporúčané nosenie fixačnej podprsenky a hrudného elastického pásu ďalej. Dňa 6. 6. 2014 pri kontrolnom vyšetrení bola pacientka bez ťažkostí, bolo vykonané kontrolné foto a na jazvy bol odporúčaný Contractubex gel. Dňa 30. 7. 2014 pri kontrolnom vyšetrení pacientka udávala bolesti a pocit ťahu v ľavom prsníku, prsník bol viditeľne nižšie uložený. Po porovnaní predoperačných snímok bolo konštatované, že už pred operáciou bol ľavý prsník „väčší a ovisnutejší“. Kontrola bola odporúčaná o rok. Dňa 4. 2. 2015 bola pacientka opäť vyšetrená operatérom, bola skonštatovaná kapsulárna kontraktúra III. stupňa na ľavom prsníku a pacientke bola odporúčaná kapsulektómia, na ktorú sa mala objednať po porade s manželom. Dňa 9. 2. 2015 bola pacientka vyšetrená v ambulancii plastickej chirurgie iného poskytovateľa ÚZS, kde bola vykonaná konzultácia z dôvodu možnej korekcie asymetrie prsníkov. V ZD bolo zaznamenané, že pacientka mala vykonanú augmentáciu oboch prsníkov v inom zdravotníckom zariadení, v ktorom ďalšiu operáciu už nechcela absolvovať. Po vyšetrení pacientky bola odporúčaná výmena implantátov pre zriasnenie povrchu implantátu, prítomnú asymetriu a kapsulárnu kontraktúru vľavo. V ZD bol popisovaný objektívny nález: „horné kvadranty sú asymetrické, vľavo vyššie uložené, prsník je tuhší na pohmat, kaps. kontraktúra II. jazvy sú v axilách, ešte ružové (necelý rok po oper.) palpovateľné je zriasnenie implantátu vľavo, zdá sa byť aj vyrotovaný...“. USG vyšetrením bol potvrdený zvlnený povrch implantátu vľavo. Dňa 23. 4. 2015 bola u iného poskytovateľa ÚZS vykonaná operačná výmena implantátov bilaterálne. V priebehu operačného zákroku vľavo bola pozorovaná kapsula výrazne zhrubnutá v porovnaní s pravou stranou, bol odstránený implantát a nájdený ponechaný Redonov drén v dĺžke 45 cm po predošlej operácii. Daný písomný údaj v operačnom náleze bol

objektivizovaný aj fotodokumentáciou, ktorú mal úrad v rámci výkonu dohľadu k dispozícii. Pacientka dňa 27. 4. 2015 bola v dobrom zdravotnom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacientka po štandardnej a správne realizovanej konzultácii dňa 19. 2. 2014 bola objednaná na operačné zväčšenie prsníkov bilaterálne z prístupu pod pazuchou. Po predoperačnom vyšetrení bol dňa 30. 4. 2014 vykonaný operačný zákrok, implantáty boli vložené z prístupu pod pazuchou, do oboch operačných rán bol vložený Redonov drén pod sval. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, dňa 1. 5. 2014 ráno bol u pacientky vykonaný preväz a podľa dostupnej ZD boli odstránené oba Redonove drény. Dňa 30. 7. 2014, pri kontrolnom vyšetrení sa pacientka sťažovala, že ľavý prsník je väčší a pociťuje v prsníku ťah a bolesť. Pri kontrole dňa 4. 2. 2015 operatér konštatoval rozvinutie kapsulárnej kontraktúry v ľavom prsníku. Pacientke bola ponúknutá revízia ľavého prsníka. Dňa 9. 2. 2015 pacientka konzultovala možnosť korekcie asymetrie prsníkov u iného poskytovateľa ÚZS. Dňa 22. 4. 2015 bola pacientka hospitalizovaná a dňa 23. 4. 2015 bola operovaná. Boli jej zo submamárneho prístupu vybraté implantáty aj časti kapsuly, z ľavého prsníka bol navyše vybratý nájdený Redonov drén v dĺžke 45 cm – objektivizovaný písomným aj obrazovým nálezom. Pacientke boli vložené implantáty a následne bola štandardne doliečená. Neodstránením Redonovho drénu z oblasti ľavého prsníka po operácii – obojstrannej subpektorálnej augmentácii prsníkov realizovanej u pacientky dňa 30. 4. 2014 došlo ku pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

ZHRNUTIE ÚRADOM

Výkonom dohľadu na diaľku u dohliadaného subjektu bol v rámci predmetu dohľadu zistený nedostatok:

- **U pacientky po obojstrannej subpektorálnej augmentácii prsníkov realizovanej v súkromnom zdravotníckom zariadení dňa 30. 4. 2014 bol ponechaný Redonov drén v dĺžke 45 cm v oblasti ľavého prsníka.**

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na diaľku a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad

u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti **zistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

INCONTINENTIO ALVI AKO NÁSLEDOK NEŠETRNEJ DIVULZIE ZVIERAČOV KONEČNÍKA U 50-ROČNEJ PACIENTKY

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

50-ročná pacientka bola dňa 1. 7. 2011 vyšetrená v chirurgickej ambulancii (ďalej len „CHA“) dohliadaného poskytovateľa – zápis vyšetrenia: „Chron. fisúra na č. 9 v GP polohe, v LA 40 ccm Mesocain divulzia na 6 prstov, iatrog. trhliny na prednej i zadnej komisúre na prechode na kožu, longeta, tyl, gelaspon, kon. o 3 dni, po stolici kúpeľ, pri ťažkostiach kontrola skôr. Predpísané lieky: Unasyn tbl. obd. 12 x 375 mg, S: 2 x 1 á 12 hod. (1 bal.)“. Kontrolné vyšetrenie bolo realizované dňa 07.07.2011, pri ktorom bolo skonštatované, že rany sú pokojné, pacientka bola čiastočne inkontinentná, boli odporúčané kúpele v harmančeku a kontrola o týždeň, resp. o mesiac. Pri vyšetrení dňa 12. 7. 2011 pacientka udávala únik stolice, subjektívne sa mala lepšie, boli jej odporučené sedacie kúpele a kontrola o mesiac. Dňa 2. 9. 2011 navštívila pacientka CHA iného poskytovateľa, kedy udávala pretrvávanie inkontinencie, bolo jej odporučené gastroenterologické vyšetrenie. V období od 17. 9. 2014 do 20. 9. 2014 bola hospitalizovaná na GPO ústavného zdravotníckeho zariadenia pre dg.: rectocoele vaginalis, urgencia s inkontinenciou, znížená kapacita močového mechúra, incontinentio alvi. Bola realizovaná kolpoperineoplastika so sutúrou m. levator ani. Dňa 16. 10. 2015 bola pacientka opäť vyšetrená v CHA iného poskytovateľa, pri vyšetrení udávala, že od r. 2011 po zákroku na konečníku pretrvávala inkontinencia stolice, objektívne bol anus a okolie bez patologického nálezu, per rectum bol popísaný znížený tonus zvieračov. Bola odporúčaná konzultácia na príjmovej ambulancii chirurgického oddelenia ústavného zariadenia, ktorá bola realizovaná ešte v ten istý deň, t. j. 16. 10. 2015 a dňa 29. 10. 2015 (anoskopia negatívna, tonus zvieračov anu výrazne znížený). Záznam z vyšetrenia v CHA iného poskytovateľa zo dňa 16. 12. 2015 konštatuje

neefektívnu konzervatívnu liečbu a potrebu konzultácie na chirurgickom oddelení za účelom operačného riešenia. Posledný záznam z CHA dohliadaného poskytovateľa je zo dňa 17. 12. 2015, kedy bol predpísaný Reasec. V ZD dohliadaného poskytovateľa sa pri realizovaných vyšetreniach nenachádza záznam o poučení pacientky o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou a pacientkou podpísaný informovaný súhlas s navrhovanou liečbou. Dňa 28. 1. 2016 bola u pacientky v ústavnom zariadení realizovaná počítačová rektoanálna sfinktermanometria, pri ktorej boli zistené oslabené hodnoty rektoanálnej manometrie, bola vyslovená suspekcia na léziu sfinkterov. Dňa 14. 3. 2016 bola v ústavnom zariadení realizovaná endorektálna sonografia s nálezom nepravidelného zvierača anu.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

50-ročnej pacientke pri prvej návšteve CHA dohliadaného poskytovateľa dňa 1. 7. 2011 bola diagnostikovaná chronická fisúra konečníka na č. 9, ktorú ešte v ten deň chirurg riešil divulziou konečníka na 6 prstov v LA. Pri tomto vyšetrení pacientky v CHA je popis lokálneho nálezu stručný, chýbajú subjektívne ťažkosti pacientky, nie je uvedené, či mala pasážové ťažkosti alebo bolesti, ani dĺžka trvania ťažkostí. V lokálnom náleze prvého vyšetrenia chýba popis fisúry a tonu sfinkterov, ktorý je takmer vždy hypertonický následkom chronického dráždenia. U pacientky bol realizovaný konzervatívny postup v LA, pričom podľa popisu sa divulzia robila 6 prstami, pravdepodobne 3 + 3 obojručne. Divulzia podľa Recamiera ako štandardná dilatácia análneho kanála sa robí pomocou 4 prstov - 2 plus 2 pred operáciou v análnom kanále. V odbornej literatúre sa nenachádza zmienka o použití 6 prstov pri divulzii, pretože pri chronickej fisúre je prítomný hypertonus sfinkterov. Dilatácia - divulzia musí byť postupná, robená v celkovej alebo v LA, pomaly a veľmi citlivo. Pri násilnej divulzii hrozí natrhnutie zvieračov a aj inkontinencia. V uvedenom prípade na násilnú divulziu poukazuje aj popis lokálneho stavu bezprostredne po zákroku – iatrogénne trhliny na prednej a zadnej komisúre na prechode na kožu. Inkontinencia bola podľa nálezov popisovaná hneď pri kontrolách v bezprostrednom období po zákroku s progresiou ťažkostí, to znamená, že vznikla v súvislosti so zákrokom u dohliadaného subjektu. Podľa záznamov v ZD bol pri následných realizovaných vyšetreniach zistený znížený tonus zvieračov, poškodenie zvieračov bolo dokumentované aj

endorektálnou sonografiou. Samovoľné odchádzanie plynov a stolice mimo defekácie u pacientky je zapríčinené mechanickým poškodením sfinkterového systému anorekta pri násilnej divulzii zvieračov.

Výkonom dohľadu na diaľku po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, uvedeného vyjadrenia, ako aj na účely dohľadu prizvaného konzultanta úradu z odboru chirurgia, úrad zistil, že **zdravotná starostlivosť nebola pacientke dohliadaným subjektom poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne.** Klinické vyšetrenie dňa 01.07.2011 nebolo dôkladné, dilatácia zvieračov bola vedená neprimeranou intenzitou a rozsahom – 6 prstov, následkom čoho došlo ku vzniku rozsiahlych fisúr s rozvojom chronickej inkontinencie stolice.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

1. Vyšetrenie pacientky v CHA dňa 1. 7. 2011 nebolo realizované v dostatočnom rozsahu – chýbajú zaznamenané subjektívne ťažkosti pacientky, nie je uvedené, či mala pasážové ťažkosti alebo bolesti, ani dĺžka trvania ťažkostí. V lokálnom náleze chýba popis fisúry a tonu sfinkterov.
2. Divulzia zvieračov nebola realizovaná štandardným spôsobom a správne, bola vedená neprimeranou intenzitou a rozsahom – 6 prstov, následkom čoho došlo k natrhnutiu análnych zvieračov, vzniku rozsiahlych fisúr s rozvojom chronickej inkontinencie stolice, potvrdenej následnými vyšetreniami.
3. V ZD sa pri realizovaných vyšetreniach nenachádza záznam o poučení pacientky o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou a pacientkou podpísaný informovaný súhlas s navrhovanou liečbou. Uvedené zistenie bolo postúpené na ďalšie šetrenie úradu príslušného samosprávneho kraja ako vecne a miestne príslušnému orgánu.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu s prešetrením ZD skupina vykonávajúca dohľad **zistila** u dohliadaného subjektu pri

poskytnutí zdravotnej starostlivosti **porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

OMYL PRI OPERÁCII REBRA

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

32-ročný pacient dňa 5. 3. 2015 v rámci diferenciálnej diagnostiky dlhodobého dráždivého kašľa absolvoval kontrastné CT vyšetrenie hrudníka a brucha so záverom osteolytickej expanzívnej lézie ventrálneho oblúka 5. rebra vľavo s benígnymi morfologickými črtami. Popis nálezu: V prednom oblúku 5. rebra vľavo oválna osteolytická lézia veľkosti 19 x 16 mm so sklerotickým lemom, s expanziou rebra smerom intratorakálne, kde vyklenuje a stenčuje kortikalis, na vrchole vyklenutia s jej tlakovou deštrukciou, intralezionálne kalcifikát, lézia bez signifikantného enhancementu. Ďalším nálezom bola steatóza pečene a drobná umbilikálna hernia. Iné chorobné zmeny neboli popisované. Dňa 16. 3. 2015 bola u pacienta vykonaná scintigrafia skeletu hrudníka s potvrdením fokálne expandovaného ložiska v 5. rebre vľavo. Tumorózny nález 5. rebra vľavo bol dňa 18. 3. 2015 konzultovaný v ambulancii hrudníkovej chirurgie poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (NsP). Na základe CT nálezov bola konštatovaná propagácia tumoru 5. rebra do ľavého hemitoraxu s odtláčaním parenchýmu ľavých pľúc. Vzhľadom na nejednoznačnosť biologickej povahy bola odporúčaná resekcia a histologizácia ložiska. Dňa 7. 4. 2015 bol pacient za účelom operačnej liečby tumoru 5. rebra vľavo prijatý na pracovisko hrudníkovej chirurgie NsP. Pri prijatí pacient vlastnoručne podpísal informovaný súhlas s plánovaným operačným výkonom. Z interného hľadiska bol bez kontraindikácií k operačnému výkonu v celkovej anestézii. Dňa 8. 4. 2015 v čase 08.35 – 10.00 hod. bola u pacienta s operačnou diagnózou Cystický tumor chondrokostálneho spojenia 5. rebra ventrálne vľavo vykonaná resekcia postihnutej časti 5. rebra vľavo a drenáž hrudníka. Popis operácie: „Výkon začíname videotorakoskopiou vľavo, inzerciou portu na torakoskop v 6. MZR v strednej axilárnej čiare vľavo. Vizualizujeme si pleurálnu dutinu, ktorá je voľná, bez zrastov a výpotku, pľúca norm. ružovej farby, bpn. Revidujeme hrudnú stenu a jediným patologickým nálezom je mierne vyklenutie ventrálnej časti 5. rebra vľavo v lokalite

popisovanej CT, nález je však menší ako sme očakávali podľa CT obrazu. Rebro si označujeme ihlou a potom nad rebrom robíme kožný rez a a pokračujeme už otvoreným výkonom. Obnažujeme označené rebro a resekujeme ho 2 cm nad cystickým zhrubnutím a 2 cm pod ním ....“ Bioptickým vyšetrením resekovaného rebra bol potvrdený enchondróm. Pooperačné obdobie prebiehalo bez závažnejších komplikácií, prítomný bol maloobjemový hrotový pneumothorax vľavo. V dňoch 8. 4. 2015, 10. 4. 2015 a 11. 4. 2015 boli realizované RTG vyšetrenia hrudníka za účelom kontroly pooperačného stavu a drenáže. Dňa 11. 4. 2015 bol extrahovaný hrudný drén a v nasledujúci deň bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti. Pri kontrolnom ambulantnom pooperačnom vyšetrení bol pacient informovaný, že ďalšie sledovanie nie je potrebné, vzhľadom na kompletné odstránenie tumorózneho ložiska v 5. rebre vľavo.

Dňa 6. 11. 2015, t. j. s odstupom 7 mesiacov od operácie, bolo u pacienta vykonané kontrolné CT vyšetrenie hrudníka s konštatovaním pretrvávajúceho osteolytického ložiska vo ventrálnom oblúku 5. rebra vľavo – charakteru aj veľkostne stacionárne oproti predchádzajúcemu CT vyšetreniu zo dňa 5. 3. 2015. V dif. dg. enchondróm, aneuryzmatická kostná cysta, fibrózna dysplázia menej pravdepodobná. St. p. resekcii ventrálneho oblúka 2. rebra vľavo. Dňa 26. 12. 2015 bolo vykonané ďalšie kontrolné CT vyšetrenie hrudníka, na ktorom v porovnaní s nálezom zo dňa 6. 11. 2015 bola popisovaná novodiferencovaná fraktúra 5. rebra vľavo na okraji popisovanej lézie a dorzálnejšie za léziou s minimálnym zaklinením fragmentov.

V období od 11. 1. 2016 do 14. 1. 2016 bol pacient hospitalizovaný na pracovisku hrudníkovej chirurgie inej NsP. Dňa 12. 1. 2016 bola u pacienta s operačnou diagnózou „Tumor costae no. V l. sin., St. p. resectionem costae no. II l. sin.“ realizovaná operácia: „Thoracotomia anterolateralis l. sin., VATS verificatio, resectio costae no. V cum tumoris, drainage.“ V resekáte z 5. rebra bola bioptickým vyšetrením zistená atypická proliferácia chrupky v. s. s novotvorbou kosti. Nádor sa šíril do extraoseálneho priestoru. Materiál bol odoslaný na konzultáciu na špecializované pracovisko do Českej republiky, kde bola atypická proliferácia chrupky hodnotená ako reaktívne zmeny v. s. po predchádzajúcej zlomenine – chondrooseálny kalus.

Dňa 5. 3. 2015 bolo u pacienta vykonané CT vyšetrenie hrudníka, pri ktorom bola správne popísaná patologická ložiskovo–cystická lézia 5. rebra vľavo ventrálne. Zjavné patologické štruktúry na 2. rebre vľavo, ani spätným prehodnotením zo strany úradu, prítomné neboli. Vzhľadom na uvedený nález pacient dňa 18. 3. 2015 absolvoval vyšetrenie v ambulancii hrudníkovej chirurgie NsP. Odporúčaná bola resekcia a histologizácia ložiskového procesu 5. rebra vľavo. Pred samotným výkonom bol pacient informovaný o charaktere a povahe operačného výkonu a vlastnoručne podpísal informovaný súhlas s operačnou liečbou. Dňa 8. 4. 2015 bola u pacienta vykonaná operácia, pri ktorej bolo podľa operačného písomného záznamu resekované 5. rebro („Resekcia postihnutej časti 5. rebra vľavo, drenáž hrudníka“) a resekát bol odoslaný na histologické vyšetrenie. Bioptickým vyšetrením resekovanej časti rebra bol potvrdený enchondróm. Indikácia na operáciu bola u pacienta správna. Operácia, tak ako bola popísaná, bola vykonaná štandardným postupom. V pooperačnom období pacient dostával štandardnú medikamentóznu liečbu (infúzna terapia, analgetiká, LMWH) a štandardnú ošetrovateľskú starostlivosť. V pooperačnom období boli u pacienta počas hospitalizácie v NsP v dňoch 8. 4. 2015, 10. 4. 2015 a 11. 4. 2015 vykonané RTG vyšetrenia hrudníka s odosielajúcou diagnózou stav po operácii 5. rebra vľavo ventrálne, preto sa úrad zaoberal otázkou, či rádiológ nemohol v bezprostrednom pooperačnom období upozorniť na chybne odrátané operované rebro. Ich spätným prehodnotením však úrad konštatoval, že boli popísané správne. Predmetné 3 RTG vyšetrenia hrudníka boli vyšetreniami pooperačnými, ktorých cieľom je v prvom rade vylúčiť možné akútne pooperačné komplikácie na hrudníku, na ktoré sa rádiológ zameriava (napr. v zmysle kolapsu pľúc, resp. PNO, objemnejších pleurálnych výpotkov a tekutinových kolekcií, infiltratívnych pľúcnych zatienení, kontrola umiestnenia hrudného drénu a podobne). Nález resekcie ventrálnej časti 2. rebra vľavo nebol na vykonaných klasických RTG snímkach hrudníka diferencovateľný. Ventrálna a chrupavčitá časť rebra nebýva homogénne skalcifikovaná a RTG kontrastná, preto nemožno bezpečne a jednoznačne posúdiť a odpozorovať jej celistvosť a kontinuitu z klasického RTG vyšetrenia hrudníka. Rádiologickú zdravotnú starostlivosť hodnotil úrad ako správnu. Kontrolným CT vyšetrením dňa 6. 11. 2015 bolo u pacienta zistené, že pôvodná ložisková lézia na 5. rebre vľavo ventrálne pretrváva a na 2. rebre vľavo je resekovaný ventrálny oblúk. Navyše pri ďalšom CT vyšetrení hrudníka dňa 26. 12. 2015 bola zistená

novodiferencovaná fraktúra 5. rebra vľavo na okraji popisovanej lézie a dorzálnejšie za léziou s minimálnym zaklinením fragmentov. Uvedený nález si vyžiadal opakovanú operačnú liečbu, ktorá bola vykonaná dňa 12. 1. 2016 u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Vyjadriť sa k tomu, prečo nebol počas operácie vykonanej dňa 8. 4. 2015 správne identifikovaný a riešený nález na 5. rebre vľavo, nie je na základe dostupnej ZD možné. Podľa dostupnej ZD (operačný nález, prepúšťacia správa) bolo resekované 5. rebro vľavo ventrálne. V skutočnosti bolo resekované 2. rebro vľavo ventrálne a nález na 5. rebre ventrálne ostal intaktný. Teda nebola odstránená správna časť správneho rebra. Bioptickým vyšetrením bol na 2. rebre ventrálne potvrdený enchondróm, teda nešlo o úplne zdravé odstránené tkanivo, avšak tento nález na predoperačnom CT náleze nebol ani spätným prehodnotením úradu jednoznačne rozpoznateľný. Omylom vykonanú resekciu 2. rebra vľavo ventrálne miesto plánovanej a podľa písomných záznamov zrealizovanej resekcie 5. rebra vľavo ventrálne je nutné považovať za pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. U pacienta bola vykonaná resekcia iného rebra, ako bolo zo strany operatéra indikované a plánované, pričom poskytovateľ tento omyl pri lokalizácii resekcie nezistil.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

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

U pacienta bola dňa 8. 4. 2015 omylom vykonaná resekcia 2. rebra vľavo miesto indikovanej a plánovanej resekcie 5. rebra vľavo. Podľa dostupnej ZD (operačný nález, prepúšťacia správa) bolo resekované 5. rebro vľavo, avšak v skutočnosti bolo resekované 2. rebro vľavo a nález na 5. rebre ostal intaktný.

ZÁVER

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

KTO ZANIESOL INFEKCIU DO RANY?

Podnet na prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti podala pacientka, ktorá uviedla, že dňa 9. 3. 2016 bola operovaná laparoskopicky na žlčník. Podľa pisateľky ju lekár informoval, že operácia prebehla v poriadku. Pisateľka vo svojom podnete uviedla, že náradie použité pri jej operácii nebolo riadne dezinfikované – sterilné; kvôli ľahostajnosti a nezodpovednosti zdravotných pracovníkov sa jej dostali do brucha baktérie, ktoré jej následne spôsobili zdravotné komplikácie po prepustení z nemocnice. Pacientka bola prepustená 11. 3. 2016. Cca po 2 dňoch pobytu doma sa u pacientky objavili zvýšené teploty a bolesti hrdla, ktoré riešila užívaním Paralenu. Dňa 14. 3. 2016 v pondelok doobeda išla odniesť prepúšťaciu správu svojej ošetrujúcej všeobecnej lekárke, ktorá jej dala sprej do hrdla a antibiotiká. Vzhľadom na bolestivosť bola odoslaná na chirurgickú ambulanciu v spádovej oblasti na zhodnotenie zdravotného stavu. Vzhľadom na vzostup teploty na 40 °C a výrazné bolesti brucha bola v utorok ráno 15. 3. 2016 o 03:30 hod. prevezená posádkou RZP na CPO do nemocnice.

Tam bolo realizované vyšetrenie RTG brucha a sonografia, vyšetrené CRP. Pacientka bola prijatá na lôžkové oddelenie. Po vizite jej lekár otvoril ranu a zistil, že je prítomný hnis, ktorý potrebuje odtiecť von. Počas hospitalizácie pacientke ranu čistili 3x denne a nahrievali biolampou. Do domáceho liečenia pacientku prepustili 17. 3. 2016 doobeda, s tým že bude chodiť každý deň ambulantne na chirurgickú ambulanciu na preväz.

Po viacnásobnom ošetrení v chirurgickej ambulancii bola pisateľka odoslaná na farmakologickú ambulanciu na prekonzultovanie zdravotného stavu a nasadenie vhodnej ATB liečby. Aj keď bola pisateľka mesiac po operácii, jej zdravotný stav ešte nebol v najlepšom poriadku. V predmetnom podaní pisateľka požiadala o prešetrenie poskytovania zdravotnej starostlivosti a lekárskych postupov tých zamestnancov, ktorí majú situáciu na svedomí. **Vyjadrila svoj názor, že jej zdravotné komplikácie vznikli nesprávnou alebo nedostatočnou sterilizáciou lekárskych nástrojov** a požiadala o odškodné.

U pacientky boli v minulosti opakované žlčníkové koliky, bez teploty a ožltnutia, USG verifikovaná litiáza. Boli realizované predoperačné vyšetrenia - interné a anestéziologické. Dňa 8. 3. 2016 bola pacientka prijatá na hospitalizáciu na plánovaný operačný výkon – laparoskopickú cholecystektómiu, ktorá bola vykonaná 9. 3. 2016. Bioptické vyšetrenie žlčníka – záver: Chronická cholecystitída s cholesterolózou. Pooperačný priebeh bol bez komplikácii, pacientka realimentovaná, postupne záťaž tekutinami a stravou tolerovala. Na 2. pooperačný deň bola pacientka afebrilná, kardiopulmonálne a cirkulačné stabilizovaná s príjmom stravy p. o., ranami hojacimi sa per primam intentionem, s ponechanými stehmi, prepustená do domácej a ambulantnej starostlivosti. Diagnózy: Stav po laparoskopickej CHE Súhrn operačných výkonov: Laparoskopická CHE.

Pri prepustení bolo odporučené: dočasne ešte žlčníková diéta a pokojový režim, telesné šetrenie, postupné fyzické zaťažovanie, analgetiká podľa potreby, kontrola všeobecným lekárom do 3 pracovných dní, rany udržiavať v suchu, kontrola a vybratie stehov na chirurgickej ambulancii cca na 10. pooperačný deň, eventuálne dľa dohody s operatérom, **v prípade zhoršenia stavu kontrola aj skôr**.

Dňa 14. 3. 2016 pacientka vyšetrená v ambulancii všeobecnej lekárky, u ktorej pacientka udávala odo dňa 12. 3. 2016 teploty od 38,5 do 39,7 °C, bolesti hrdla, opakované užite Paralenu a aplikáciu zábalov.

Dňa 15. 3. 2016 o 03:30 hod. bola pacientka s febilitami 40 °C prevezená posádkou ZZS do nemocnice. V objektívnom náleze: TT: 38,5 ℃, brucho palpačne bolestivé difúzne, najviac v epigastriu a periumbilkálne, periumbilikálne bola prítomná rozsiahla inflamácia, bez jednoznačnej fluktuácie. Po realizácii vyšetrení (RTG natívna snímka a USG abdomenu) bola pacientka hospitalizovaná na chirurgickej klinike s pracovnou diagnózou - phlegmona reg. periumbilicalis, stav po laparoskopickej CHE. V krvnom obraze: Le: 13,70 x 10^9/l, PCT: 0,19 ug/l, CRP: 208,2 mg/l. Po prijatí na oddelenie rana po supraumbilikálnom porte rozpustená – 2 stehy ex, evakuácia cca 1 – 2 dl tmavého hnisu, výplach H_2O_2, Betadine, biolampa, zavedený rukavičkový drén, sterilné krytie, odobratý materiál na kultiváciu + citlivosť, podávané Ciphin 2 x 200 mg. i. v. **Mikrobiologickým vyšetrením boli zistené Peptostreptococcus**

magnus, Finegoldia magna. Následne realizované denné preväzy. Po zlepšení stavu pacientka prepustená 17. 3. 2016 do ambulantnej starostlivosti, chinolóny v terapii ponechané. Diagnózy: L02 Phlegmona reg. periumbilicalis, stav po laparoskopickej CHE, Art. hypertenzia. Odporúčanie: hlásiť sa u všeobecného lekára; Ciprinol 2 x 500 mg per os; kontrola a preväz rany podľa dohovoru s operatérom.

V následnom období boli á 2 dni realizované preväzy v chirurgickej ambulancii - preplach Prontosan, Seasorb Ag + krytie + ichthamol na kožu. Dňa 21. 3. 2016 rana nad umbilikom rozpustená, hojí sa per secundam intentionem, odobratý materiál na kultiváciu + citlivosť, v rane bola prítomná pravd. dehiscencia fascie, krytie Prontosan. Dňa 22. 3. 2016 do dehiscencie bol vložený granulát Entizolu. Bolo pokračované v ambulantných preväzoch, z odberu materiálu 31. 3. 2016 dokázané stredne masívne Enterococcus faecalis.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Zdravotná starostlivosť, ktorá bola poskytnutá pri ošetrení pacientke u PZS, bola poskytnutá správne, včas a v adekvátnom rozsahu. Počas jej poskytovania nedošlo k pochybeniu.

Vo vyjadrení operatéra bolo uvedené, že pacientka bola jasne a zrozumiteľne poučená pri prepustení a **odporučená jej bola kontrola chirurgom v prípade akéhokoľvek zhoršenia stavu**. Táto skutočnosť je zrejmá aj z lekárskej prepúšťacej správy zo dňa 11. 3. 2016. Pri prvých ťažkostiach pacientka sa mala **ihneď dostaviť na pracovisko, kde bola operovaná a nečakať doma, kým dôjde k zhoršeniu stavu**. Pacientka počas preväzu operatérovi opakovane udávala, že cez víkend po **prepustení ležala doma v horúčkach so svojím psom v posteli.** Zo sterov z rany boli vykultivované baktérie: Enterococcus faecalis, Finegoldia magna, Peptostreptococcus magnus. Vzhľadom k tomu, že pacientka nedodržiavala odporučenie pri prepustení, t. j. kontrolu pri zhoršení stavu ihneď, ktorej následkom mohlo byť zhoršenie zdravotného stavu, nie je možné vylúčiť kontamináciu operačnej rany ani v období, keď už bola prepustená domov.

Podľa záznamu z ambulantnej kontroly dňa 18. 3. 2016 vyplýva, že bola plánovaná kontrola nasledujúci deň (t. j. 19. 3. 2016) na CPO, avšak na ďalšie ošetrenie sa pacientka dostavila **až dňa 21. 3. 2016**.

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bol hodnotený ako správny. Realizované boli všetky potrebné vyšetrenia v adekvátnom rozsahu aj časovej postupnosti. Terapia korelovala s klinickým obrazom pacientky.

Infekcia v porte po laparoskopickej CHE, hlavne v umbiliku, ako aj v tom porte, kadiaľ sa odstraňuje žlčník, patrí k najčastejším pooperačným komplikáciám po tomto operačnom výkone. Ako ukazujú údaje zo svetovej literatúry, výskyt infekcie v porte je udávaný od 1,4 do 6,7 % prípadov. Jednou z príčin je aj infekcia mikroorganizmami, ktoré sa môžu vyskytovať na koži, resp. v umbiliku. K takýmto patrí aj **zriedkavý** mikroorganizmus Finegoldia magna, ktorá je anaerobným druhom z radu klostrídií, ktorý môže kolonizovať pokožku ľudí. Podobný výskyt majú aj ostatné vykultivované mikroorganizmy. **Po objavení sa zápalu pacientka mala okamžite vyhľadať pracovisko, kde bola operovaná. Pre dosiahnutie bezproblémového priebehu sa vyžaduje aj interakcia pacienta, ktorý pri akejkoľvek komplikácii vyhľadá okamžite chirurga. Podozrenie na zanedbanie starostlivosti v zmysle použitia nesterilných operačných nástrojov je možné považovať za neopodstatnené**. Aj pri dodržaní všetkých zásad správnej zdravotnej starostlivosti môžu vzniknúť po každom operačnom výkone komplikácie.

Zdravotná starostlivosť bola zo strany poskytovateľa poskytnutá správne - lege artis. Podnet bol vyhodnotený ako neopodstatnený. Liečebná starostlivosť o pacientku počas opakovaných hospitalizácií, ale aj ambulantnej liečby v intervaloch spĺňala všetky konvenčné akceptované kritériá diagnostického a liečebného postupu lege artis.

Postupom úradu podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vykonaním dohľadu u PZS - z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácii, ako aj vo vyjadrení dotknutého subjektu a na základe odborného stanoviska prizvanej osoby – konzultanta v odbore chirurgia sa preukázalo, že **zdravotná starostlivosť zo strany PZS, bola poskytnutá správne.**

ZÁVER

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

IATROGÉNNE POŠKODENIE PRI KOLONOSKOPII

Prešetrenie správnosti postupu gastroenterologickej ambulancie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi, nar. v roku 1954, ktorý v podaní uviedol, že mal robené kolonoskopické vyšetrenie, následne došlo k perforácii čreva a septickému stavu. Bola mu vykonaná operácia na chirurgickej klinike ústavného zdravotníckeho zariadenia a následná reoperácia. Pisateľ sa sťažoval na celkové narušenie kvality života.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

62-ročný pacient mal v anamnéze poruchu metabolizmu lipidov, hepatopatiu etyltoxickej genézy, v r. 2000 absolvoval PAL pre syndróm závislosti na alkohole, v r. 2003 mal zistenú fibrilačnú arytmiu, arteriálnu hypertenziu, ICHDK Fontaine I, chronickú venóznu insuficienciu DK, v r. 2006 operáciu hemoroidov, v r. 2013 zistenú stredne ťažkú chronickú gastritídu a pozitivitu HP. V r. 2015 bol hospitalizovaný pre kardiálnu dekompenzáciu v oboch obehoch, lieky užíval nepravidelne. V januári 2015 mu bola robená preventívna prehliadka, kde bola zistená pozitivita stolice na OK, preto mal pacient odporučené gastroenterologické vyšetrenie, v apríli 2015 bol preliečený pre HP pozitívnu antrumgastritídu.

Dňa 13.05.2015 bolo u pacienta na gastroenterologickej ambulancii realizované kolonoskopické vyšetrenie, indikáciou bola pozitivita FOBT. Počas vyšetrenia bolo prehliadnuté celé hrubé črevo, ako aj priľahlá časť tenkého čreva. V colon ascendens boli nájdené 2 polypózne útvary, bola vykonaná endoskopická polypektómia. V colon descendes boli nájdené 2 stopkaté polypy, ktoré boli sňaté endoskopickou polypektómiou. Po polypektómii bola spodina opisovaná ako pokojná, nekrvácajúca. Polypy boli odoslané na histologické vyšetrenie. Po kolonoskopii bola správne odporučená diétna úprava režimu, ako aj pacient bol upozornený na skutočnosť, že ak by došlo k bolestiam brucha alebo ku krvácaniu z konečníka, má sa hlásiť na chirurgickej ambulancii UP ÚZZ s lekárskou správou od gastroenterológa. Následne bol odporučený aj ďalší postup - informovať sa o výsledku histologického vyšetrenia a kolonoskopická kontrola. Po kolonoskopii

bol pacient pre pretrvávajúce nechutenstvo, slabosť, bolesti brucha a zvracanie vyšetrený na chirurgickej ambulancii UP **dňa 18. 5. 2015**, kedy bolo realizované aj urgentné CT vyšetrenie brucha a pre nález perforácie gastrointestinálneho traktu a ileózny stav tenkého čreva bol odoslaný na prijatie na chirurgickú JIS ÚZZ. Po predoperačnej príprave bola realizovaná laparotómia a pre nález iatrogénnej perforácie kolon cékum a difúznej sterkorálnej peritonitídy bola vykonaná pravostranná hemikolektómia s terminálnou ileostómiou. Hospitalizácia bola komplikovaná delirantným syndrómom pacienta a ranovou komplikáciou - infekciou v rane s nekrotizujúcou fascitídou. Stav pacienta bol postupne stabilizovaný a **dňa 10. 6. 2015** bol prepustený do ambulantnej starostlivosti. Následne s časovým odstupom absolvoval obnovenie kontinuity čreva.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Výkonom dohľadu sa zistilo, že indikácia na kolonoskopické vyšetrenie bola správna, nakoľko pozitivita testu na okultné krvácanie je jednou z hlavných indikácií na endoskopické vyšetrenie hrubého čreva. Endoskopická polypektómia bola u pacienta taktiež plne indikovaná, nakoľko pribúdajúce vedomosti o kolorektálnom karcinóme spôsobili, že z kolonoskopickej polypektómie sa stala dôležitá nielen terapeutická, ale aj diagnostická metóda. Tento terapeutický výkon sa stal zároveň aj preventívnym, nakoľko odstránením polypov v skríningových programoch sa dokázateľne znížila incidencia kolorektálneho karcinómu. Inými slovami, ak sa v súčasnosti pri kolonoskopickom vyšetrení nájde polyp, je potrebné tento hneď pri vyšetrení aj odstrániť formou endoskopickej polypektómie. Perforácia čreva pri kolonoskopickom vyšetrení je jednou zo známych komplikácií a môže nastať vplyvom nadmernej sily, vyvinutej pri zavádzaní endoskopu cez jednotlivé oddiely hrubého čreva (najmä, ak je hrubé črevo fixované adhéziami), ďalej je možná perforácia vplyvom nadmernej insuflácie vzduchu. Väčšina perforácií je však viazaná na výkony, akým je aj endoskopická polypektómia. Perforácia vzniknutá po polypektómii (celosvetovo sa priemer tejto komplikácie udáva u 0,5 – 1 % kolonoskopovaných pacientov) je teda komplikáciou, na ktorú je potrebné myslieť nielen po výkone (ak má pacient ťažkosti bezprostredne po kolonoskopii), ale môže vzniknúť aj oneskorene. Pacienta je preto vždy potrebné poučiť, aby nahlásil lekárovi každé krvácanie, bolesť brucha. Takéto poučenie na základe dostupnej

dokumentácie bolo u pacienta realizované a informovaný súhlas bol pacientom podpísaný. V tomto prípade, podľa následného udania príbuzných, pacient mal bolesti už skôr, ale odmietal ísť do nemocnice a lekára vyhľadal až o 5 dní.

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne, výkonom dohľadu na diaľku úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

MANAŽMENT PACIENTA S CRUSH SYNDRÓMOM

Pobočke úradu bol doručený podnet syna zosnulého pacienta, ktorý žiadal o komplexné prešetrenie zdravotnej starostlivosti od prijatia jeho otca a počas hospitalizácií na príslušných klinikách PZS. Pisateľ namietal diagnostické a liečebné postupy, ako aj oneskorené odhalenie perforácie čreva, a tým spôsobené multiorgánové zlyhanie u jeho otca.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

61-ročný pacient mal v osobnej anamnéze ICHS, prekonanú trombózu pravej DK, bez potvrdenia trombofílie, bol na warfaríne, sledovaný angiológom a chirurgom. V minulosti mal operáciu hiátovej hernie a CHE, operáciu inguinálnej hernie vpravo. V roku 2011 - 2012 bol opakovane operovaný pre diastázu priamych brušných svalov. Dňa 3. 10. 2015 bol privezený na traumatologicko-ortopedickú ambulanciu oddelenia UP posádkou RLP ako účastník dopravnej nehody pri čelnej zrážke s iným vozidlom ako vodič, na okolnosti úrazu si pamätal, v bezvedomí nebol, nezvracal, na zvracanie mu nebolo, z vozidla vystúpil sám. Pacient sa podrobil dychovej skúške na alkohol na ambulancii s negatívnym záverom. Naložený Schantzov golier. Pri vstupnom klinickom vyšetrení bol pri vedomí, bez amnézie, bola prítomná palpačná citlivosť hrudníka vpravo v prednej axilárnej čiare,

hematóm s exkoriáciou a edémom v oblasti krku vľavo po bezpečnostnom páse s početnými povrchovými odreninami tela. V anamnéze udával dlhodobé užívanie warfarínu. Vitálne funkcie pacienta podľa dokumentácie boli stabilné: TK 130/70 torr, P: 85/min, sat. O_2 91 %. Následne boli realizované laboratórne vyšetrenia a vzhľadom na mechanizmus úrazu (tupá trauma hrudníka a brucha) bolo realizované celotelové CT. Pri vyšetrení boli mozog a C chrbtica negatívne, na hrudníku bol negatívny nález, CT brucha popisovalo: „...v oblasti malej panvy medzi m. obturatorius internus a močovým mechúrom nález hematómu.“ V kostnom okne bol negatívny nález.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient bol prijatý na observáciu na JIS TOK. Po prijatí boli monitorované vitálne funkcie aj klinický stav v pravidelných časových intervaloch. Vstupné laboratórne vyšetrenia potvrdili hypokoagulačný stav pri warfarinizácii. Warfarin bol vysadený, pacient bol prevedený na nízkomolekulárny heparín v terapeutickom režime. Už primárne boli prítomné vysoké hodnoty myoglobínu 2564 ug/l. Správne bola indikovaná analgetická, infúzna liečba s intermitentnou aplikáciou diuretík a pravidelným sledovaním dynamiky hladín myoglobínu pri Crush sy. so správnou predikciou možnosti rozvoja obličkového zlyhania. Pacient bol zacievkovaný so sledovaním diurézy. Bolo realizované interné vyšetrenie, stav bol hodnotený ako fibroflutter predsiení s rýchlou odpoveďou, tlakovo bol pacient stabilizovaný bez známok kardiálnej stázy, kardiošpecifické enzýmy boli negatívne, bola ordinovaná antiarytmická liečba. Od 2. dňa hospitalizácie došlo k rozvoju oligúrie napriek podpore diurézy, bola prítomná elevácia myoglobínu a dusíkatých látok, správne bolo suponované akútne prerenálne obličkové zlyhanie pri rabdomyolýze. Pre zhoršovanie bolesti v suprapubickej oblasti bolo po chirurgickom vyšetrení realizované CT abdomenu, kde sa paravezikálny hematóm výrazne zväčšil (160 x 118 mm) a pribudol aj hematóm v retroperitoneálnom priestore obojstranne (predovšetkým vpravo), tiež boli zachytené hemoragickokontúzne ložiská pľúc obojstranne. V ten istý deň bola vykonaná CT cystografia, ktorá nepreukázala prítomnosť leaku kontrastnej látky z močového mechúra, teda nebola porušená jeho integrita. Na to poukazovala aj skutočnosť, že nikde nebol záznam ani o hematúrii. Súčasne sa nedokázalo aktívne krvácanie do malej panvy. Je typické, že kontúzne zmeny sa rozvíjali a boli zachytené až s určitým

časovým odstupom. Urológ indikoval operačnú revíziu po úprave hypokoagulačného stavu. Pre anemizáciu a hypokoagulačný stav boli pacientovi podávané krvné deriváty. Klinicky stav pacienta bol komplikovaný deblokovaným flutterom predsiení. V priebehu celého pobytu na JIS bol pacient intenzívne monitorovaný (dýchanie, cirkulácia, diuréza). **Pre rozvoj anúrie s eleváciou dusíkatých látok, myoglobínu a rozvojom metabolickej acidózy bol konzultovaný nefrológ s následnou indikáciou akútnej hemodialýzy.** Akútna hemodialýza pri anúrii, hladine kreatinínu 461, metabolickej acidóze pri kombinovanom ataku obličkového parenchýmu (rabdomyolýza a podanie kontrastnej látky) bola plne indikovaná.

Po hemodialýze bol stav pacienta zhoršený, došlo k rozvoju respiračného zlyhania s hypotenziou. Pacient bol preložený na KAIM dňa 6. 10. 2015. **Po prijatí na KAIM bola realizovaná komplexná intenzivistická starostlivosť a liečba u pacienta s multiorgá-novým zlyhaním (obeh, dýchanie, obličky, koagulácia), ktoré má viac ako 93 % mortalitu.** Pacient bol po prijatí pre respiračné (oxygenačno-ventilačné) zlyhanie intubovaný, napojený na UPV, analgosedovaný. Pacient bol hypotenzný, TK bol udržiavaný kombináciou infúznej liečby s katecholamínovou podporou. Postup bol správne zameraný na udržanie stredného arteriálneho tlaku s cieľom udržať perfúzny tlak obličiek. Po objemovej náhrade a diuretickej podpore došlo k obnove diurézy s postupným poklesom renálnych parametrov. V priebehu celej hospitalizácie na KAIM boli monitorované vitálne funkcie, sledovaná hodinová diuréza, v 6 - 8 hodinových intervaloch bolo realizované meranie centrálneho venózneho tlaku, intrabdominálneho tlaku, meranie obvodu brucha. Viackrát denne bol realizovaný laboratórny skríning, klinický stav pacienta bol sledovaný v 4 hodinových intervaloch. Na základe CT nálezu so zhoršeným lokálnym nálezom brucha a nárastom intraabdominálneho tlaku bolo realizované dňa 7. 10. 2015 kontrolné CT brucha a hrudníka s nálezom progresie hematómu v oblasti močového mechúra. Po konzultácii s chirurgom a urológom bola indikovaná revízia dutiny brušnej s evakuáciou prevezikálneho hematómu. Anestézia bola vedená so štandardným monitoringom. Po ATB konzíliu bola empiricky nasadená kombinovaná širokospektrálna ATB liečba, ktorá bola následne po získaní kultivačných výsledkov upravená a rozšírená o antimykotikum. U pacienta boli pravidelné kontroly urológom, chirurgom, opakovane bol konzultovaný infektológ, internista. Pacient bol v priebehu celej

hospitalizácie cirkulačne nestabilný, obeh bol podporovaný noradrenalínom, bol prítomný flutter s rýchlou komorovou odpoveďou, kontinuálne boli aplikované antiarytmiká. Postupne bola obnovená diuréza s prechodne polyurickým štádiom obličkového zlyhania, s následným poklesom až normalizáciou dusíkatých látok. Po evakuácii prevezikálneho hematómu s následnou ATB a antimykotickou liečbou došlo k poklesu teplôt a výraznému poklesu zápalových parametrov (CRP, PCT) a hodnôt laktátu. Multiorgánové zlyhanie a septický šok boli spojené s ťažkým katabolizmom (nízke hodnoty celkových bielkovín a albumínu), čo bolo spojené so zhoršeným hojením rán a s najväčšou pravdepodobnosťou bolo príčinou dehiscencie operačnej rany, ktorá bola denne ošetrovaná. Pacient bol od začiatku živený parenterálne. Po obnove peristaltiky bola postupne zvyšovaná enterálna výživa. Lokálny nález brucha bol denne sledovaný ošetrujúcim lekárom. Denne boli sledované odpady z nazogastrickej sondy, peristaltika, stolica. Od 5. dňa hospitalizácie na KAIM po relatívnej stabilizácii stavu pacienta bola znižovaná analgosedácia a postupne znižovaná ventilačná podpora. Stav vedomia bol denne hodnotený. Pacient bol postupne pri vedomí, odpojený od UPV a následne extubovaný. Naďalej bol však hypotenzný a TK bol podporovaný minimálnymi dávkami katecholamínov. Dňa 18.10.2015 bolo zaznamenané odsávanie fekulentného obsahu cez drén založený urológom dňa 7. 10. 2015. Bol privolaný **službukonajúci chirurg**, ktorý **indikoval urgentné CT vyšetrenie, ktorým sa potvrdila perforácia tenkého čreva. Následne bola realizovaná neodkladná operácia, ktorou sa zistila ohraničená sterkorálna peritonitída ako dôsledok perforácie a gangrény terminálneho ilea.** Chirurg urobil resekciu inkriminovaného segmentu ilea, terminálnu ileostómiu, toaletu a drenáž brušnej dutiny. Počas operácie bol pacient významne cirkulačne instabilný, po jej ukončení bol opäť uložený na KAIM. Tu sa pokračovalo v komplexnej liečbe vrátane všetkých dostupných intenzivisticko-resuscitačných zásahov. Stav pacienta sa napriek tomu zhoršoval a multiorgánová dysfunkcia vyústila do multiorgánového zlyhania s asystóliou. KPR bola neúspešná a dňa 19. 10. 2015 o 06,30 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Chirurg pacienta opakovane vyšetroval, ako na poukazovali záznamy z dostupnej dokumentácie. Podľa nich **nemal pacient až do dňa 18. 10. 2015 príznaky peritoneálneho dráždenia a ani zobrazovacie vyš. metódy nepoukazovali na potenciálnu léziu dutej trubice GIT.**

Perforačná NPB prebieha zvyčajne dramaticky, ale v prípade ohraničenej, cirkumskriptnej peritonitídy a pacienta s vysokým BMI (v tomto prípade 30), môže byť jej klinicky obraz nie celkom typický, ako to bolo u tohto pacienta. Proti dlhšie trvajúcemu intervalu perforácie hovorí skutočnosť obnovenia peristaltiky počas hospitalizácie na KAIM (pacient mal vetry, stolicu) s následnou enterálnou výživou, ktorú pacient toleroval. **Je teda zrejmé, že k vývoju perforácie tenkého čreva nedošlo bezprostredne po úraze ani v nasledujúcich dňoch.** Nie je možné presne časovo určiť, kedy a za akých okolností došlo k perforácii ilea. Gangrénu a následnú perforáciu čreva u pacienta, ktorý je dlhodobo analgosedovaný na UPV, je prakticky nemožné podchytiť napriek mnohým kontrolným vyšetreniam odborných lekárov. Prežívanie pacienta bolo komplikované mnohými faktormi, ktoré však nemožno považovať za pochybenie počas diagnostiky a liečby. Je potrebné si uvedomiť, že problematika ťažkých poúrazových stavov spojených s masívnym krvácaním, hlavne u pacientov s pridruženými ochoreniami (kardiálne, diabetes, telesná kondícia, fyzický stav, vek, zrútené kompenzačné schopnosti organizmu) môžu aj napriek štandardným opatreniam viesť k fatálnemu koncu. Z celého priebehu vyplýva, že išlo o mimoriadne komplikovaný prípad vyžadujúci si multidisciplinárny prístup traumatológov, urológov, chirurgov, internistov a anestéziológov. Réžia a časovanie jednotlivých krokov vyplývali z celkového rozvoja chorobného procesu podľa aktuálneho stavu a závažnosti postihnutia jednotlivých systémov. Bezprostrednou príčinou smrti bolo multiorgánové zlyhanie pri pomliaždení a perforácii črevného traktu. Zo súdnolekárskeho hľadiska išlo o násilné úmrtie v príčinnej súvislosti s dopravným úrazom.

ZÁVER

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

ÚMRTIE POLYMORBIDNEJ PACIENTKY S RENÁLNOU KOLIKOU

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie dcéry zosnulej pacientky, ktorá žiadala prešetriť zdravotnú starostlivosť poskytovanú jej matke, ktorá bola hospitalizovaná na urologickom oddelení pre obličkovú koliku. Podávateľka po preštudovaní dokumentácie došla k záveru, že smrť matky bola zbytočná. V operačnom protokole bolo veľa nejasností, podľa denných záznamov sa pacientka cítila dobre. Dňa 18. 3. 2016 dostala raňajky napriek plánovanému skiaskopickému vyšetreniu. Po neúspešnom pokuse o inzerciu pig-tailu vytekala hustá biela pasta. Podávateľka má za to, že to bol hnis, ktorý po nepodarenom zákroku vytekal do celého tela. Pre nesprávny vpich sa mala infekcia rozšíriť do celého tela. Aj druhý pokus o výkon bol neúspešný. Po tomto zákroku bola privezená na oddelenie nepríčetná, opuchnutá, fialová. Oživovali ju, previezli na ARO, kde dodýchala naposledy. Podávateľka sa dočítala z pitevnej správy, že matka zomrela na zápal pľúc, septický šok. Nesúhlasí, že úmrtie nastalo z chorobných príčin, nakoľko jej matka išla do nemocnice s obličkovou kolikou.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola sledovaná v internej, urologickej, kardiologickej, nefrologickej a diabetologickej ambulancii. Mala ICHS, artériovú hypertenziu, diabetes mellitus II. typ na PAD s komplikáciami (polyneuropatia, retinopatia), urátovú urolitiázu v anamnéze, hyperurikemický syndróm, parapelvické cysty. V anamnéze stav po hysterektómii pre karcinóm tela maternice, stav po rádioterapii, stav po cholecystektómii, umbilikálnu herniu. Pacientka bola obézna. Okrem iného mala v liečbe Warfarin a Blemaren.

Dňa 14. 3. 2016 v čase o 15.20 hod. bola pacientka vyšetrená v urologickej ambulancii. Udávala bolesti v ľavom boku, zimnicu, zvýšenú teplotu neudávala. Pri fyzikálnom vyšetrení bolo brucho pre obezitu horšie priehmatné, nebolestivé, rezistencia nehmatná, Guyon vľavo +, pupočná prietrž. Auskultačne peristaltika pokojná. Moč bol chemicky negatívny, mikroskopicky 5 - 6 leukocytov. Sonograficky obojstranne parapelvické cysty vľavo, dutinový systém rozšírený. Stav

bol záverovaný ako možná rozvíjajúca sa obštrukčná pyelonefritída u diabetičky, parapelvické cysty bilaterálne. Odporučená bola hospitalizácia na urologickom oddelení.

Dňa 14. 3. 2016 v čase o 17.09 hod. bola pacientka prijatá na hospitalizáciu na urologické oddelenie ÚZZ. V objektívnom náleze pri prijatí bolo konštatované: pacientka pri vedomí, orientovaná časom a priestorom, poloha aktívna, postoj vzpriamený, habitus obézny, koža aniktérická bez patologických eflorescencií, hlava, krk bez patologického nálezu, dýchanie alveolárne čisté, akcia srdca pravidelná, brucho nad niveau, mäkké, priehmatné, palpačne pri hĺbkovej palpácii bolestivosť v mezogastriu vľavo, tapottement vľavo pozitívny. Záver pri prijatí bol renálna kolika vľavo, hyperurikemický syndróm, urolitiáza v anamnéze, v r. 2011 stentovanie a chemolýza vpravo + chronické diagnózy. Pacientke bola indikovaná spazmoanalgetická liečba. Indikované boli laboratórne vyšetrenia, realizované nasledujúci deň ráno.

Dňa 15. 3. 2016 bola pacientka afebrilná, pri rannej vizite bola aktuálne bez ťažkostí. Z výsledkov laboratórnych vyšetrení: krvný obraz bez leukocytózy, elevácia CRP 108,2 mg/l, zvýšený kreatinín 121,4 µmol/l, INR 3,64. V moči bielkoviny +, ketolátky +, krv +++. Odobratý bol moč na kultivačné vyšetrenie a začatá empirická antibiotická liečba - Ciphin 200 mg á 12 hod., z liečby bol vysadený Warfarin, indikovaný nízkomolekulárny heparín pri poklese INR. Plánované bolo kontrastné vyšetrenie močových ciest. Natívne močové cesty boli bez evidentného konkrementu. Dňa 16. 3. 2016 bolo realizované CT vyšetrenie brucha, s popisom obličiek primeranej veľkosti a tvaru, vpravo dutý systém bez dilatácie s viacerými parapelvickými cystami, vpravo v hornom kalichu nález konkrementu 6 mm, v dolnom kalichu konkrement 3 mm; vľavo popísané parapelvické cysty, dilatácia dutého systému, popísaný malý konkrement v oblasti pyeloureterálného prechodu, veľkosti 4 mm. Dňa 17. 3. 2016 bola pacientka afebrilná, mala sa subjektívne dobre, ešte mala mierne bolesti. Vzhľadom na CT nález indikované zavedenie stentu. Napriek vysadeniu Warfarinu pretrvával výrazný hypokoagulačný stav - INR 4,26, preto bolo zavedenie pig-tailu odložené. Na základe kultivačného vyšetrenia moču (nález E. coli) bola zmenená antibiotická liečba - cielene nasadený Amoksiklav.

Dňa 18. 3. 2016 pri rannej vizite bolo zaznamenané, že pacientka sa má dobre, udávala ešte mierne pobolievanie, bola afebrilná. V kontrolných laboratórnych vyšetreniach nárast hodnôt dusíkatých látok - kreatinín 265,2 µmol/l, urea 28,6 mmol/l, vzostup CRP 371,4 mg/l, INR 3,88. Indikované zavedenie pig-tailu v analgosedácii. Po príprave pacientky, podávaná čerstvá mrazená plazma, premedikácia Apaurin, bola realizovaná cystoskopia, retrográdna uretropyelografia s pokusom o zavedenie endoprotézy, ktorý bol neúspešný. Predpokladané, že konkrement zostúpil juxtavezikálne, nebolo možné zavedenia vodiča. Po vybratí chewasu cievky z ústia vytekal hustý hnis. Po výkone bola pacientka podľa dokumentácie pri vedomí, TK 140/80 mmHg, P 100/min. Indikovaná bola nefrostómia. Opakovane kontrolované INR – 3,19, vzhľadom na koagulopatiu indikované podanie Octaplexu. Kontrolné INR bolo s hodnotou 2,05. Do liečby bolo indikované aj podávanie Axetinu. Pokus o punkčnú nefrostómiu bol realizovaný v čase o 16.55 hod. V polohe na bruchu sonografia - pre morbídnu obezitu bola pacientka zle echogénna, stáza bola len minimálna. Pod sonografickou kontrolou boli realizované opakované pokusy o napichnutie dutého systému obličky, ktoré boli neúspešné, výkon ukončený. Po výkone a prevoze pacientky na oddelenie bola u pacientky prítomná porucha vedomia, gasping. Privolané bolo OAIM konzílium a začatá kardiopulmonálna resuscitácia. Kardiopulmonálna resuscitácia bola úspešná, pacientka bola preložená dňa 18. 3. 2016 o 17.30 hod. na OAIM s plánom o ďalší pokus o inzerciu pig-tailu vľavo za účelom drenáže.

Pri prijatí na OAIM bola pacientka v bezvedomí, na bolestivý podnet nereagovala, ale došlo k obnove spontánnej ventilačnej snahy, pacientka bola zaintubovaná a umelo ventilovaná s nutnosťou vysokej Fi02, obehovo nestabilná na kombinovanej vazopresorickej podpore, afebrilná, po zacievkovaní vytekalo malé množstvo tmavohnedého skaleného moču, zo žalúdka významné množstvo hnedokrvavého obsahu, potom plegický obsah. Koža bola s cyanotickými mapami, konštatovaná obesitas permagna. Zrenice boli izokorické, fotoreakcia neprítomná, korneálny reflex diskrétny, skléry biele, spojivky ružové. Auskultačne bolo dýchanie bilaterálne počuteľné, vľavo bronchitické fenomény, vpravo bazálne rachôtky, akcia srdca nepravidelná, aktuálne mierne zrýchlená 96/min, ozvy tiché. Brucho bolo vysoko nad niveau hrudníka, ťažšie priehmatné, ale bez rezistencie či peritoneálneho dráždenia, peristaltika nepočuteľná, horné a dolné končatiny

edematózne, hematómy a cyanotické mapy, trofické zmeny na predkolení, Babinski bilaterálne negatívny, hluché planty. Hodnota tlaku krvi bola 75/55 mmHg, telesná teplota 36,8 °C, BMI 52,03. Pacientka bola prijatá s diagnózami: zastavenie srdca s úspešnou resuscitáciou, urosepsa, septický šok, pyonephros l. sin, ureterolithiasis l. sin, nephrolithiasis l. dx, st. p. colicam renalis, diabetes mellitus typ 2 s komplikáciami, arteriálna hypertenzia, akútne obličkové zlyhanie + chronické diagnózy.

Po prijatí sa pokračovalo v rozšírenej KPR. Pacientka bola napojená na UPV, obeh bol podporovaný katecholamínmi s nutnosťou ich eskalácie, akcia srdca bola nepravidelná, kontrolovaná kontinuálne aplikáciou Cordarone. Podávaná bola ATB liečba Cefotaxim, Metronidazol. Pacientka mala zavedený CVK cestou v. subclavia l. dx. V laboratórnych vyšetreniach bola prítomná ťažká metabolická acidóza, výrazne elevované hodnoty zápalových markerov PCT>10ng/ml, CRP 345,2 mg/l, kardiošpecifické enzýmy na hornej hranici normy, výrazne elevované dusíkaté látky: urea 31,1 mmol/l, kreatinín 318,3 µmol/l. Po prechodnej stabilizácii obehu bola pacientka hypotenzná, anurická, obeh kontinuálne podporovaný dvojkombináciou noradrenalín + adrenalín, objemová resuscitácia. Následne bol zavedený hemodialyzačný katéter s cieľom urgentnej hemodialyzačnej liečby. Opätovne došlo k zastavenie obehu s nutnosťou kardiopulmonálnej resuscitácie. Na EKG sa objavili len komorové sťahy a pokračovala asystólia. V čase o 23.08 hod. bol konštatovaný exitus letatis.

Realizovaná bola pitva na súdnolekárskom a patologicko-anatomickom pracovisku. Z diagnostického súhrnu: príčina úmrtia - septický šok, základná choroba – urosepsa, počínajúci zápal pľúc, akútna tracheobronchitída, akútna purulentná nefritída, mikroabsces ľavej obličky, ureterolitiáza, nefrolitiáza, hypertrofia srdca, generalizovaná ateroskleróza, aneuryzma aorty, zúženie močovej rúry, rozšírenie močovodov obojstranne, opuch mozgu, stav po pokuse o nefrostómiu, haemopyelos vľavo, ostatné choroby - diabetes mellitus klinicky, stukovatenie, počínajúca cirhóza pečene, ťažká obezita, pupočná hernia.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacientka bola prijatá dňa 14. 3. 2016 na urologické oddelenie ÚZZ pre ľavostrannú renálnu koliku. Podľa dostupnej dokumentácie mala

v minulosti liečenú urolitiázu a preventívne užívala Blemaren, ktorý redukuje tvorbu konkrementov v močových cestách. Okrem tejto diagnózy boli u pacientky prítomné ďalšie komorbidity, ktoré spolu s urologickým ochorením viedli k závažnému zhoršeniu zdravotného stavu pacientky a nakoniec k úmrtiu.

S diagnózou malej ľavostrannej ureterolitiázy v proximálnom močovode bola pacientka liečená spočiatku konzervatívnym postupom zameraným na utlmenie bolestí a liečbu sprievodnej uroinfekcie chinolonovým preparátom s dostatočným spektrom citlivosti (Ciphin). Takýto liečebný postup vzhľadom k veľkosti konkrementu bol adekvátny a zodpovedal súčasným odporúčaniam liečby malých konkrementov, u ktorých je vysoká pravdepodobnosť spontánneho odchodu konkrementu per vias naturales.

Po zhoršení stavu pacientky a klinických príznakoch urosepsy dňa 18. 3. 2016 indikovali lekári invazívne postupy zamerané na deriváciu moču z ľavej obličky. Najskôr pomocou sondovacieho cystoskopu bol urobený pokus o nasondovanie ľavej obličky pomocou vnútornej drenáže, zavedením JJ stentu do obličky. Tento zákrok nebol úspešný pre prekážku za ústím ľavého močovodu. V operačnom zázname z tohto zákroku je uvedené, že po manipulácii v distálnom močovode vytiekol z močovodu hustý hnisavý obsah. Lekárka, ktorá realizovala tento neúspešný zákrok, správne neindikovala okamžité napichnutie obličky pre vysoké INR (3,88). Pri takejto hodnote INR je vysoké riziko krvácania aj pri menšom operačnom zákroku. Z dokumentácie ďalej vyplýva, že po nevyhnutnej predoperačnej príprave (podanie Octaplexu) primár oddelenia urobil pokus o zavedenie nefrostomického drénu do ľavej obličky. Tento zákrok bol neúspešný pre zlý ultrazvukový obraz obličky u extrémne obéznej pacientky. Rozšírenie vývodného systému obličky bolo minimálne. Tieto dva faktory boli pravdepodobne hlavnou príčinou, že sa tzv. punkčnú nefrostómiu nepodarilo realizovať.

Následne došlo k zhoršeniu celkového stavu pacientky s nutnosťou KPR, ktorá bola začatá už na urologickom oddelení. Po privolaní OAIM konzília na urologické oddelenie bola pacientka urgentne intubovaná, napojená na UPV, realizovaná rozšírená KPR. Po obnovení obehu bola pacientka v kritickom stave prijatá na OAIM, kde bolo pokračované v rozšírenej KPR s cieľom stabilizovať vitálne funkcie. Pacientka bola prijatá v ťažkom septickom šoku so slabou odpoveďou na

vazopresorickú podporu a objemovú resuscitáciu. Septický šok je patologický stav s viac ako 90 % mortalitou napriek intenzivistickej starostlivosti. Podávaná bola širokospektrálna ATB liečba. Počas celej hospitalizácie na OAIM napriek kombinovanej vazopresorickej podpore bola pacientka hypotenzná, v bezvedomí, anurická. Správne bola plánovaná akútna hemodialyzačná liečba, ktorá pre opätovné zastavenie obehu nebola zrealizovaná.

Zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientke bola realizovaná štandardným spôsobom, neboli porušené štandardné liečebné a diagnostické postupy.

ZÁVER

Výkonom dohľadu na mieste **neboli** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období **zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

SPÔSOBILA KORTIKOSTEROIDNÁ LIEČBA OČÍ U PEDIATRICKÉHO PACIENTA GLAUKÓM?

Úradu bolo doručené podanie matky pacientky vo veci podozrenia, že očná lekárka jej spôsobila predpísaním očných kvapiek Tobradex glaukóm.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka mala od 14. dňa veku hnisanie oboch očí, pre ktoré bola všeobecným lekárom pre deti a dorast liečená očnou masťou O-Framykoin. Vo veku 39 dní bola dňa 21. 8. 2013 vyšetrená so zapálenými očami v očnej ambulancii NZZ. Zápal bol viac na ľavom oku. Očná lekárka pacientke vykonala preplach slzných ciest na ľavom oku, naordinovala liek Tobradex kvapky, ktorý obsahuje ATB a kortikosteroid. Pri kontrole dňa 28. 8. 2013 bolo konštatované

zlepšenie stavu pacientky a odporučené bolo pokračovať v liečbe. Dňa 11. 9. 2013 bol stav pacientky zlepšený a bola jej vysadená liečba. Pri ďalšej kontrole dňa 2. 10. 2013 bola u pacientky prítomná v ľavom kútiku serózna kvapka, slzné cesty boli priechodné a bolo jej nasadené ATB Dexa-Gentamicin kvapky s odporučenou kontrolou o týždeň. Pacientka sa na odporučenú kontrolu k očnej lekárke nedostavila.

Dňa 18. 11. 2013 bola pacientka v CA vyšetrená v DFNsP s podozrením na glaukómové ochorenie. Vyšetrením bol potvrdený primárny kongenitálny glaukóm obojstranne a následne bola pacientke nasadená lokálna antiglaukómová liečba. Dňa 20. 11. 2013 bola prepustená do domácej starostlivosti s odporučením odberu CYP1B1 génu.

Dňa 4. 12. 2013 bolo pacientke v CA operované pravé oko a dňa 15. 1. 2014 ľavé oko.

Podľa anamnézy išlo o pacientku z 1. gravidity, narodenú v termíne, kriesená ani v inkubátore nebola. Matkina sestra mala kataraktu. Otec pacientky má jednostranný rázštep pery a podnebia, matkin otec chlopňovú vadu, inak bez výskytu glaukómu alebo zrakových problémov, bez výskytu klasických monogénových ochorení, reprodukčných strát. Konsangvinita nebola zistená.

Podľa genetického vyšetrenia zo dňa 16. 5. 2014 u pacientky nebola zistená mutácia E387K v géne CYP1B1.

V závere genetického vyšetrenia je uvedené: U dieťaťa s kongenitálnym glaukómom sa vo všeobecnosti vyšetruje mutácia E387K v géne CYP1B1, nakoľko sa v našej populácii vyskytuje. U dieťaťa nebola takáto mutácia nájdená. Vysvetlenie je možné v tom, že táto mutácia je špecifická pre jedno etnikum, do ktorého dieťa etnicky nepatrí. Kongenitálny glaukóm v priemernej populácii slovenského etnika má opisovanú multifaktoriálnu dedičnosť a nebola zistená asociácia s konkrétnym génom alebo skupinou génov. Výklad o genetickej etiológii je problematický, pretože nie je možné zistiť konkrétnu mutáciu v konkrétnom géne, nakoľko toto nie je v našej populácii jasne stanovené. Recesívna dedičnosť je pravdepodobná.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Po preštudovaní dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad konštatovala, že pacientka mala hnisavý zápal ľavého oka, ktorý očná lekárka liečila ATB a kortikosteroidmi. Takýto zápal sa lieči ATB a je na zvážení lekára, či pridá aj kortikosteroidy. Liečba lokálnym kortikosteroidom v kombinácii s ATB je štandardnou liečbou používanou pri chronickom zápalovom ochorení predného segmentu oka a u pacientky liečba nebola dlhodobá.

U pacientky bol potvrdený vrodený glaukóm na oboch očiach, teda aj na oku, kde neboli podávané kortikosteroidy. Ide o vrodené ochorenie, ktoré sa objavilo aj napriek negatívnemu genetickému vyšetreniu pacientky. Lokálne podávané kortikosteroidy u pacientky mohli ovplyvniť manifestáciu kongenitálneho ochorenia. Glaukóm by sa u pacientky skôr či neskôr prejavil aj bez podávania kortikosteroidov.

Zdravotná starostlivosť bola pacientke očnou lekárkou poskytnutá správne a nedošlo k žiadnemu pochybeniu.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Úrad nezistil u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky v poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

ZÁVER

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

NEVYKONANÁ REOPERÁCIA CHRBTICE?

48-ročná pacientka prostredníctvom advokátky (ďalej len „podávateľka“) požiadala úrad o prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti na oddelení neurochirurgie ústavného zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „poskytovateľ“) v dohliadanom dni 2. 12.2013. V tejto súvislosti podávateľka uviedla, že dňa 19. 9. 2013 bola pacientke u poskytovateľa vykonaná operačná excízia s implantáciou medzitŕňového rozvierača. Na kontrolnom vyšetrení dňa 2. 10. 2013

bola indikovaná reoperácia, ktorá bola zrealizovaná dňa 2. 12. 2013, ale v priebehu reoperácie došlo k iatrogénnemu poškodeniu cievy s následným ťažkým krvácaním do retroperitonea, preto reoperácia chrbtice nebola vykonaná a pacientka bola do dňa 23. 12. 2013 udržiavaná v umelom spánku. Na kontrolnom vyšetrení dňa 22. 01. 2014 poskytovateľ pacientke uviedol, že stav je neriešiteľný. Nakoľko má pacientka od reoperácie zdravotné problémy, je na invalidnom dôchodku, hoci predtým chodila do práce, podávateľka požiadala úrad o prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti a postupu poskytovateľa.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Z predloženej zdravotnej dokumentácie vyplynulo, že pacientka pre subjektívne bolesti v krížoch s vyžarovaním do PDK, pre podlamovanie nôh, problémy pri dlhšej chôdzi a pri chôdzi do schodov podstúpila u poskytovateľa dňa 13. 9. 2013 operačné uvoľnenie koreňa L5 vpravo a zavedenie interspinózneho fixátora pre klinické známky instability, radikulárneho syndrómu L5 vpravo a pre stenotizáciu spinálneho kanála v oblasti L4/5 viac vľavo (podľa NMR LS chrbtice). Operačný výkon a hospitalizácia prebehla bez komplikácií.

Pre subjektívne zhoršovanie zdravotného stavu bola pacientke poskytovateľom odporúčaná stabilizačná operácia vo februári 2014. Avšak pacientkin zdravotný stav sa rapídne zhoršoval, objektívne dominovala antalgická chôdza so šetrením pravej DK, vpravo nezvládala päty-špičky, Laseque 1 bol vpravo 30 st., vľavo 70 st., šľachové reflexy boli stopové až nevýbavné, v dermatóme L5 vpravo mala taktilnú hypestézu, mala poruchu statodynamiky LS a blok s maximom do RF, pre ktorý bola hospitalizovaná na spádovom neurologickom oddelení, odkiaľ bola dňa 27. 11. 2013 preložená k poskytovateľovi na hospitalizáciu k druhej, stabilizačnej operácii.

V priebehu operácie dňa 2. 12. 2013 došlo v retroperitoneu k iatrogénnemu poškodeniu pravej spoločnej bedrovej artérie a žily, a bifurkácie (laesio arteriae et venae iliacae l. dx. comm. iatrogenes et regionis bifurcatiae iatrogenes) s rozvojom hemoragického šoku. Komplikácia bola zvládnutá cievnym chirurgom, na sále bolo pacientke podaných 8 ČMP a 8 transfúzií krvi a zaintubovaná pacientka bola s pretrvávajúcimi známkami centralizácie obehu preložená k stabilizácii

vitálnych funkcií na OAIM poskytovateľa dňa 2. 12. 2013 o 15:16 hod. priamo z neurochirurgickej sály. Na OAIM sa pokračovalo v kontinuálnej analgosedácii, hemo a volumosubstitúcii, avšak bez nutnosti vazoaktívnej podpory. Postupne sa pacientka hemodynamicky stabilizovala, preto na 2. deň sa analgosedácia u pacientky ukončila, bola prevedená na podpornú ventiláciu a vo večerných hodinách dňa 2. 12. 2013 bola extubovaná. Pacientka bola klinicky pri plnom vedomí, bez zjavného neurologického deficitu, obehovo aj respiračne stabilná. Dňa 4. 12. 2013 bola pacientka preložená na neurochirurgické oddelenie poskytovateľa, z ktorého bola dňa 18. 12. 2013 prepustená do ambulantnej starostlivosti.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

48-ročná pacientka s chronickým degeneratívnym ochorením chrbtice s tendenciou ku zhoršovaniu stavu podľa predloženej zdravotnej dokumentácie podstúpila u poskytovateľa počas hospitalizácie od 12. 9. 2013 do 20. 9. 2013 operačné uvoľnenie koreňa L5 vpravo a implantáciu interspinózneho fixátora pre laterálnu stenózu L4/5 a instabilitu v tomto segmente. Operačný výkon a hospitalizácia prebehla bez komplikácií. Nakoľko subjektívne ťažkosti pacientky sa zvýrazňovali aj po výkone a na zobrazovacích vyšetreniach bola zistená progresia instability, bola poskytovateľom správne indikovaná stabilizačná operácia vo februári 2014. Avšak, zdravotný stav pacientky sa rapídne zhoršoval, preto bola hospitalizovaná na spádovom neurologickom oddelení, odkiaľ bola dňa 27. 11. 2013 preložená k poskytovateľovi k druhej, stabilizačnej operácii, ktorú podstúpila dňa 2. 12. 2013. Počas operácie pri odstraňovaní poškodenej platničky L4/5 došlo v retroperitoneu k lézii prevertebrálnych ciev, ktoré boli správne urgentne ošetrené z laparotómie privolaným cievnym chirurgom poskytovateľa a bola začatá intenzívna infúzna a transfúzna liečba. Pacientka bola priamo z neurochirurgickej sály pre peroperačne vzniknutú komplikáciu v zmysle krvácania s následným hemoragickým šokom prijatá dňa 2. 12. 2013 o 15:16 hod. na OAIM poskytovateľa, kde sa pokračovalo v intenzívnej infúznej a transfúznej liečbe, v kontinuálnej analgosedácii, bez nutnosti vazoaktívnej podpory a s napojením pacientky na umelú pľúcnu ventiláciu. Na danej terapii sa pacientka hemodynamicky stabilizovala, preto na 2. deň sa analgosedácia ukončila a pacientka sa odpojila od umelej pľúcnej ventilácie. Po extubovaní bola pacientka pri vedomí, hemodynamicky bola

stabilizovaná, bez nutnosti vazoaktívnej podpory, bola respiračne suficientná a afebrilná. Dňa 4. 12. 2013 bola pacientka preložená na JIS neurochirurgického oddelenia poskytovateľa k ďalšej terapii. Z neurochirurgického oddelenia bola prepustená do domácej liečby dňa 18. 12. 2013.

Skupina vykonávajúca dohľad konštatuje, že odborný postup poskytovateľa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v priebehu vyšetrovania, liečenia a sledovania zdravotného stavu vrátane operačného výkonu pacientky bol realizovaný v rozsahu a časovej postupnosti podľa postupov spĺňajúcich charakteristiky štandardných diagnostických a terapeutických postupov podľa slovenských a európskych odporúčaní praxe neurochirurgie. Pacientka mala chronické degeneratívne ochorenie chrbtice s tendenciou k zhoršovaniu stavu, preto sa poskytovateľ správne rozhodol najprv o jednoduchšiu operačnú liečbu, ktorá však nepriniesla želaný úspech. Vzhľadom k tomu, že pacientka mala výrazné subjektívne ťažkosti a konzervatívna terapia nepomáhala, poskytovateľ správne pristúpil k zložitejšej stabilizačnej operácii a o postupe a o možných komplikáciách spojených s operačným výkonom bola pacientka riadne vopred poučená.

Iatrogénne komplikácie vznikajú v dôsledku diagnostických a terapeutických invazívnych výkonov a ich vznik nie je spôsobený zanedbaním liečebno-preventívnej starostlivosti alebo nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Vznikajú neočakávane, i v prípadoch, keď bol invazívny výkon správne indikovaný a realizovaný podľa všeobecných zásad medicínskej praxe. Každý invazívny výkon predstavuje zásah do organizmu a môže byť sprevádzaný určitým rizikom vzniku iatrogénnych komplikácií, ktoré je potrebné riešiť. Pri operáciách medzistavcovej platničky je incidencia vaskulárneho poranenia 0,039 až 0,14 % a mortalita pri poranení 15 – 65 %. Dôležitým faktorom je včasná diagnostika komplikácie a následne rýchle ošetrenie a zvládnutie šokového stavu pacienta. Pacientkin urgentný stav masívneho krvácania pri iatrogénnom poranení veľkých ciev v retroperitoneu s následne vzniknutým hemoragickým šokom poskytovateľ správne zistil včas a pri jeho riešení postupoval správne. Po vzniknutej komplikácii so šokovým stavom poskytovateľ správne od plánovanej stabilizačnej operácie L4/5 u pacientky upustil, rovnako ako správne upustil od odporúčaní ďalších

operácií v uvedenom segmente L4/5, nakoľko by boli zaťažené vysokým rizikom vzniku komplikácii, ktoré sú výrazne vyššie ako benefit operácií. Samotná komplikácia nespôsobila pacientke poškodenie platničiek a nervových koreňov, tieto boli spôsobené instabilitou a pacientke vyvolávali vertebrogénne ťažkosti. Neurologický stav pacientky po operácii a pri prepustení bol rovnaký ako pred operáciou. Stabilizačná operácia L4/5 za účelom zamedzenia instability v tomto segmente nemohla byť zrealizovaná vzhľadom na uvedené skutočnosti. Poskytovateľ správne odporúčal pacientke subjektívne ťažkosti riešiť využitím neoperačných možností liečby, predovšetkým rehabilitáciou a liečebnou telesnou výchovou. Pacientkin stav vyžaduje dlhodobú starostlivosť a liečbu, denné cvičenie so zameraním na posilnenie prirodzeného svalového korzetu.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Skupina vykonávajúca dohľad **nezistila** u poskytovateľa v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

ZÁVER

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

NÁHLE ÚMRTIE MLADÉHO PACIENTA

Úrad prijal podanie matky pacienta, narodeného v r. 1982, ktorá žiadala prešetriť poskytnutie zdravotnej starostlivosti jej synovi počas hospitalizácie od 30. 3. 2015 do 3. 4. 2015 na internom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s náhlym úmrtím.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient podľa údajov získaných od všeobecného lekára pre dospelých v predchorobí netrpel vážnymi alebo chronickými ochoreniami, nebol

dispenzarizovaný. V marci r. 2015 bol vyšetrený pre bolesti v oblasti žalúdka a bolesti ucha. Po gastroenterologickom vyšetrení bol stav hodnotený ako bulbitis acuta ľahkého stupňa a funkčný dyspeptický gastrický syndróm.

Dňa 27. 3. 2015 bol pacient vyšetrený VLPD pre údaj, že pri chôdzi do kopca nevládze, je dýchavičný, zvýšenú TT nemal a posledné dva týždne schudol 6 až 8 kg. Objektívne pri vyšetrení bol pacient bledý, auskultačný nález na srdci a pľúcach mal v norme, brucho palpačne negatívne. Pre anamnestický údaj dýchavice, ktorý nekoreloval s aktuálnym auskultačným nálezom a údaj výrazného schudnutia bol odoslaný na hospitalizáciu na interné oddelenie.

Dňa 30. 3. 2015 bol pacient prijatý akútne na interné oddelenie dohliadaného subjektu o 09:20 hod. V prijímacej správe je uvedené, že pacient bol odoslaný akútne na hospitalizáciu dňa 27. 3. 2015, ale sa dostavil až dnes. Pri prijatí sa sťažoval na dyspnoe pri námahe s občasným tlakom na hrudi pri hlbšom nádychu, bez palpitácií, bez kašľa, bez febrílií. Poslednú dobu udával, že trpí na prolongovanú dyspepsiu, pričom gastrofibroskopia popisuje bulbitis acuta ľahkého stupňa, sonografické vyšetrenie brucha bez nálezu patológie, má nechutenstvo, chudne, pričom údajne schudol 6 až 8 kg za posledné tri týždne. V osobnej anamnéze uvedené bulbitis acuta, chronická dyspepsia, pracoval s haseným vápnom pred 6 mesiacmi. V rodinnej anamnéze uvedené, že jeho otec zomrel na rakovinu pľúc, v abúzoch priznáva fajčenie kanabisu. Bol prijatý za účelom dif. dg. námahového dyspnoe, tachykardie a chudnutia, a bol ordinovaný súbor vyšetrení – laboratórne z krvi a moču (krvný obraz a diferenciál, biochemické vyšetrenie, vrátane imunologických vyšetrení, D-dimér, NT-proBNP - nátriuretický peptid, troponín), RTG pľúc, CT pulmoangiografia, echokardiografia. Pri prijatí objektívnym vyšetrením bola zistená tachykardia, následne z laboratórnych vyšetrení zrýchlená FW, elevácia CRP a leukocytov, mierne zvýšenie hepatálnych testov, zvýšené NT-proBNP, ostatné laboratórne ukazovatele boli v norme, vrátane diferenciálu KO. Na EKG dextrotyp s možným preťažením pravej komory srdca. Realizovaná CT pulmoangiografia pre pozitívne D-diméry dňa 31. 3. 2015, ktorá vylúčila tromboembolizáciu ako príčinu dýchavice a tachykardie. V závere je popísaná sklerotizujúca alveolitída, hypersenzitívna pneumónia, v dif. dg. centrilobulárne opacity a prchavé infiltráty. Pre eleváciu zápalových parametrov a D-diméru bol podávaný LMWH. Vzhľadom k podozreniu na alveolitídu

bola začatá ATB terapia, podávané hepatoprotektíva, analgetiká, prokinetiká, PPI.

Od 1. 4. 2015 progresívne zhoršovanie dýchavice, slabosť, bledosť, schvátenosť. Bolo realizované pľúcne konziliárne vyšetrenie s odporučením pokračovať v ATB liečbe, doriešiť hepatálny nález a doplniť HRCT (High-resolution computerized tomography) pľúc. Boli odobraté onkomarkery a opakované laboratórne vyšetrenia.

Dňa 2. 4. 2015 vyšetrené natívne CT hrudníka so záverom – v dif. dg. bola naďalej alergizujúca alveolitída, prchavé infiltráty, pravdepodobnejšia bola však atypická pneumónia s progresiou a prehĺbením CT nálezu s možným etiologickým agens pneumocysty carinii, mykoplazma, vírus, chlamydia etc. Realizované boli opakované laboratórne vyšetrenia, EKG, monitorovaný TK. Dýchanie bolo naďalej čisté, vezikulárne, pacient bol slabý, prekolapsový, opakovane udával dyspnoe. Laboratórne boli naďalej mierne zvýšené hepatálne testy, zvýšené CRP, leukocyty, IgG, IgM na spodnej hranici referenčných hodnôt. V ten istý deň bol pacient preložený na JIS interného oddelenia, došlo k zhoršeniu zdravotného stavu v zmysle dýchavice, pacient bol bledý, schvátený, hypotenzný, tachykardický, saturácia kyslíka bola 87 % pri podávanom O_2. Laboratórne došlo k niekoľkonásobnému vzostupu NT-proBNP. Opakované vyšetrenie krvných plynov a ABR nachádzalo parciálnu respiračnú insuficienciu a kompenzovanú respiračnú alkalózu. Odobratý bol materiál na kultivačné vyšetrenia, zmenená ATB liečba intravenózne, do liečby boli pridané kortikoidy, diuretiká, podpora krvného obehu. Telefonicky bolo konzultované pľúcne oddelenie vo Vyšných Hágoch a fakultnej nemocnici; preklad pacienta neindikovali a potvrdzovali správnosť podávanej liečby. Pacient bol pravidelne monitorovaný (VF, EKG, BT), liečba bola podávaná podľa aktuálneho zdravotného stavu. Pri podávanej liečbe sa zdravotný stav pacienta prechodne čiastočne zlepšoval, stúpala saturácia kyslíka na 90 %, neskôr opäť dochádzalo k zhoršeniu. Zdravotný stav bol opakovane konzultovaný s lekárom OAIM, zvažovaná bola UPV. Pacient sa subjektívne cítil lepšie.

Dňa 3. 4. 2015 pre progredujúce dyspnoe s klesajúcou saturáciou kyslíka pod 75 % bolo konzultované OAIM, preklad sa nepodarilo zrealizovať pre akútne zhoršenie stavu o 7:15 hod., ktoré vyústilo

v exitus letalis. Pokus o resuscitáciu bol neúspešný, o 07:56 hod. bolo konštatované úmrtie.

Prehliadajúci lekár záveroval suspektnú atypickú pneumóniu a nariadil pitvu. Pitva ako príčinu smrti zistila srdcovo pľúcne zlyhanie pri základnom ochorení typu myeloblastickej leukémie. Okrem toho bolo zistené cor pulmonale chronicum, hepatopatia pri leukemickej infiltrácii a leukemická pľúcna lymfadenopatia.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v dohliadanom období v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi. Pacient bol v dohliadanom období 33-ročný, bez závažného predchorobia a bol zistený údaj o fajčení kanabisu. Všeobecný lekár pre dospelých správne zhodnotil pacientov údaj o dýchavici a chudnutí a promptne ho poukázal na hospitalizáciu. Pacient sa dostavil na hospitalizáciu až o 3 dni. V danom prípade ani táto skutočnosť na infaustnom priebehu nič nezmenila.

V typickom prípade myeloblastická leukémia sa manifestuje zvýšeným počtom leukocytov (počet leukocytov však môže byť aj normálny alebo znížený). Rozhodujúci je diferenciálny počet, v ktorom okrem zrelých granulocytov nachádzame rôzne percento atypických blastov pri absencii stredných vývojových stupňov (promyelocyty, myelocyty a metamyelocyty - tzv. hiatus leukemicus). V danom prípade blastické elementy prítomné neboli, preto klinik nemal šancu na diagnostiku leukémie. Podobne nulové boli aj vyhliadky na úspešnosť terapie - bol prítomný pľúcny infekt u chorobou oslabeného organizmu s poruchou imunitného systému. Stav imunitného systému bol zrejme ovplyvnený aj abúzom kanabisu. Diagnostické aj terapeutické myslenie klinika bolo správne. So zreteľom na dýchavicu, tachykardiu a EKG nález bolo potrebné vylúčiť tromboembóliu, čo sa stalo promptne, CT vyšetrenie bolo realizované dvakrát v priebehu krátkej hospitalizácie. Podobne bola namieste aj empirická antibiotická liečba a ostatná terapia. So zreteľom na základné ochorenie je ex post pochopiteľné, že ani resuscitácia nádej na úspech nemohla mať. Diagnostický aj terapeutický proces dohliadaného subjektu bol správny. Príčinou úmrtia pacienta bol fudroyantný priebeh akútnej myeloblastickej leukémie.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že **dohliadaný subjekt** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi nar. v roku 1982 v dohliadanom období **neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

ÚMRTIE 45-ROČNEJ PACIENTKY BEZ DEFINITÍVNEHO STANOVENIA DIAGNÓZY

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 25. 4. 2015 bola 45-ročná pacientka vyšetrená v neurologickej ambulancii ÚPS pre závraty trvajúce dva roky, posledný týždeň zhoršené, užívaná liečba (Meniserc, Frontin) bez efektu, máva nauzeu, nezvracia, prítomné tiež bolesti krčnej chrbtice a hlavy v okcipitálnej oblasti (užíva Veral), úraz pacientka neudávala. S klinickou diagnózou Závratový syndróm bola pacientka odoslaná na MSCT mozgu so záverom: parenchým mozgu a mozočka bez zreteľných štrukturálnych zmien, ventrikulomegália, hydrocefalus. Pacientka t. č. bez akútnej neurologickej symptomatológie, vzhľadom na CT nález však bola odporučená hospitalizácia na neurologickom odd., čo pacientka odmietla (podpísaný záznam o poučení a odmietnutí navrhovanej hospitalizácie). Aplikovaná terapia – Degan i. m., FR 1/1 250 ml + Ketonal i. v., Tensiomin s. l. Odporúčané - kontrola TK ambulantne, doplniť morfologické vyš. C segmentu chrbtice a neurologická kontrola u spádového neurológa.

Dňa 26. 4. 2015 bola pacientka opäť vyšetrená v neurologickej ambulancii ÚPS pre zhoršené bolesti hlavy a závraty. S diagnózami: Cefalea, Vertiginózny stav in obs., Ventrikulomegália, Hydrocefalus, VAS cervikálny, bola odoslaná na príjem na neurologické oddelenie. Vykonané bolo MRI mozgu - nález bez známok akútnej ischémie

intrakraniálne, štvorkomorový hydrocefalus s miernou redukciou SA priestorov v dif. dg. Záver MRI bol následne telefonicky konzultovaný so službukonajúcim neurochirurgom, ktorý konštatoval, že stav t. č. nevyžaduje akútnu intervenciu s odporučením vyšetrenia očného pozadia. Vyšetrenie OP – t. č. bez známok mestnania na papilách n. II. bilat. Dňa 28. 4. 2015 bolo realizované neurochirurgické konziliárne vyšetrenie so záverom: t. č. nie je indikovaná drenážna operácia, postup podľa neurológa. V priebehu hospitalizácie bola pacientka afebrilná, adekvátne sledovaná a konzervatívne liečená. Vykonané bolo aj ORL vyš. s negatívnym nálezom a videonystagmografické vyš. s nálezom ľahkej hypofunkcie oboch vestibul. aparátov. V klinicky zlepšenom stave bez prejavov hydrocefalu, ischémie, meningeálneho symptómu či paretických prejavov na končatinách bola pacientka dňa 30. 4. 2015 prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dňa 5. 5. 2015 bola pacientka prijatá na neurologické odd. pre každodenné a opakované zvracanie, bolesti hlavy a krčnej chrbtice, točenie hlavy v ľahu. Pri prijatí vykonané MSCT mozgu - mozgové tkanivo bez zreteľných štrukturálnych zmien, ventrikulomegália – v porovnaní s CT z 25. 4. 2015 nález stacionárny. V priebehu hospitalizácie realizované USG brucha so záverom: difúzna hepatopatia – v. . steatóza heparu, mierna hepatomegália, hypoechogénna lézia v oblasti nadobličky vľavo. CT dutiny brušnej - v ľavom hypochondriu bez zreteľných patologických štruktúr, patologická lézia centrálne v hornej tretine pravej obličky, dif. dg. malformácia. EEG vyš. – záznam ľahko abnormálny, neložiskový, nešpecifický. Za účelom vylúčenia GIT príčiny perzistujúceho emetického syndrómu bola vykonaná gastrofibroskopia, záver: refluxná ezofagitída st. A/LA, axiálna hiátová hernia, korporálna gastritída H. pylori pozit., polguľovité vyklenutie steny pyloru v. s. submukózny tumor, bulbitída. K medikamentóznej liečbe pridané antibiotiká (Klerimed, Amoksiklav). V priebehu hospitalizácie bola pacientka afebrilná, sledovaný bol klinický stav, vitálne funkcie aj potrebné laboratórne parametre. Počas hospitalizácie pretrvávali závraty a nevoľnosť, postupne došlo k regresii cefaley a k zmierneniu emetického syndrómu. V klinicky zlepšenom stave bola pacientka dňa 14. 5. 2015 prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dňa 17. 5. 2015 bola pacientka prijatá na interné oddelenie pre opakované zvracanie, pravdepodobne po ATB eradikačnej liečbe H. pylori. Ordinovaná terapia – Klacid i. v., Medoclav i. v., Lagosa,

Controloc, Degan, Pantoprazol, infúzna liečba, diéta 2. Priebeh hospitalizácie bol bez komplikácií, pacientka bola afebrilná, KP kompenzovaná, tlakovo stabilizovaná, dňa 19. 5. 2015 v klinicky zlepšenom stave bola prepustená do ambulantnej starostlivosti. Záverečné diagnózy: Dyspeptický syndróm po ATB th, Hepatopatia biochemicky aktívna v. s. postmedikamentózna, Akútna gastritída a bulbitída (v eradikačnej liečbe H. pylori), Refluxná ezofagitída st. A/LA, polguľovité vyklenutie steny pyloru – v. s. submukózny tumor + ost. dg. Odporúčania – racionálna strava, dostatočná hydratácia, užívať Tanakan, Torecan, Controloc, Lagosa, kontrola a dispenzár v gastroenterologickej ambulancii.

Pre pretrvávajúce dyspeptické ťažkosti, úbytok hmotnosti a celkovú slabosť bola pacientka dňa 26. 5. 2015 opäť prijatá na interné oddelenie za účelom diferenciálnej diagnostiky. V rámci laboratórnych vyšetrení bola prítomná elevácia hepatálnych parametrov - AST 0,55 ukat/l, ALT 2,38 ukat/l, GMT 2,97 ukat/l, ALP 2,45 ukat/l, cholesterol 6,09 mmol/l, HDL cholesterol 1,17 mmol/l, LDL cholesterol 4,63 mmol/l, kys. močová 435,64 umol/l, ostatné sledované parametre v rámci normy. Aplikovaná terapia – Lagosa, Degan, Pantoprazol, Oxazepam, Káliumchlorid 7,45 %, infúzna liečba. Dňa 28. 5. 2015 bola vykonaná gastrofibroskopia so záverom: polguľovité vyklenutie steny pyloru v. s. submukózny tumor, peripapilárny divertikul duodena D2, dg.: Dyspepsia. Pre suspekciu tumoru žalúdka bola pacientka objednaná na endosonografiu žalúdka. Dňa 29. 5. 2015 bola pacientka preložená na ODCH.

Počas hospitalizácie na ODCH od 29. 5. 2015 do 4. 6. 2015 bolo pokračované v infúznej liečbe, parenterálnej saturácii minerálov a podávaní antiemetík. V laboratórnom obraze pretrvávala elevácia transamináz, mineralogram a renálne parametre boli v rámci normy. V priebehu hospitalizácie pretrvávalo zvracanie 2 – 3x denne, bez bolestí brucha, pacientka afebrilná. S diagnózou: Protrahovaný dyspeptický syndróm horný bola pacientka za účelom ďalšej diagnostiky a liečby preložená späť na interné oddelenie.

Na internom oddelení bola pacientka hospitalizovaná od 4. 6. 2015 do 10. 6. 2015. Aplikovaná bola infúzna liečba, antiemetiká, PPI, hepatoprotektíva, Biseptol. Laboratórny nález bol bez výraznejších zmien, FW 22/46. Pre predpokladaný psychogénny pôvod ťažkostí bolo realizované psychiatrické vyšetrenie so záverom: ide o reaktívny stav –

adaptačnú poruchu s odporučením hospitalizácie na psychiatrickom odd. Pacientka však hospitalizáciu na psychiatrickom odd. odmietla, preto bolo odporučené nasadiť Sulpirid a Lexaurin a kontroly v psychiatrickej amb. Pacientka kardiopulmonálne kompenzovaná, tlakovo stabilizovaná, s miernym ústupom dyspeptických ťažkostí bola 10. 6. 2015 prepustená do ambulantnej starostlivosti. Záverečné diagnózy: Ezofagitída pri dyspepsii funkčného charakteru na podklade psychogénnej poruchy, Adaptačná porucha – reaktívny stav s dyspeptickým syndrómom emetickým + ost. dg. Dňa 6. 7. 2015 pacientka absolvovala endoskopickú ultrasonografiu so záverom: EUS obraz hypoechogénneho ovoidného tumoru submukózy antra žalúdka tesne prepyloricky, veľ. 0,6 x 0,5 cm, v dif. dg. najpravdepodobnejší GIST (gastrointestinálny stromálny tumor) ev. leiomyóm, či iný mezenchýmový tumor s pôvodom v submukóze, bez známok LAP.

Dňa 18. 7. 2015 o 11.47 hod. bola pacientka prijatá (privezená ZZS RLP) na OAIM. Podľa udania manžela pacientka ráno o 07.30 hod. užila pravidelné lieky a Novalgin pre bolesť hlavy, išla si ľahnúť, asi o 09.30 hod. ju našiel v posteli chrčať v bezvedomí, privolal ZZS. Najprv prišla posádka RZP – u pacientky prítomné bezvedomie, apnoe, bradykardia 40 - 45/min, zavedený bol orotubus, začatá bola vonkajšia masáž srdca s následným obnovením obehu. Následne príchod RLP – pacientka zaintubovaná, obeh prítomný, pulz. fr. 140/min, pretrvávajúce bezvedomie, GCS 3b., zrenice izokorické, mydriatické, bez fotoreakcie, areflexia, TK 80/40 mmHg, bez vonkajších známok traumy. Pacientka prevezená na OAIM. Pri prijatí na OAIM pacientka v bezvedomí, areflexia, spontánna dychová aktivita v norme, hlava bez známok traumy, zrenice mydriatické, fotoreakcia neprítomná, korneálny a palpebrálny reflex neprítomný, uši a nos bez výtoku, pulz na ACC slabo hmatný, dýchanie arteficiálne, bez vedľajších fenoménov, AS pravid., pulz. fr. 112/min, brucho mäkké priehmatné, peristaltika neprítomná, DK bez opuchov a varixov, SpO_2 99 %, TT 35,2 st.C. EKG: „SR, fr. 103/min, PQ a QRS v norme, ploché T vlny v I., plochonegat. T v aVL, R/S vo V4“. Pacientka na UPV, pre šokový stav aplikovaná intenzívna th. Po stabilizácii cirkulácie realizované MSCT mozgu (o 13.00 hod.) so záverom: intrakraniálne bez známok krvácania, známky vyvíjajúceho sa difúzneho edému mozgu a mozočka, dilatácia celého komorového systému. Ordinovaná terapia – Manitol 20 %, Dexamed, Ranital, infúzna th. Zavedený CVK do v. subclavia l. dx., RTG kontrola – poloha správna, dilatatio cordis. Pacientka bola uvedená do liečebnej hypotermie (TT

33,4 °C). Realizovaný bol kontinuálny monitoring vitálnych funkcií, klinického stavu, sledovaný príjem a výdaj tekutín, laboratórny skríning. Pacientka bola hypotenzná a tachykardická (do 120/min), SpO_2 100 %, pretrvávalo bezvedomie. Dňa 19. 7. 2015 na EKG (o 20.15 hod.) prítomné známky infarktu myokardu prednej steny. Laboratórne - troponín pozit. (1,030 ng/ml), nátrium 167,0..175,0 mmol/l, chloridy 133,0..141,0 mmol/l, leukocyty 14,73 10^9/l, sledovaná ABR (opakovane) + ostatné biochemické parametre. K liečbe pridané antikoagulanciá, Oxantil, $MgSO_4$. Napriek komplexnej intenzívnej liečbe bol klinický stav pacientky naďalej kritický. Dňa 20. 7. 2015 o 09.15 hod. bola pacientka v bezvedomí, areflexná, TK nemerateľný, asystólia, na EKG izoelektrická čiara. Vzhľadom na kardiogénny šok rezistentný na katecholamínovú liečbu, ťažkú hypernatriémiu, pretrvávajúce bezvedomie pri infarkte myokardu prednej steny bolo upustené o KPR, konštatovaný exitus letalis. Vzhľadom na neznámu príčinu bezvedomia bola odporučená patologicko-anatomická pitva, s ktorou manžel nesúhlasil (podpísal nesúhlas s pitvou). Prehliadajúcim lekárom pitva nebola odporučená.

V liste o prehliadke mŕtveho sú ako príčina smrti uvedené diagnózy: Kardiogénny šok, Akútny transmurálny infarkt myokardu prednej steny, Opuch mozgu, predchádzajúca príčina – Zastavenie srdca s úspešnou resuscitáciou.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Výkonom troch dohľadov na mieste po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, vyjadrení PZS, ako aj na účely dohľadu prizvaných konzultantov úradu z odborov neurológia, neurochirurgia, vnútorné lekárstvo, rádiológia, anestéziológia a intenzívna medicína - úrad zistil, že **diagnostické, terapeutické a časové postupy** u všetkých troch dohliadaných subjektov **boli v súlade so štandardnými postupmi a súčasnými odbornými poznatkami.**

Všetky postupy smerujúce k diagnostike, diferenciálnej diagnostike a liečbe závratového stavu, cefaley, nauzey, vomitu, CT nálezu ventrikulomegálie atď. boli neurologickým pracoviskom realizované včas, správne a bez zbytočného zdržania.

Na základe zhodnotenia anamnézy a obrazového nálezu CT a MR vyšetrenia mozgu je možné konštatovať, že u pacientky boli prítomné

známky hydrocefalu s rozšírením tretej, štvrtej a postranných komôr. Obrazový nález zobrazovacích vyšetrení mozgu v súlade s aktuálnym klinickým stavom nepoukazoval na známky akútnej obštrukcie a v čase vyšetrenia pacientky v neurochirurgickej ambulancii nebola indikovaná primárna drenážna operácia. Odporúčaný postup v neurochirurgickej ambulancii bol správny.

Zdravotná starostlivosť na internom oddelení a ODCH bola poskytnutá včas a správne, v súlade s platnými predpismi.

Všetky zobrazovacie vyšetrenia – CT mozgu 25. 4. 2015, MRI mozgu 27. 4. 2015, CT mozgu 5. 5. 2015 a CT mozgu 18. 7. 2015 – poukazovali na stacionárny obraz normotenzného štvorkomorového hydrocefalu, bez známok dekompenzácie v zmysle prestupu likvoru do periventrikulárnej oblasti, bez zániku subarachnoidálnych priestorov. Zdravotná starostlivosť v odbore rádiológia bola poskytnutá správne.

Celková zdravotná starostlivosť na OAIM vrátane komplexnej intenzívnej terapie a diagnostických postupov bola poskytnutá včas a správne, v súlade so štandardnými postupmi.

ZÁVER

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

DOPLNENIE

Zistené bolo **porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvy o poskytovaní odborných služieb** - podľa ust. § 48 ods. 3 písm. a) bod 1. a písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. prehliadajúci lekár nariadi pitvu v prípade, že k úmrtiu osoby došlo v zdravotníckom zariadení a výkon pitvy je potrebný za účelom overenia choroby alebo liečebného postupu, resp. pri náhlom a neočakávanom úmrtí v zdravotníckom zariadení, ak prehliadkou mŕtveho tela alebo iným vhodným spôsobom nie je možné určiť príčinu smrti.

V prípade, že existuje zákonný dôvod pre nariadenie pitvy, je aj prípadný nesúhlas s nariadením pitvy zo strany príbuzných právne irelevantný.

Vzhľadom na neznámu príčinu bezvedomia bola odporučená pitva ošetrujúcim lekárom oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny, kde pacientka zomrela. Nenariadením pitvy po vykonanej prehliadke tela nebohej pacientky došlo k porušeniu všeobecne záväzných právnych predpisov a k porušeniu záväzku, vyplývajúceho z uzatvorenej zmluvy o poskytovaní odborných služieb, na čo bol príslušný PZS úradom upozornený.

Zároveň boli **zistené nedostatky vo vedení ZD** v neurochirurgickej ambulancii.

ZRIEDKAVÁ KOMPLIKÁCIA AKÚTNEJ PANKREATITÍDY

Podnet podali deti pacientky, neboli spokojné s prvým prešetrením miestne príslušnou pobočkou, podali opakovanú sťažnosť, ktorá smerovala na všetky zložky, ktoré poskytovali pacientke zdravotnú starostlivosť.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Anamnéza: CHE, liečila sa na vysoký krvný tlak, poruchu glukózovej tolerancie, užívala Acuzide, Felodipin, Anopyrin.

TO: **3. 1. 2015** o 10.18 hod. náhle bolesti brucha, nauzea (po zjedení mastného škvarkovníka), privolaná posádka RLP. TK pri vyšetrení 170/90 mmHg – podaný Tensiomin, kontrolný TK 140/70 mmHg. Brucho bolo bez hmatnej rezistencie, kardiopulmonálne bola kompenzovaná. Ordinovaná bola infúzia FR + Analgin 1 ampulka i. v. Po vyšetrení diagnostický záver: bolesti. Lekár RLP **navrhol pacientke odvoz na ďalšie vyšetrenie do nemocnice** – **pacientka odmietla** (overené podpisom pacientky).

Dňa **3. 1. 2015** o 15.26 hod. vyšetrená v chirurgickej ambulancii CPO NsP, počas ÚPS: Subjektívne: bolesti brucha, nauzea. Objektívny

nález: krvný tlak 150/90 mmHg, pulzová frekvencia 76/min. Brucho ťažko priehmatné, difúzne palpačne citlivé, viac v epigastriu a v pravom podrebrí, bez hmatnej rezistencie a známok peritoneálneho dráždenia. Oslabená peristaltika. Vykonané odbery na laboratórne vyšetrenia: amylázy v sére 12,63 ukat/l, Bi celk. 52,2 umol/l, AST: 5,13 ukat/l, ALT: 2,50 ukat/l, ALP: 3,16 ukat/l, CRP: 11,0 mg/l. RTG snímka hrudníka a brucha: bez hladiniek a známok pneumoperiotonea, meteorizmus. Odoslaná na príjem na lôžkové chirurgické oddelenie s diagnózou: **pankreatitis acuta**. Liečba: hladovka, infúzna, spasmolytiká, analgetiká, zabezpečená prevencia TECH (25 000 ml Ringer, Izolyte SF, Controloc, Buscopan, Mesocain, Novalgin, Analgin, Torecan). Monitorovaný krvný tlak, pulz, diuréza. O 23.45 hod. pre pretrvávajúce bolesti brucha bol podaný Dolsin 1 ampulka. Pacientka zvracala, zaznamenaný bol pokles krvného tlaku, diurézy, TK o 02.00 hod. 100/60 mmHg, P 100/min. Konzultácia s lekárom OAIM – odporučený preklad na OAIM. Diagnostický záver pri prijatí na OAIM: akútna pankreatitída s multiorgánovým zlyhávaním, hypovolemický šok, akútne zlyhávanie obličiek s anúriou, respiračné zlyhávanie s potrebou UPV, ťažká MAC s rozvratom vnútorného prostredia, vysoké hodnoty laktátu, ťažký hypokoagulačný stav so spotrebovaním faktorov pri aktivovanej intravaskulárnej koagulácii. TK 114/77 mmHg, P 102/min, saturácia O_2 95 %. Pacientka nepokojná, schvátená, spotená, sťažovala sa na bolesti brucha, tachypnoe. Brucho nad niveau, napnuté, bez hmatnej rezistencie, bolestivé, peristaltika nepočuteľná. Bola zaistená i. v. linka, napojená na UPV, zaintubovaná, zavedený CVK. Bola monitorovaná, uvedená do CA, pokračovala antiulkusová liečba, prevencia TECH, spazmoanalgetická, diuretická liečba, Kanavit, infúzie glukózy (pre hypoglykémiu), vazopressory v dvojkombinácii, antibiotiká s prienikom do pankreasu (meropenem), analgetiká, pokračovala objemová liečba (Ringer 1 000 ml, FR 3 x 100 ml). Laboratórna kontrola pečeňových enzýmov, amyláz, D–diméry, urea, kreatinín, ABR. Podľa výsledkov boli doplnené koagulačné faktory, bola podaná ČMP. Napriek obehovej nestabilite bolo realizované urgentné CT vyšetrenie brucha: nález typickej edematóznej pankreatitídy, rozsiahla čerstvá ischémia heparu vpravo, takmer celého laloka - spazmy, alebo trombóza a. hepatica propria l. dx., prítok a. hepatica communis zachovaný, hyperplázia obličiek, výrazne rozšírené žlčovody. Konzultácia s vyšším pracoviskom (primár cievnej chirurgie), ktorý považoval stav za prognosticky nepriaznivý vzhľadom na progresiu a rozvoj multiorgánového zlyhávania, napriek komplexnej terapii. Operačný výkon neindikoval

kvôli hrozbe život ohrozujúceho krvácania počas operačného výkonu, odporučil konzervatívny postup. Pri následnej laboratórnej kontrole bol zistený vzostup aktivity pečeňových enzýmov, amyláz v sére, známky výraznej poruchy funkcie obličiek, zníženej saturácie O_2, ťažký rozvrat vnútorného prostredia (ťažká metabolická acidóza pri dokázanej ischémii pečene s jej rozpadom). Pokračovala intenzívna komplexná liečba, monitoring vitálnych funkcií, korekcia vnútorného prostredia, podpora obehu vazopresormi, napriek tomu došlo **4. 1. 2015 o 15.35 hod. k úmrtiu pacientky.**

Bola vykonaná patologicko–anatomická pitva. Príčina úmrtia: **akútna edematózna pankreatitída s ústrojovou komplikáciou, trombóza a. hepatica propria vpravo, disseminovaná intravaskulárna koagulopatia, hypovolemický šok, SIRS neinfekčnej genézy s orgánovým zlyhávaním a ost.**

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Pacientka s bolesťami brucha, nauzeou ošetrená posádkou ZZS RLP. Pracovná diagnóza: dyspepsia, bolesti brucha. Podaná infúzia fyziologického roztoku, Analgin. Odporučený odvoz do nemocnice pacientka odmietla (príbuzní boli doma, v sťažnosti argumentovali, že dostala injekciu Analgin, ktorá ovplyvnila jej rozhodovanie).

V popoludňajších hodinách bola vyšetrená v chirurgickej ambulancii CPO nemocnice, po vyšetrení bola stanovená správna diagnóza akútnej pankreatitídy, bola odoslaná na hospitalizáciu na chirurgické oddelenie. Po prijatí bola nasadená adekvátna liečba, sledovanie tlaku, pulzovej frekvencie, diurézy. Opakovane zvracala, trvali bolesti brucha napriek spazmoanalgetickej a analgetickej liečbe, znížila sa diuréza, klesal tlak, po konzultácii preklad na OAIM. Zabezpečený intenzívny monitoring a komplexná liečba, sledovanie laboratórnych parametrov, podpora obehu. Stav sa nezlepšoval, realizované CT hrudníka brucha s nálezom akútnej edematóznej pankreatitídy, susp. trombózy a. hepaticae propriae. Konzultácia s vyšším pracoviskom – operačný výkon neindikovaný pre veľké riziko z vykrvácania pri prognosticky nepriaznivom stave. Napriek intenzívnej a komplexnej liečbe došlo ku úmrtiu. Pitva potvrdila nález ťažkého metabolického rozvratu, edematóznej pankreatitídy, trombózu a. hepaticae propriae vpravo a ost. dg.

ZÁVER

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

DOPLNENIE

Po opakovanom prešetrení, z dostupnej zdravotnej dokumentácie, vyjadrení poskytovateľov, odborných posudkov z odborov: urgentná medicína, chirurgia, anestéziologia a intenzívna medicína, boli jednoznačné závery, že v prípade pacientky nedošlo k pochybeniu zo strany: ZZS RLP, chirurgická ambulancia CPO, chirurgické oddelenie NsP, OAIM. Všetky postupy boli v súlade so štandardnými postupmi jednotlivých odborností.

U pacientky išlo o veľmi zriedkavý nález spontánnej trombózy a. hepaticae propriae (popisovaný v svetovej literatúre v súvislosti s komplikáciami transplantácie pečene). V dôsledku ischémie heparu veľkého rozsahu došlo ku akútnemu zlyhaniu pečene s fulminantným priebehom a nepriaznivou prognózou, ktoré sa takmer v 100 % prípadov končí smrťou pacienta. Podnet bol opakovane neopodstatnený.

TAPIA SYNDRÓM – ZRIEDKAVÁ ANESTÉZIOLOGICKÁ KOMPLIKÁCIA

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

47-ročný pacient s anamnézou dlhšie trvajúcich bolestí ľavého ramena bol dňa 22. 2. 2016 prijatý na ortopedické oddelenie nemocnice s dg.: Bursitis subacromialis omae l. sin. za účelom plánovaného operačného výkonu – artroskopie ľavého ramenného kĺbu. Podľa údajov v zdravotnej dokumentácii bol pacient pred operáciou ošetrujúcim ortopédom poučený o plánovanom diagnosticko–liečebnom postupe vrátane možných komplikácií a svojím podpisom potvrdil súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Interné predoperačné vyšetrenie pacient absolvoval predhospitalizačne u iného poskytovateľa zdravotnej

starostlivosti (Záver: Možný operačný výkon v celkovej anestézii). Predanestetické vyšetrenie absolvoval v dohliadanom nemocničnom zariadení dňa 22. 2. 2016 (ASA 1, Mallampatti 3. Záver: Môže byť OP.), v rámci uvedeného vyšetrenia bol poučený o type anestézie, ako aj možných následkoch, nežiaducich účinkoch, rizikách a prípadných komplikáciách, a svojím podpisom potvrdil informovaný súhlas. Dňa 23. 2. 2016 po štandardnej predoperačnej príprave, polohovaní a príprave operačného poľa bola u pacienta s dg: Bursitis subacromialis et subacromial. impingment sy omae l. sin., Tendinitis caput longum m. biceps brachii l. sin., Tendinitis calcarea m. supraspinatus l. sin. v kombinovanej anestézii realizovaná artroskopická operácia. Po úvode do celkovej anestézie (Sufenta, Propofol, Esmeron), zabezpečení dýchacích ciest orotracheálnou kanylou č. 8 a kontrole dýchania (obojstranne +) bol pacientovi pod USG kontrolou aplikovaný interskalenický blok (Chirocain, Mesocain), bez komplikácií. Počas operačného výkonu trvajúceho 90 minút bola vykonaná subakromiálna dekompresia a tenodéza šľachy bicepsu. Po ukončení výkonu a celkovej anestézie bol pacient pri vedomí, dýchal spontánne dostatočne, tlakovo bol stabilizovaný. V nasledujúcom období bol hospitalizovaný na lôžkovom ortopedickom oddelení nemocnice, kde bolo pokračované v jeho sledovaní a v podávaní ordinovanej terapie. V deň operácie neboli v dokumentácii zaznamenané žiadne subjektívne ani objektívne ťažkosti pacienta. Na druhý deň, t. j. dňa 24. 2. 2016, ráno absolvoval neurologické vyšetrenie pre novovzniknuté subjektívne ťažkosti - po operácii mal akoby lenivý jazyk, nevedel ním hýbať doľava, zle sa mu rozprávalo aj jedlo, mal čudný hlas a šušlal. Počas vyšetrenia bola objektivizovaná porucha reči, bez fatických porúch, faryngeálny reflex bol zachovaný, diadochokinéza jazykom viazla, nevedel ním hýbať doľava, citlivosť bola zachovaná. Vyšetrením neurológ vylúčil cievnu mozgovú príhodu, suponoval možnosť atakovania bulbárnych nervov podaním zvodovej anestézie, ako menej pravdepodobnú uviedol možnosť myastenie gravis (odporúčané bolo EMG vyšetrenie). V ten istý deň bolo realizované ORL vyšetrenie pre údaj sťaženej hybnosti jazyka (nevedel s ním hýbať do ľavej, operovanej strany, ťažkosti s rozprávaním), objektívne pri fonácii dvíhal oba oblúky, symetricky, faryngeálny reflex bol prítomný, jazyk plazil v strede, obmedzená bola hybnosť jazyka do ľavej strany. Dňa 25. 2. 2016 pacient absolvoval MRI vyšetrenie mozgu - bez prítomnosti organických ložiskových zmien, potvrdené boli len staršie demyelinizačné zmeny supratentoriálne obojstranne v. s. vaskulárnej etiológie. U pacienta naďalej pretrvávala

neschopnosť pohybu jazyka. Kontrolným ORL vyšetrením zo dňa 25. 2. 2016 bola objektivizovaná nepohyblivosť jazyka doľava a videolaryngoskopicky bola nepohyblivá ľavá strana hrtana. Záver ORL vyšetrenia bol: Jednostranná kompletná obrna hlasiviek a hrtana, paréza n. hypoglossus l. sin. susp. Konzultovaný anestéziológ popísal techniku intubácie, extubácie, nafúknutie balónika, techniku interskalenického bloku, pričom vylúčil možnosť vzniku komplikácie v súvislosti s aplikovaným interskalenickým blokom (nervová blokáda bola aplikovaná distálne v oblasti miechových koreňov C5 - C7 v interskalenickom priestore, čo je anatomicky a funkčne iná inervačná oblasť). Ako príčinu parézy n. hypoglossus l. sin. suponoval možnú iritáciu nervu polohou hlavy (extrémna rotácia hlavy na neoperovanú stranu v trvaní cca 90 min.). Pre pretrvávanie dysartrie, dysfágie a dysfónie bolo realizované opakované neurologické vyšetrenie so záverom: Porucha viacerých hlavových nervov - periférna lézia bulbárnych nervov vľavo s dysartriou, dysfágiou a dysfóniou v. s. poškodenie pri zvodovej anestézii, kmeňová CMP bola MRI vyšetrením vylúčená, odporúčaná symptomatická a polyvitaminózna liečba. Operačné rany sa hojili per primam intentionem, stehy boli ponechané in situ. Dňa 25. 2. 2016 bol pacient v stabilizovanom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti s dg: Bursitis subacromialis et subacromial impingement sy omae l. sin. Paresis n. hypoglossus l. sin. post intubationem. Tendinitis caput longum m. biceps brachii l. sin. Tendinitis calcarea m. supraspinatus l. sin. Odporúčaná bola liečba parézy n. hypoglossus podľa ORL, neurológa a anestéziológa. V období od 1. 3. 2016 do 5. 3. 2016 bol pacient hospitalizovaný na neurologickom oddelení iného PZS za účelom dodiagnostikovania a liečby pooperačne vzniknutej parciálnej lézie n. hypoglossus l. sin. Po aplikovaní medikamentóznej liečby (kortikoterapie, analgetík, vitaminoterapie) došlo u pacienta ku zmierneniu prejavov lézie n. hypoglossus. Dňa 5. 3. 2016 bol v stabilizovanom stave, afebrilný, KP kompenzovaný prepustený do ambulantnej starostlivosti. Diagnostický záver pri prepustení bol: Parciálna periférna lézia n. hypoglossus l. sin. v. s. postintubačne, myasténia gravis t. č. nepotvrdená.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Zo strany ošetrujúceho personálu ortopedického oddelenia nemocnice nedošlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi. Pacient bol správne prijatý na plánovaný operačný výkon. Samotný operačný výkon, ako aj polohovanie pacienta, boli realizované

štandardne. V pooperačnom období po zistení vzniknutej komplikácie bolo okamžite na túto komplikáciu primerane reagované a boli prizvaní jednotliví konziliárni lekári z príslušných odborov. Ortopedická zdravotná starostlivosť bola pacientovi poskytnutá štandardným spôsobom a správne. Z anestéziologického hľadiska išlo o pacienta, u ktorého bolo v rámci predanestetického vyšetrenia anestéziologické riziko správne vyhodnotené ako ASA 1, pre Mallampati 3 bola predpokladaná ťažšia realizácia intubácie. Predanestetické vyšetrenie bolo realizované správne. Podľa údajov v ZD týkajúcich sa priebehu anestézie po uložení na operačný stôl, zamonitorovaní, zmeraní a zapísaní hodnôt vitálnych funkcií (v norme), po úvodnej preoxygenácii bol začatý intravenózny úvod do celkovej anestézie (opiát, hypnotikum), po podaní svalového relaxans boli dýchacie cesty zaistené endotracheálnou kanylou č. 8, poloha ktorej bola lege artis skontrolovaná bilaterálnou auskultáciou pľúc. Následne bolo pokračované vo vedení celkovej anestézie (inhalačne). Nasledovala interskalenická blokáda plexus brachialis pod USG kontrolou, ihlou primeraného priemeru a podaním kombinácie lokálnych anestetík v primeranom dávkovaní. Ďalej nasledoval operačný výkon na ľavom ramene. Počas anestézie boli lege artis monitorované a zapisované vitálne funkcie a koncentrácie vdychovaných a vydychovaných plynov, ktoré boli po celý čas v norme. Počas kombinovanej anestézie nedošlo k žiadnej komplikácii. Po skončení operačného výkonu bol pacient zobudený, extubovaný, KP kompenzovaný. Kombinovaná anestézia prebehla lege artis, výber spôsobu anestézie bol správny, použité anestetiká a ich dávkovanie bolo prispôsobené charakteru operačného výkonu, vitálne funkcie boli monitorované lege artis. V danom prípade bol u pacienta realizovaný operačný výkon v kombinovanej anestézii (celková intubačná anestézia a blokáda plexus brachialis interskalenickým prístupom) a následne prvý pooperačný deň bola zistená dysartria, dysfónia a dysfágia. Podľa neurologických vyšetrení išlo o extrakraniálnu léziu n. laryngeus recurrens a n. hypoglossus. Motorickú inerváciu hrtana zabezpečuje n. vagus cestou vetiev n. laryngeus superior a n. laryngeus recurrens. N. laryngeus recurrens je najdôležitejší motorický nerv hrtana, jeho poškodenie vedie k obrne hlasových väzov. Motorická inervácia jazyka je realizovaná cestou n. hypoglossus, jeho poškodenie sa prejaví dysfágiou. N. hypoglossus prechádza laterálnou prominenciou prednej plochy priečneho výbežku C1, kde sa kríži s n. vagus. Ischémia nervov stlačením event. ich natiahnutím v tomto mieste (oproti eminencii) môže viesť k ich spoločnému postihnutiu, čo je v literatúre popisované ako Tapia syndróm. Podľa literatúry pri tomto syndróme ide o jednostrannú

ipsilaterálnu laryngeálnu a hypoglossálnu paralýzu (hemiplegia palatophyrangolaryngeálna) hlasiviek a jazyka, prvýkrát popísanú v r. 1905 v Španielsku. Syndróm je zaradený medzi mimoriadne zriedkavé anestéziologické komplikácie so signifikantnou morbiditou. Príčiny sú rôzne, môže ísť o poškodenie uvedených nervov ťahom alebo tlakom (ischémia), difúziou anestetika (chemické poškodenie) alebo priamym poškodením nervov (pri operáciách, napr. štítnej žľazy), útlakom hematómu pri operáciách v tejto oblasti a pod. Lézia týchto nervov môže byť zriedkavou komplikáciou manažmentu zabezpečenia priechodnosti dýchacích ciest orotracheálnou intubáciou tlakom tesniacej manžety na nervy. Tlakové zmeny v tesniacej manžete spôsobujú sliznicový edém hlasivkovej štrbiny a subglotického priestoru, čo sa prejavuje bolesťami v krku, chrapotom, ťažkosťami pri prehĺtaní, pocitom sucha (20 – 60 % pacientov). Frekvencia a rozsah poškodení závisí od dĺžky trvania intubácie, tlaku pôsobiaceho na sliznicu steny priedušnice, ako aj od veľkosti kontaktnej plochy medzi tesniacou manžetou a sliznicou. Bežné ťažkosti vymiznú za 2 - 3 dni. Ak ťažkosti pretrvávajú dlhšie, ide o vážnejšie poškodenie a pacient musí byť ORL vyšetrený. Vážnejšou komplikáciou intubácie je ochrnutie n. laryngeus recurrens (obyčajne ľavého), pričom presný mechanizmus poškodenia nie je známy. Príčinou je tlak, ťah a mechanické poškodenie fyziologicky alebo anomálne prebiehajúceho nervu, môže ísť o tlak rúrky neprimeranej veľkosti na n. laryngeus recurrens, alebo príliš veľký tlak v manžete pri zníženej elasticite trachey, zvýšená zraniteľnosť nervu a nadmerné natiahnutie nervu pri extrémnom záklone hlavy. Paréza môže byť obojstranná alebo jednostranná. Pri jednostrannej paralýze bezprostredne po intubácii (extubácii) vznikne dysfónia a hlas je dvojtónový. Pri laryngoskopii je vidieť nepohyblivú hlasivku v paramediálnom postavení. Prevenciou tlakových zmien pri krátkotrvajúcich intubáciách je meranie a kontinuálne sledovanie vnútromanžetového tlaku pomocou manometra (do 20 cm H_2O), prípadné používanie kanýl s nízkotlakovými a vysokoobjemovými manžetami. Poškodenie nervov môže byť tiež výsledkom polohy hlavy počas ventilácie maskou, endotracheálnej intubácie, bronchoskopie alebo použitia laryngeálnej masky na zabezpečenie priechodnosti dýchacích ciest. Bola popísaná unilaterálna paralýza svalov jazyka s ipsilaterálnou paralýzou hlasiviek ako lézia mozgových nervov X. a XII. počas anestézie, pričom priechodnosť dýchacích ciest bola zabezpečená laryngeálnou maskou. Nebezpečná je výrazná flexia hlavy dopredu alebo bočne, ale aj hyperextenzia. Dôležitá je poloha hlavy a pacienta na operačnom stole. Poloha pacienta počas operácie je daná charakterom výkonu, pričom musíme vziať do úvahy anestéziologické

riziko. Polohovanie pacienta na operačnom stole má za úlohu operatér, ale pokiaľ má anestéziológ pochybnosti o operačnej polohe, musí na to chirurga upozorniť. Následne chirurg zváži operačný prístup (polohu), za ktorý zodpovedá. Medzi predisponujúce faktory vzniku popísaného syndrómu patria ortopedické výkony na ramene v polohe v sede, ORL výkony (rhinoplastika, septoplastika), kardiochirurgické výkony, operácie karotíd, traumy (priame poškodenie nervov). Muži bývajú 7x častejšie postihnutí ako ženy. Prognóza závisí od typu poškodenia. Pri ischemickom poškodení (tlak, ťah na nerv) je popísaná čiastočná úprava v 11 % prípadoch a úplná úprava až v 65 % poškodení. Návrat je pomalý, trvá niekoľko týždňov až mesiacov. Popisované je kompletné zotavenie počas 6 mesiacov. Pri toxickom poškodení (difúzia anestetika) by ťažkosti mali ustúpiť s odoznením účinku lokálneho anestetika. Počet perioperačných poškodení nervov sa udáva v rozmedzí 0,1 - 0,2 %. V danom prípade u pacienta došlo peroperačne počas kombinovanej anestézie ku vzniku Tapia syndrómu. Lézia oboch nervov sa vyvíjala postupne, podobne, ako je uvedené v literárnych zdrojoch. Či išlo o postintubačnú komplikáciu (manžeta orotracheálnej kanyly) alebo o vplyv extrémnej rotácie hlavy na neoperovanú stranu trvajúcu cca 90 min., pri ktorej mohlo dôjsť k ťahu uvedených nervov na operovanej strane, nie je možné spätne zistiť, preto zo strany úradu nie je možné k danej skutočnosti sa vyjadriť. Každý operačný a anestéziologický výkon predstavuje porušenie integrity organizmu a môže byť sprevádzaný rôznymi komplikáciami, na čo vo všeobecnosti má byť pacient predoperačne a predanesteticky upozornený, a svoju informovanosť a súhlas potvrdzuje podpisom informovaného súhlasu. V danom prípade u pacienta došlo ku vzniku mimoriadne zriedkavej, ale literárne popísanej komplikácie súvisiacej s typom operačného výkonu (atroskopia ramena), s polohou pacienta počas výkonu, event. so spôsobom manažmentu zaistenia priechodnosti dýchacích ciest. Komplikácia bola včas rozpoznaná, bola začatá diagnostika a odporúčaná liečba. Anestéziologická zdravotná starostlivosť (predanestetické vyšetrenie, kombinovaná anestézia počas operačného výkonu, anestéziologické konziliárne vyšetrenie počas hospitalizácie) bola pacientovi poskytnutá správne.

ZÁVER

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

Použité skratky

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

CRP (S-CRP) – C-reaktívny proteín
CT – computerová tomografia
CTA, CT-AG – CT angiografia
cTnT – troponín
CVK – centrálny venózny katéter
ČMP – čerstvá mrazená plazma
DFNsP – detská fakultná nemocnica s poliklinikou
dg. – diagnóza/y
dif. dg. – diferenciálna diagnostika
DK – dolná končatina/y
DÚ – dutina ústna
EEG – elektroencefalografia, elektroencefalogram
EF – ejekčná frakcia
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram
EMG – elektromyografia, elektromyogram
Er (Ery) – erytrocyty
ET – endotracheálny
FF – fyziologické funkcie
Fib – fibrinogén
FiO_2 - inspiračná koncentrácia kyslíka
FOBT – stanovenie ľudského hemoglobínu
FR – fyziologický roztok (fotoreakcia)
fr. – frekvencia
fT_3 – voľný trijódthyronín
fT_4 – voľný thyroxín
FW – sedimentácia krvi
GCS – Glasgow kóma skóre
GIT – gastrointestinálny trakt
GMT – glutamyltransferáza
GP – gynekologicko-pôrodnícky
GPO – gynekologicko-pôrodnícke oddelenie
gtt. – kvapka/y

Hb – hemoglobín
HCG – ľudský choriový gonadotropín
HMR – názov rýchlo pôsobiaceho inzulínu
HP – Helicobacter pylori
HT (Hct, Htk) – hematokrit
CHE – cholecystektómia
ICHDK – ischemická choroba dolných končatín
ICHS – ischemická choroba srdca
i. m. – intramuskulárne
IM – infarkt myokardu
inf. - infúzia
INR – pomer protrombínového času pacienta a času normálnej vzorky
i. v. – intravenózne
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti
K – kálium
KAIM – klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
k. l. – kontrastná látka
KO – krvný obraz
KOS – krajské operačné stredisko
KP – kardio-pulmonálne
KPR/KPCR – kardiopulmonálna (kardiopulmocerebrálna) resuscitácia
L – lumbálny
LA – liečebná anamnéza (lokálna anetézia)
LAP – lymfadenopatia
l. dx. – lateris dextri
Le (Leu, Lkc, WBC) – leukocyty
ĽK – ľavá komora
LMWH – nízkomolekulárny heparín
LS – lumbosakrálny
l. sin. – lateris sinistri
LSPP – lekárska služba prvej pomoci
LU – lymfatická uzlina/y

MAC – metabolická acidóza
MOF – multiorgánové zlyhanie
MR, MRI – magnetická rezonancia
MRI-Ag – vyšetrenie ciev magnetickou rezonanciou
MSCT – multidetektorová počítačová tomografia
MTS – metastáza/y
n. – nervus
Na – nátrium
Neu – neutrofily
NGS – nazogastrická sonda
NMR – nukleárna magnetická rezonancia
NPB – náhla príhoda brušná
NsP – nemocnica s poliklinikou
NSTEMI – non STEMI – typ infarktu myokardu
NT-pro BNP/pBNP – biomarker srdcového zlyhávania
NYHA – klasifikácia výkonnosti srdca p. Newyorskej srdcovej asociácie
NZZ – neštátne zdravotnícke zariadenie
OA – osobná anamnéza
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
OK – okultné krvácanie
OP – očné pozadie
ORL – otorinolaryngológia
OVL – oddelenie vnútorného lekárstva
OÚCH – oddelenie úrazovej chirurgie
OUM – oddelenie urgentnej medicíny
P – pulz
PAL – protialkoholická liečba
PAD – perorálne antidiabetikum
PCI – perkutánna koronárna intervencia
pCO_2 – parciálny tlak kysličníka uhličitého
PCT – hematokrit trombocytov, prokalcitonín
PMK – permanentný močový katéter

p. o. – per os/perorálny
pO_2 – parciálny tlak kyslíka
PPI – inhibítor protónovej pumpy
PT – protrombínový čas
RAC – respiračná acidóza
RDG – rádiodiagnostický
RLP – rýchla lekárska pomoc
RM – marginálna vetva
RTG – röntgen
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
SC – sectio caesarea
SPC – súhrn charalteristických vlastností lieku
$Sp0_2$ – saturácia krvi kyslíkom
SR – sínusový rytmus
SVT – supraventrikulárna tachykardia
sy – syndróm
ŠŽ – štízna žľaza
tbl. – tableta/y
TECH – tromboembolická choroba
th. – terapia, terapeutický
Th – torakálny
TK – tlak krvi
TN – tampón nosa
TO – terajšie ochorenie
TOK – traumatologicko-ortopedická klinika
Tr (Tro) – trombocyty
TSH – thyreostimulačný hormón
TT – telesná teplota, tampón tonzíl
UP – urgentný príjem
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
UPV – umelá pľúcna ventilácia

USG – ultrasonografia
ÚZS – ústavná zdravotná starostlivosť
ÚZZ – ústavné zdravotícke zariadenie
VATS – videoasistovaná hrudníková chirurgia
VF – vitálne funkcie
VLD (VLPD) – všeobecný lekár pre dospelých
WHO – svetová zdravotnícka organizácia
ZD – zdravotná dokumentácia
ZoZZSO – záznam o zhodnotení zdravotného stavu osoby
ZS – zdravotná starostlivosť
ZZS – záchranná zdravotná služba

Pripravili:

Pobočka Bratislava

Pobočka Trnava

Pobočka Trenčín

Pobočka Nitra

Pobočka Martin

Pobočka B. Bystrica

Pobočka Prešov

Pobočka Košice

Ústredie