

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

# Kazuistiky 2012

# Obsah

|                |   |
|----------------|---|
| Predslov ..... | 3 |
|----------------|---|

## NESPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

|  |    |
|--|----|
| Predpôrodný monitoring a „last moment“ (kliešťový) pôrod .....                                     | 4  |
| Nesprávny diagnostický postup s následkom straty semenníka .....                                   | 5  |
| Neuralgia trigeminu – nesprávny diagnostický a liečebný postup v ORL ambulancii ..                 | 7  |
| Nesprávny manažment monitorovania plodu u pacientky s kolísavou hypertenziou ..                    | 10 |
| Nesprávny manažment maloletého pacienta s akútnym respiračným infektom .....                       | 13 |
| Nerozpoznaný akútny koronárny syndróm u 23-ročnej pacientky .....                                  | 15 |
| Nerozpoznaná neuroinfekcia .....   | 17 |
| Nerozpoznaná extrauterinná gravidita .....   | 20 |
| Nesprávny postup lekára ÚPS po vyšetrení psychiatrickej pacientky .....                            | 22 |
| Podcenenie vývoja príznakov hemoragického šoku po operácii .....                                   | 24 |
| Amputovaný prst pri transporte zamrzol .....   | 25 |
| Nerozpoznaná začínajúca akútna koronárna príhoda<br>u 78-ročného pacienta s následným úmrtím ..... | 27 |
| Bolesti chrbta ako predzvesť závažného ochorenia .....   | 29 |
| Napadnutie lesnou šelmou a následné ošetrenie na LSPP .....  | 31 |

## SPRÁVNE POSKYTNUTÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

|  |    |
|--|----|
| Hydronefróza po gynekologickej operácii .....  | 32 |
| Ani hospitalizácia a správna liečba nezabránili „najhoršiemu“ .....  | 34 |
| Práca lekára v DD a DSS je pod drobnohľadom príbuzných .....   | 35 |
| Infekcia vírusom EBV v zdravotníckom zariadení bola vylúčená .....   | 36 |
| „Mlčať zlato“ - neplatí vždy .....   | 39 |
| Kolaps po injekcii .....   | 41 |
| Zhoršenie zdravotného stavu dieťaťa po očkovaní? .....   | 43 |
| Napriek operačnej komplikácii bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne .....                                    | 47 |
| Napriek vzniku zlomeniny stehennej kosti počas hospitalizácie<br>bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne ..... | 49 |
| Použité skratky .....  | 52 |

# Predslov

Rozmanitosť jednotlivých podnetov súvisiacich so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti priamo úmerne narastá s ich pribúdajúcim množstvom. Prácu lekára, skôr ako profesiou, možno nazvať poslaním, ktoré sa vyznačuje neustálym celoživotným vzdelávaním spojeným s promptnosťou pri obzvlášť komplikovaných prípadoch. Lekárska profesia sa vyznačuje náročnosťou, ktorá je badateľná už pri minimálnom pochybení alebo malej nepozornosti, keďže aj pri jednoduchých diagnózach môže prísť zbytočne k úmrtiu človeka.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) prichádza už s ôsmym vydaním zborníka Kazuistiky 2012, určeného predovšetkým Vám lekárom, ako aj ostatným zdravotníckym pracovníkom či odbornej spoločnosti, teda všetkým tým, ktorí sa podieľate, či už priamo alebo nepriamo, na poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Sú v ňom vybrané prípady, ktoré úrad riešil v roku 2012. Do ôsmeho vydania sme zaradili 14 kazuistík, v ktorých úrad konštatoval nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť a taktiež 9 prípadov, ktoré vyhodnotil ako neopodstatnené.

V uplynulom roku 2012 úrad prijal 1 563 podaní v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, pričom 1 498 podaní bolo aj v roku 2012 ukončených. Z celkového počtu ukončených podaní bolo 1 005 podnetov riešených vo veci správneho poskytovania zdravotnej starostlivosti, z toho 777 podnetov (77,3 %) bolo vyhodnotených ako neopodstatnené a 228 (22,7 %) podnetov bolo opodstatnených.

K najčastejšie dohliadaným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti patrili zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti (873 dohľadov), poskytovatelia špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (298 dohľadov) a poskytovatelia všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých (120 dohľadov).

Najvyšší počet dohľadov v oblasti ústavnej zdravotnej starostlivosti úrad vykonal v Univerzitnej nemocnici Bratislava (113), v Univerzitnej nemocnici Košice (63), vo Fakultnej nemocnici Trnava (35), vo Fakultnej nemocnici Nitra (34) a vo Fakultnej nemocnici Prešov (29).

Na výkone dohľadu v súvislosti so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa okrem zamestnancov úradu podieľali aj konzultanti úradu, ktorí sú špičkovými odborníkmi v príslušných špecializačných odboroch.

# Predpôrodný monitoring a „last moment“ (kliešťový) pôrod

## Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Tehotná – primigravida, nar. 1979, absolvovala prenatalnu poradňu (15 x) u ambulantného gynekológa. V rámci poradne boli urobené všetky zákonom stanovené skríningové vyšetrenia. Pri poslednom ambulatnom vyšetrení udávala odtok plodovej vody (cca 6 h) a slabé kontrakcie uteru. Vykonané USG vyšetrenie bolo v norme, vaginálnym vyšetrením bol potvrdený odtok plodovej vody a zistený nález - hrdlo takmer spotrebované, bránka pre prst. Následne bola odoslaná na hospitalizáciu do nemocnice.

Na pôrodnícke oddelenie bola prijatá o 8.54 h s predpokladom spontánneho pôrodu v termíne. Pri prijatí bola kardiopulmonálne kompenzovaná, s vaginálnym nálezom zhodným ako u ambulantného gynekológa. Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii bola od prijatia sledovaná na pôrodnej sále, na úvod dostala vaginálne prostaglandíny. OP boli posluchom kontrolované v 15-minútových intervaloch, CTG vyšetrenie absolvovala 3 x (pri prijatí, o 11.45 h a o 14.41 h). Kontrolné vaginálne vyšetrenie (starším lekárom oddelenia) o 14.15 h bolo s nálezom: Hrdlo spotrebované, bránka na 3 cm, hlavička vstupuje malým oddielom. Po tomto vyšetrení bol telefonicky kontaktovaný ambulantný gynekológ, ktorého si pacientka želala ku pôrodu. Pri vyšetrení o 15.30 h bol vaginálny nález – z bránky ostáva lem na 1 cm, kontrakcie á 3 minúty, OP pravidelné. Rodičke bol podaný Buscopan i. m. a infúzia s 2 j. Oxytocinu. Podľa vyjadrenia pôrodníka o 16.00 h udávala tlaky na konečník, pôrodné cesty boli otvorené, hlavička vstúpená veľkým oddielom. Pri pokusoch o tlačenie dochádzalo k alterácii oziev, rodička tlačila nekoordinovane, nespolupracovala, na hlavičke plodu sa tvoril pôrodný nádor. Prvý pokles OP (100/min) je v zdravotnej dokumentácii zaznamenaný o 16.10 h, ďalší o 16.15 h (70/min); o 16.20 h je zaznamenaná bradykardia (60 - 70/min). Vzhľadom na uvedené skutočnosti bol vykonaný pokus o pôrod kliešťami, ktorý bol neúspešný, preto bol privolaný lekár slúžiaci operačnú pohotovosť. Privolaný lekár znovu naložil kliešte a o 16.25 h je v dokumentácii zaznamenaný pôrod plodu mužského pohlavia s hmotnosťou 3 550 g, dĺžkou 53 cm (2 x otočený pupočník okolo krku plodu). V zdravotnom zázname neonatológov je uvedené, že dieťa bolo narodené po ťažkom kliešťovom pôrode, ktorý trval 10 - 12 minút, bolo bez akcie srdca, bledé, cyanotické, hypotonické. Hneď po pôrode bolo zaintubované a okamžite bola začatá komplexná KPR. Napriek intenzívnej liečbe a dvom prekladom na vyššie pracoviská dieťa 10 dní po pôrode exitovalo na následky pôrodnej traumy. Šestonedielka bola na druhý deň po pôrode prepustená (na vlastnú žiadosť) do domácej starostlivosti.

## Výber z pitevného protokolu novorodenca

Príčina smrti: Silný mozgový opuch zavinený poranením pri pôrode

Ostatný nález: Zlomenina lebkovej klenby parietálnej kosti vľavo a frontálnej kosti vpravo, epidurálne hematómy bilaterálne, subdurálne krvácanie v tentoriu, sinus transversus a interhemisferálne, početné krvácania vo všetkých komorách, subarachnoidálne krvácanie, roztrhnutie tentória. Výrazná aspirácia plodovej vody s mekóniom. Viacnásobné roztrhnutie sleziny.

## Zhodnotenie úradom

Hyperkinetická činnosť svalstva maternice ovplyvňuje negatívne cirkuláciu krvi v placentе a vedie k intrauterinnému ohrozeniu plodu hypoxiou, pričom súčasné podávanie uteroaktívnych látok je prísne kontraindikované. Vzniknutý stav si vyžaduje mimoriadnu pozornosť pôrodníka, je potrebné sledovať správanie a spoluprácu rodičky, rotáciu a postup hlavičky, nevyhnutné je dôsledné CTG monitorovanie stavu plodu pred pôrodom.

## Zistené nedostatky pri výkone dohľadu

Posledným objektívnym dôkazom o srdcovej činnosti plodu a tokografickej aktivite uteru je CTG záznam - urobený cca 70 min pred pôrodom, ktorý nebol z hľadiska uterínnej aktivity vyhodnotený správne (na zázname je zachytená hyperkinetická činnosť maternice), rodičke boli podané uteroaktívne látky, ktorých podanie bolo kontraindikované. Monitorovanie stavu plodu pred pôrodom bolo nedostatočné, preto nebolo včas diagnostikované ohrozenie plodu hypoxiou.

Zistenými nedostatkami **bolo porušené ustanovenie § 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.“), podľa ktorého je PZS povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne.

## Sankcie

Úrad uložil PZS sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“).

## Doplnenie

Pôrodnícke kliešte (forceps) sú nástrojom zo začiatku 17. storočia, v posledných rokoch je takmer na všetkých pracoviskách badateľná výrazná tendencia k ústupu ich používania.

# Nesprávny diagnostický postup s následkom straty semenníka

## Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

21-ročný pacient bol prijatý na chirurgické oddelenie okresnej nemocnice 06.11.2011 o 9.23 h. V osobnej anamnéze uvádzal prekonané bežné detské ochorenia. V terajšom ochorení udával silné bolesti ľavého semenníka (na stupnici bolesti 1 - 10 pacient vnímal silu bolesti ako č. 6). Bolesti vznikli náhle asi o 6.30 h a postupne sa zväčšovali. Z objektívneho nálezu pri prijíme: Pacient pri vedomí, anikterický, bledý, ubolený, bez cyanózy. Brucho priehmatné, nebolestivé, bez peritoneálneho dráždenia. SPL: Ľavý semenník bolestivý, zdurený, skrótum bez hematómu. Stav bol uzavretý ako zápal ľavého semenníka (orchitis acuta l. sin). Bola ordinovaná konzervatívna protizápalová liečba (ATB Ciphin), analgetiká v infúzii a ľadové obklady. Výsledok sonografického vyšetrenia

(zo dňa 06.11.2011): Testes obojstranne primeranej veľkosti a echogenity, bez infiltrácie, homogénne, prekrvenie testes a plexus pampiniformis bolo symetrické, zachované, bez známok inkarcerácie alebo infarzácie. Vyšetrujúci lekár nesledoval známky inguinálnej alebo skrotálnej hernie, nesledoval jednoznačnú ischémiu. Záver: Bez priamych alebo nepriamych známk torzie testes alebo zápalu či hernie. Výsledky biochemických vyšetrení zo dňa 06.11.2011: CRP 0,1, Le 11,5 - mierna leukocytóza. Dňa 07.11.2011 zápis v dekurze: TT 36,3 °C, močenie bpn, pobolievanie v oblasti ľavého semenníka, opuch a červeň ustúpili. Ľavý semenník v miešku zdurený, palpačne bolestivý, koža bez lokálnych zápalových zmien. Pri vizite ordinované lab. vyšetrenia na CITO (neudané, aké vyšetrenia). Dňa 08.11.2011 podľa dekurzu: Subj. aj objektívny nález, ako aj USG nezmenené (prepis sono vyšetrenia zo 06.11.2011, nový nález z toho dňa nie je v dokumentácii), zajtra kontrola lab. vyšetrení (bez určenia akých vyšetrení). Dňa 09.11.2011 záznam z rannej vizity o 7.29 h: afebrilný, močenie bpn, subj. pobolievanie oblasti ľavého semenníka. Opuch a červeň ustupovali, bez formovania ohraničenej kolekcie, ľavý semenník v miešku zdurený, palpačne bolestivý. Opísaný USG nález z predošlých dní - bez známk priamej a nepriamej torzie testis, Le 10,6. Vzhľadom na palpačné bolesti skrôta napoludnie 09.11.2011 bolo urobené kontrolné sono so záverom: Torzia testes vľavo s početnými ložiskovými léziami - hemoragické infarzácie? Hydrokéla vľavo. Difúzna expanzia nadsemeníka vľavo. O 15.36 h zápis z mimoriadnej vizity, kde po konzultácii lekárov bola indikovaná operačná revízia. Vzhľadom k tomu, že pacient jedol, výkon bol možný až neskôr. Podľa operačného protokolu: dňa 09.11.2011, operácia urgentná, jednostranná orchiektómia vykonaná od 18.20 h do 19.00 h. Z operačného nálezu vyberáme: V celkovej anestézii, po otvorení obalov testis tmavomodré až čierne, ischemické, stopka pretočená o 360°, ischemické aj epididymis. Po derotácii sa farba ani po ohriatí nemení, irreverzibilné zmeny. Incízia testis s vytekaním ischemicky rozpadnutého tkaniva, irreverzibilné zmeny - gangréna. Vykonaná preto orchiektómia s podvázmi v stopke. Sutúra steny po vrstvách. Histológia odoslaná. V pooperačnom priebehu bol pacient afebrilný, došlo k ústupu bolesti a začervenania, pretrvávala ľahká indurácia v oblasti rany. Pacient v stabilizovanom stave bol dňa 14.11.2011 prepustený do ambulancie starostlivosti.

### Zhodnotenie úradom

Pacient nebol vyšetrený pri prijatí urológom a nebol odoslaný na urologické vyšetrenie ani v priebehu ďalších 4 dní hospitalizácie. Nebola správne stanovená diagnóza a následne nebola nasadená správna liečba. Nebolo urobené Dopplerovské vyšetrenie testes. Pacient nebol zhodnotený komplexne. Náhly vznik bolesti ani laboratórne parametre nesvedčili pre akútny zápalový proces. Výsledok USG vyšetrenia (nie Dopplera) zo dňa 06.11.2011 hovoril tom, že nález je bez priamych alebo nepriamych známk zápalu. Liečba bola začatá proti zápalu. Torzia nebola jednoznačne vylúčená. Nesprávne stanovená diagnóza viedla k strate jedného semenníka u 21-ročného muža.

### Záver

Úrad na základe záverov výkonu dohľadu preukázal, že **zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá pacientovi správne, v súlade § 4 ods. 3 zákona č.**

**576/2004 Z. z.**, tým, že nebola stanovená správna diagnóza, neboli vykonané potrebné vyšetrenia na jej stanovenie (potvrdenie alebo vylúčenie), pacient nebol vyšetrený urológom, pacientov stav nebol zhodnotený komplexne, bola nasadená nesprávna liečba a oddialenie správnej liečby (operačné riešenie) viedlo k strate jedného semenníka u 21-ročného muža.

### Sankcie

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

### Doplnenie

Torzia testis je akútny stav, ktorý pri torzii o 360° vedie do 6 hodín k ischémiu testis a k jeho nekróze. Príznakmi sú náhla, intenzívna bolesť, nauzea, zvracanie, vysoká poloha testis, opuch a abnormálny kremasterový reflex. Diagnózu podporí USG vyšetrenie s Dopplerovským vyšetrením, kde sa zachytia prítomné poruchy prekrvenia testis. Základom pri podozrení na túto diagnózu je urologické vyšetrenie, pri ktorom skúsený urológ dokáže odlíšiť torziu testis od orchitídy. Vyšetrenie nesmie oddialiť operáciu, ktorá sa má vykonať do 6 hodín.

Ak sa vyšetrením neurčí diagnóza alebo sa nevytlúči torzia testis, musí sa urobiť jeho operačná revízia, ktorá je menším zlom ako mutilujúca operácia – orchiektómia pri oneskorení diagnózy.

## Neuralgia trigeminu – nesprávny diagnostický a liečebný postup v ORL ambulancii

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Pacientka bola dňa 07.11.2011 prvýkrát vyšetrená v ORL ambulancii s nálezom: „Subj. od min. týždňa od soboty bolesti v uchu, dávala si cesnak. Dg. záver: Neuralgia n. trigemini l. sin. Dopor.: vitamínoterapia, Dexamed 8 mg i. m., kontr. po liečbe...“ Na kontrolné vyšetrenie do ORL ambulancie pacientka prišla dňa 11.11.2011, bolo zdokumentované, že už zobrala 3 ampuly Dexamedu a stav je zlepšený, naďalej jej bolo odporúčané pokračovať v liečbe. Písomný záznam z vyšetrenia bol: „Subj. po aplikácii Dexamedu (po 3 amp.) stav zlepšený. Dg. záver: Susp. neuralgia n. trigemini. Naďalej dopor. liečba“. Pre zhoršenie klinického stavu prišla pacientka dňa 18.11.2011 na vyšetrenie do ORL ambulancie iného PZS. Subjektívne udávala, že dostala 9 dávok Dexamedu po 8 mg i. m., pričom po každej dávke pociťovala návaly tepla a tlak v oblasti hlavy, po 9. dávke mala už aj začervenanie očí, výrazný tlak, bolesť hlavy a pocit na odpadnutie. Vykonané bolo komplexné ORL vyšetrenie, na základe ktorého bol nález hodnotený ako neuralgia n. V. l. sin., stav po kortikoterapii a cefalea. Pacientka bola odoslaná na neurologické a interné vyšetrenie.

Neuroológ na základe anamnestického, fyzikálneho vyšetrenia a nálezu CT vyšetrenia hlavy (bez nálezu ložiskových zmien) stav hodnotil ako cefalea, frustný centrálny vesti-

bulárny syndróm a neuralgiformné bolesti v oblasti n. V. l. sin. Kontrolné neurologické vyšetrenie bolo vykonané po troch dňoch, t. j. 21.11.2011, kedy pacientka po vysadení parenterálnej kortikoterapie udávala zlepšený stav, neurologický nález bol v norme. Celkový stav bol hodnotený ako suspektný nežiaduci účinok liečby kortikoidmi a susp. pseudotumor cerebri po kortikoidnej liečbe.

Dňa 28.11.2011 bola pacientka na kontrolnom ORL vyšetrení u iného poskytovateľa ambulancie ORL starostlivosti, kde na základe komplexného ORL vyšetrenia vrátane tympanogramu a audiogramu bol nález hodnotený ako neuralgia n. V. l. sin., tinnitus auris l. sin., hypacusis perceptiva bilat. gr. levis, ordinovaný bol Emperin a neurologická kontrola.

### **Zhodnotenie úradom**

ORL vyšetrenie dňa 07.11.2011 nebolo u pacientky vykonané štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Anamnéza bola podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie nedostatočná. V danom prípade absentoval objektívny nález vyšetrenia nosovej dutiny, nosohltana, hltana a hrtana, otoskopický nález, palpačné vyšetrenie zamerané na výstupy n. trigeminus a palpačné vyšetrenie krku. Vzhľadom na úplnú absenciu záznamu o objektívnom náleze nebolo možné výkonom dohľadu určiť rozsah vykonaných vyšetrení PZS. Bolo možné však konštatovať, že uvedený postup bol zo strany PZS neštandardný. Taktiež vzhľadom na poskytovateľom stanovenú diagnózu neuralgie n. trigemini nebol ďalší diagnosticko-liečebný postup správny. Parenterálna kortikoterapia (Dexamed 8 mg i. m. denne, bal. 10 amp.) ako liečba prvej voľby bola pri danej diagnóze ordinovaná nesprávne. U pacientky malo byť ordinované neurologické vyšetrenie a ďalšiu diagnostiku a liečbu mal u pacientky riadiť neurológ. Obdobné nedostatky boli u PZS zistené aj pri kontrolnom ORL vyšetrení dňa 11.11.2011, kedy tiež úplne absentoval objektívny nález, diagnóza neuralgie n. trigemini bola už stanovená len ako suspektná, bez ordinácie neurologického vyšetrenia, bez odporúčania kontrolného ORL vyšetrenia, len s odporúčaním pokračovania parenterálnej aplikácie kortikoidov. V danom prípade nebola vykonaná žiadna diferenciálna diagnostika, ani žiadna ordinácia konziliárnych vyšetrení na potvrdenie, resp. vyvrátenie suponovanej diagnózy.

Zdravotná starostlivosť pacientke v ORL ambulancii dohliadaného subjektu nebola poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Zistené boli tiež nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie, ktorá neobsahovala písomný záznam o poučení pacientky a jej preukázateľný informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti.

### **Zistené nedostatky pri výkone dohľadu**

U pacientky neboli ORL vyšetrenia v dňoch 07.11.2011 a 11.11.2011 vykonané štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Odobratá anamnéza bola nedostatočná (chýba zhodnotenie charakteru bolesti, intenzity bolesti, úľavové manévry, zisťovanie sprievodných ťažkostí...) a absentoval štandardný objektívny nález vyšetrenia nosovej dutiny, nosohltana, hltana a hrtana, otoskopický nález, palpačné vyšetrenie zamerané na výstupy n. trigeminus a palpačné vyšetrenie krku. Vzhľadom na stanovenú diagnózu neuralgie n. trigemini, resp. suspektnéj neuralgie n. trigemini, nebola pacientke ordino-

vaná správna liečba, nesprávne bola ordinovaná parenterálna kortikoterapia ako liečba prvej voľby a nebolo ordinované neurologické vyšetrenie a ani žiadne iné klinické, ani zobrazovacie vyšetrenia, ktoré boli v rámci diferenciálnej diagnostiky potrebné.

Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne, pretože neobsahovala písomný záznam o poučení pacientky a jej preukázateľný informovaný súhlas s diagnostickým a liečebným postupom.

### **Záver**

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu **úrad zistil** u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke **porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** Zároveň u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu bol zistený aj iný nedostatok - zdravotná dokumentácia neobsahovala písomný záznam o poučení pacientky a jej preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, čo nebolo v súlade § 19 ods. 1 písm. b) a § 21 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z., čím dohliadaný subjekt porušil § 79 ods. 1 písm. l) zák. č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z. z.“).

### **Sankcie**

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

### **Doplnenie**

Neuralgia n. trigemini je príznačná výskytom náhlych, krátkotrvajúcich, trhavých bolestí, ktoré trvajú len niekoľko milisekúnd. Niekedy sa opakujú v záchvatoch, inokedy samostatne pri hltaní, žuvaní, čistení zubov a pod. Väčšinou býva postihnutá jedna polovica tváre, niekedy je na tejto polovici začervenaná koža, niekedy je prítomný aj zvýšený slinotok. Ochorenie začína jednostranne a najskôr postihuje jednu z troch vetiev. Pri dlhšom trvaní sa bolestivá zóna rozširuje, bolesti pri neuralgii patria medzi najsilnejšie bolesti. Diferenciálne-diagnosticky pri suponovaní tejto diagnózy treba odlíšiť neuralgiu od iných chorobných stavov s podobnými symptómami (napr. bolesti pri herpes zoster, bolesti pri cluster headache, ktoré sú veľmi podobné, ale objavujú sa v noci a sú lokálne ohraničené na oko). Je treba tiež odlišenie artralgie temporo-mandibulového kĺbu (Costenov syndróm). Okrem toho je nutné vylúčiť bolesti, ktoré vychádzajú z niektorého orgánu ORL (PND), sú stomatologického či očného charakteru. Preto je v diagnostike nutné okrem základného (neurologického) vyšetrenia i vyšetrenie stomatologické, očné, ORL vyšetrenie a zobrazovacie vyšetrenie na vylúčenie mozgového tumoru najčastejšie v zadnej jame (CT, NMR vyšetrenie). Štandardným a správnym postupom je pred začatím akejkoľvek liečby ordinovať pacientovi tieto vyšetrenia. Patofyziologicky je neuralgia n. trigemini daná poruchou v jeho prechodnej zóne a otázkou je, ktorá noxa na túto zónu pôsobí. Najčastejšie sa udáva neurovaskulárna kompresia, kedy postupne dochádza k demyelinizácii nervovej pošvy. K tomuto môže dôjsť aj pri skleróze multiplex a aj pri herpes zoster. Diagnosticko-terapeutickým testom je podanie karbamazepínu. Za jedinú

objektívnu známku potvrdzujúcu diagnózu neuralgie sa považuje terapeutický test. V rádiodiagnostike je základom NMR vyšetrenie na vylúčenie expanzívneho procesu, prípadne demyelinizácie. V terapii v súčasnosti prevláda kombinácia karbamazepínu s gabapentínom alebo pregabalínom. Pri neúspechu prichádza do úvahy chirurgická liečba - mikrovaskulárna dekompresia, ktorá je najčastejšou metódou. Do úvahy prichádza tiež glycerolová radikulólyza a metóda transkraniálnej magnetickej stimulácie. Diagnostika a liečba patrí do rúk neurológa a neurochirurga.

## Nesprávny manažment monitorovania plodu u pacientky s kolísavou hypertenziou

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Primigravida nulipara, nar. 1984, bola počas tehotnosti sledovaná v neštátnej gynekologicko-pôrodníckej ambulancii od 13.06.2011. V ZD je zaznamenaný údaj o PM 03.05.2011, bolo vykonané gynekologické vyšetrenie a USG, ktoré potvrdilo vitálnu graviditu v 6. t. t. Nasledovali opakované vyšetrenia v rámci prenatalnej starostlivosti, vrátane USG vyšetrení a ostatných skriningových vyšetrení, pri ktorých sa zistila porucha glukózovej tolerancie. Okrem toho bola tehotná opakovane odoslaná aj na nefrologické vyšetrenie k lekárkke, u ktorej bola dispenzarizovaná už v období pred tehotnosťou. Celkovo bola 11 x vyšetrená v rámci prenatalnej starostlivosti. Pri poslednej návšteve dňa 16.11.2011 v 28. t. t. bolo vykonané gynekologické vyšetrenie, bol vyšetrený TK, moč a hmotnosť, zaznamenané OP a vzhľadom k hypertenzii a pozitívnej bielkovine v moči bola odporučená hospitalizácia.

Dňa 16.11.2011 o 12.25 h bola tehotná prijatá na GPK FN s diagnózou – hypertenzia v gravidite v 28. t. t, v diferenciálnej diagnóze HELLP syndróm. Pri prijatí udávala v anamnéze hypertenziu u matky i otca. V OA: Hypertenzia pred tehotnosťou, užívala Prestarium, zároveň bola sledovaná nefrológom pre CHOCH v. s. TIN – zmenšená pravá oblička so zníženou GF, opakované pyelonefritídy vpravo, naposledy v roku 2010, diagnostikovaný gestačný DM na diéte. Objektívny nález pri prijatí: TK 150/100, P 74/min., TT 36,5 °C, hmotnosť 58 kg, moč negatívny. Vaginálne vyšetrenie: Krčok centrálne uložený, formovaný, dĺžky 3 cm, bránka uzatvorená, normotonus uteri, OP prav., nekrváca.

Bolo vykonané CTG vyšetrenie: BL 140/min., akcelerácie +, bez decelerácií, pohyby prítomné, zachytená 1 kontrakcia, ako aj USG vyšetrenie: BPD 7,16, FL 4,94, AC 22,12, rastové parametre zodpovedali 27/2 t. t., EFW 1 000 gramov, RI AU 0,75, PI 1,25. Hodnoty laboratórných parametrov zo dňa 17.11.2011 poukazovali na ľahkú anémiu a trombocytopéniu, leukocytózu, minimálne elevované hepatálne testy, zvýšené hodnoty CRP, koaguláciu v norme. V liečbe Dexamed, Dopegyt, MgSO<sub>4</sub>, Klacid. Bolo zrealizované opakovane hematologické konziliárne vyšetrenie so záverom, že ide o incipientnú hemolýzu, boli odporučené kortikoidy a Fraxiparine. Od 20.11.2011 bol Dopegyt ex a nasadený Lomir.

Nasledujúce dni (18.11. - 20.11.2011) bola pacientka opakovane sledovaná, monitorované vitálne funkcie, pokračovalo sa v odporúčenej liečbe, TK stabilizovaný, laboratórne došlo k úprave trombocytopénie ako aj hepatálnych testov. Dňa 21.11.2011 došlo k zhoršeniu TK, hodnoty 160/120 až 180/130, bol podaný Ebrantil s úpravou TK na 140/90. Konzultovaný internista odporučil zvýšiť dávky antihypertenzívnej liečby. Ráno bolo vykonané CTG vyšetrenie s popisom „bez ohrozenia plodu“. Dňa 22.11.2011 bol pridaný do liečby Vasocardin vzhľadom k pretrvávaniu zvýšených hodnôt TK (diastola nad 100). Kontrolné hematologické vyšetrenie bolo v norme, Tr 180. Dňa 23.11.2011 bola opakovane diastola nad 100, subjektívne bola pacientka bez ťažkostí, bolo odporučené vyšetrenie obličiek - KVP, sedimentu, klírens. O 23.45 h je v ZD záznam o bolesti v oblasti žalúdka, opakovane 24.11.2011 o 1.00 h, bolo podané MgSO<sub>4</sub> v infúzii. Nasledoval záznam o 3.15 h o krvácaní pacientky z rodidiel, realizované bolo CTG vyšetrenie, TK 150/120 a o 3.50 h ďalší záznam o krvácaní jasnou krvou. Nasledoval záznam o vyšetrení, kde je uvedené: Necíti pohyby, krváca, bolesti žalúdka, kontrakcie, CTG 80 - 100/min., nemožno vylúčiť akciu srdca matky. Vaginálne vyšetrenie: Krvácanie z bránky jasnou krvou, uterus dráždivý, hrdlo 1,5 cm pre prst. Záver: Metrorrhagia proffusa, partus praemeaturus in cursu, abruptio placentae praecox, vyšetrujúcim lekárom bolo indikované ukončenie tehotnosti cisárskym rezom.

Tehotnosť bola následne dňa 24.11.2011 ukončená cisárskym rezom so začiatkom o 4.40 h, koniec o 5.46 h. Bol porodený plod mužského pohlavia o hmotnosti 960 g, dĺžky 42 cm, Apgarovej skóre 0, a to v 1., 5., a aj 10. minúte. Samotný operačný výkon prebehol bez komplikácií, placenta bola porodená celá - 320 g, popisovaná krvná strata 250 ml. Popôrodné obdobie prebehlo bez komplikácií, došlo postupne k stabilizácii TK, ako aj ostatných vitálnych funkcií. Z laboratórných parametrov – anémia stredne závažného až závažného stupňa (Hb 81), trombocytopénia ťažkého stupňa (Tr 60), korigované transfúziami. Postupne sa upravovala liečba, znižovali sa dávky kortikoidov a antihypertenzív. Pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti dňa 28.11.2011 na štvrtý deň puerpéria – v prepúšťacej správe s diagnózami: Predčasné odlučovanie placenty - abruptio placentae gr. h. 30., nešpecifikovaná hypertenzia matky. Podľa pitevného protokolu bola príčinou smrti novorodeného plodu mužského pohlavia intrauterínna asfyxia.

### Zhodnotenie úradom

Podľa ZD bola pacientka pred tehotnosťou sledovaná v nefrologickej ambulancii pre chronickú pyelonefritídu, pričom od roku 2010 bola u nej zistená sekundárna hypertenzia nefrogénna. Počas tehotnosti užívala Dopegyt, absolvovala predpísané vyšetrenie v rámci prenatalnej starostlivosti, opakované nefrologické kontroly. Na základe vyšetrenia glycidového metabolizmu bola diagnostikovaná porucha glukózovej tolerancie a následne gestačný DM kompenzovaný diétou. V 28. t. t. bola odoslaná na hospitalizáciu, pre hypertenziu a neurčitý močový nález, bola prijatá dňa 16.11.2011 na GPK FN ako hypertenzia v tehotnosti a podozrenie na HELLP syndróm. Počas hospitalizácie bola v sledovaní nefrológa, internistu i hematológa. Na základe výsledkov opakovaných laboratórných vyšetrení bol HELLP syndróm vylúčený a stav bol

uzavretý ako autoimúna hemolytická anémia, pravdepodobne indukovaná v tehotnosti podávaným Dopegytom, ktorý bol následne z liečby vylúčený a pacientka bola nastavená na liečbu Lomirom neskôr doplnenú o Egilok. V liečbe okrem toho mala Fraxiparine, Dexamed, MgSO<sub>4</sub> a Ebrantil. V rámci konziliárnych vyšetrení bola vyšetrená hematológom, internistom a nefrológom. Počas hospitalizácie od prijatia do 20.11.2011 dochádzalo k úprave laboratórnych parametrov, TK bol stabilizovaný, od 21.11.2011 bol TK napriek liečbe nestabilný, hypertenzia výrazne kolísala (diastola 80 – 130). Dňa 23.11.2011 vo večerných a dňa 24.11.2011 v nočných hodinách u pacientky dochádzalo k bolestiam v epigastriu, bol podaný Degan, neskôr MgSO<sub>4</sub>. O 3.15 h je zaznamenaný údaj o zakrvácaní, o 3.35 h (po 20 min) bolo realizované CTG vyšetrenie, o 3.50 h je opakovaný záznam o krvácaní. Nasledovalo vyšetrenie lekárom, v ktorom bolo odporučené z indikácie metrorrhagie a susp. abrupcie placenty ukončiť tehotnosť cisárskym rezom, ktorý bol následne vykonaný o 4.40 h.

Vychádzajúc z analýzy vykonaných vyšetrení a poskytovanej liečby bola starostlivosť o tehotnú adekvátna a komplexná. Druhým momentom hodnotenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti bolo monitorovanie stavu plodu. Stav plodu bol objektivizovaný pri prijatí CTG a USG vyšetrením. Následne bolo CTG vyšetrenie vykonané ešte v dňoch 17.11., 18.11. a 21.11.2011. Po tomto období nebol stav plodu (s výnimkou záznamu o OP 1 x, resp. maximálne 2 x za deň) objektivizovaný. Napriek tomu, že pacientka mala kolísavú hypertenziu s výraznými výkyvmi diastoly (diastola 80 - 130), čo môže mať (a malo) negatívny dopad na perfúziu maternice, na prietok krvi v uteroplacentárnom riečisku a tým na metabolický aj respiračný stav plodu, nebolo od 18.11.2011 realizované žiadne USG vyšetrenie plodu. CTG vyšetrenie vykonané dňa 21.11.2011 bolo nesprávne zhodnotené a ďalšie nebolo až do 24.11.2011 vykonané.

Okrem toho je kolísavá nestabilná hypertenzia výrazne rizikovým faktorom možnej abrupcie placenty v dôsledku výkyvov TK v oblasti uteroplacentárnej junkcie. Avšak úrad netvrdí, že vykonaním týchto vyšetrení bolo možné abrupcii predísť, boli by však prítomné objektívne fakty o stave plodu.

Ďalším momentom je skutočnosť, že pacientke po zakrvácaní dňa 24.11.2011 o 3.15 h bolo CTG vykonané až po 20 min, nebolo vykonané USG vyšetrenie na vylúčenie abrupcie placenty a zhodnotenie vitality plodu a samotný cisársky rez (indikácia: Metrorrhagia proffusa) bol vykonaný až po 1 ½ hodine, pričom tento časový odstup nie je v ZD zdôvodnený.

### Zistené nedostatky pri výkone dohľadu

Počas hospitalizácie pacientky na GPK FN boli od 18.11.2011 do 24.11.2011 v prenatalnej starostlivosti o plod zistené nasledovné nedostatky: od 18.11.2011 nebolo realizované žiadne USG vyšetrenie, CTG vyšetrenie vykonané dňa 21.11.2011 bolo nesprávne zhodnotené a ďalšie nebolo až do 24.11.2011 vykonané, teda plod nebol dostatočne monitorovaný napriek nestabilnej kolísavej hypertenzii matky s rizikom abrupcie placenty, dňa 24.11.2011 o 3.15 h bolo CTG vykonané až po 20 minútach, nebolo vykonané USG vyšetrenie na vylúčenie abrupcie placenty a zhodnotenie vitality plodu, samotný cisársky rez bol vykonaný až po 1 ½ hodine, pričom tento časový odstup nie je v dokumentácii zdôvodnený.

### Záver

Úrad na základe záverov výkonu dohľadu preukázal, že **zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### Sankcie

Úrad uložil PZS sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

## Nesprávny manažment maloletého pacienta s akútnym resp. infektom

Predmetom dohľadu bolo prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti 3-ročnému dieťaťu zo strany VLDD v súvislosti s podcenením diagnostiky a liečby závažnej komplikácie akútneho respiračného infektu.

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Išlo o 3-ročné dieťa dispenzarizované v imunoalergologickej ambulancii s prekonaním bežných detských ochorení. Počas dohliadaného obdobia od 11.07.2011 do 22.07.2011 opakovane navštívilo VLDD v sprievode svojej matky. Stav dieťaťa si vyžadoval realizáciu RTG snímky hrudníka, okamžitú hospitalizáciu a účinnú ATB liečbu, čo však nebolo vykonané. Následkom infekcie s irverzibilným postihnutím pľúcneho tkaniva bolo nutné radikálne chirurgické riešenie s odstránením pomerne značnej časti pravých pľúc s dlhodobými následkami, ako sú malnutícia a deformita hrudníka.

Dňa 11.07.2011 prišlo dieťa do ambulancie VLDD v sprievode matky s febrilitami, kašľom, bolesťami bruška, s negatívnym auskultačným nálezom. Stav bol hodnotený ako nešpecifický akútny zápal hrtana a dyspepsia. Pri kontrolnom vyšetrení dňa 14.07.2011 stav dieťaťa progredoval. Boli realizované odbery: FW 82/105, CRP 312, Le 21,0, tampón z hrdla negat. Výsledky odberov poukazovali na výrazný bakteriálny zápal. V objektívnom náleze bol uvedený patologický auskultačný nález nad pľúcami. Začatá bola p. o. liečba ATB. Dňa 15.07.2011 bolo v zdravotnej dokumentácii uvedené: dieťa sa má rovnako, teplota trvá. V objektívnom náleze zaznamenané: vľavo naznačené vzrasty. Terapia: bez zmeny, kontrola 18.07.2011, event. hospitalizácia, matka poučená. V ZD bol doložený informovaný súhlas podpísaný matkou, rukou dopísané odmietnutie hospitalizácie. Dňa 18.07.2011 na kontrolnom vyšetrení bolo konštatované, že dieťa sa má lepšie, pri kašli mu stále pískajú na prieduškách, prítomná teplota; v objektívnom náleze drsnejšie dýchanie. Odporúčaná bola kontrola o 4 dni, event. zmena ATB. Na 8. deň (19.07.2011) priniesli rodičia sami výsledok RTG hrudníka s výrazným patologickým nálezom, ktorý lekár do ZD vôbec nezaznamenal. Nasledovala zmena ATB, konzultovaný alergológ, kontrola odberov na druhý deň. V ZD bol založený popis RTG hrudníka zo dňa 19.07.2011 so záverom: „Pravé krídlo pľúc je celé zatienené susp. výrazným hydrothoraxom - pleuritis?“ Dňa 21.07.2011 bol v ZD uvedený zápis výsledkov: FW 45/62, CRP 190,9, Le 13,45. Absentoval záznam o stave pacienta. Stav dieťaťa si vyžadoval opäť

okamžitú hospitalizáciu. Aj napriek tomu bolo dieťa poukázané na hospitalizáciu na detské oddelenie až dňa 22.07.2011 - do spádovej nemocnice pre bronchopleuritídu. Dňa 22.07.2012 o 14.21 h bolo dieťa vyšetrené pediatrom na ambulancii v spádovej nemocnici, kde na základe zlého klinického stavu a RTG nálezu bol konzultovaný preklad na vyššie odborné pracovisko.

O 17.43 h bolo dieťa vyšetrené na vyššom pracovisku, kde bolo realizované USG hrudníka so záverom: „Fluidothorax l. dx. do 630 ml, presun mediastína doľava, nevzdušné pľúčne krídlo.“ Hospitalizácia dieťaťa trvala od 22.07.2011 do 31.08.2011 s následovnými diagnózami: Pneumonia abscedens l. dx., Pyopneumothorax l. dx., St. p. thoracotomiam l. dx., St. p. lobectomiam l. dx., St. p. hrudnej drenáži. Dňa 31.08.2011 bolo dieťa preložené do ústavu DTaRCH. U dieťaťa boli prítomné dlhodobé následky: malnutrícia a deformita hrudníka.

### Zhodnotenie úradom

Dieťa navštívilo opakovane v sprievode matky VLDD. Klinický obraz a laboratórne výsledky naznačovali, že jeho stav si vyžadoval odoslanie na RTG hrudníka, okamžitú hospitalizáciu a cieleňú intravenóznú liečbu ATB. Bolo odoslané však až 4 dni od obdržania RTG snímky hrudníka, ktorú priniesli rodičia do ambulancie na 8. deň od začatia ťažkostí dieťaťa, kedy už bolo v respiračnej insuficiencii. Jeho stav vyžadoval veľmi náročnú liečbu. Dieťa má dlhodobé následky: malnutráciu, deformitu hrudníka. Neodoslaním maloletého na RTG snímku hrudníka ako aj na hospitalizáciu, nemohla byť zabezpečená jeho včasná a účinná liečba.

### Zistené nedostatky pri výkone dohľadu

PZS nevykonala včas všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby tým, že neodoslala maloletého na RTG hrudníka a okamžitú hospitalizáciu, po obdržaní popisu RTG hrudníka zo dňa 19.07.2011 neodoslala maloletého opakovane na hospitalizáciu, čím nebola zabezpečená včasná a účinná liečba.

### Záver

Úrad na základe záverov výkonu dohľadu preukázal, že **zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, v súlade § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### Sankcie

Úrad uložil PZS sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.; zistené nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie odstúpil úradu samosprávneho kraja na ďalšie konanie.

## Nerозpoznaný akútny koronárny syndróm u 23-ročnej pacientky

Predmetom dohľadu bolo prešetrenie zdravotnej starostlivosti poskytnutej 23-ročnej pacientke s pretrvávajúcimi bolesťami na hrudníku a v oblasti hrudnej chrbtice viacerými PZS.

### Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie

Dňa 21.03.2012 bola 23-ročná pacientka vyšetrená v neurologickej ambulancii pre pretrvávajúce bolesti hrudnej chrbtice a sťažené dýchanie, stav bol hodnotený ako VAS hrudnej chrbtice, ordinovaná bola medikamentózna liečba (Meloxicam tbl a Zaratet tbl) a odporúčané RTG vyšetrenie hrudnej chrbtice.

Dňa 23.03.2012 o 13.53 h bola pacientka pre bolesti hrudnej chrbtice a bolesti na hrudníku s vyžarovaním do LHK vyšetrená posádkou RZP ZZS na základe volania jej sestry na tiesňovú linku s uvedením: „...pichá ju strašne srdce, je jej zle a ľavá ruka ju bolí... nevládze...“ Pri vyšetrení posádkou RZP bola pacientka kardiopulmonálne stabilizovaná, TK bol 120/75, SF 130/min a O<sub>2</sub> saturácia 98 %. Stav bol hodnotený ako bolesti chrbta a tachykardia, pacientka bola prevezená do najbližšieho nemocničného zariadenia, kde bola ošetrená o 14.03 h v rámci ÚPS na internej ambulancii.

Pacientka pri vyšetrení v internej ambulancii NsP udávala, že od februára má ťažkosti s chrbticou, ktoré sa aktuálne zhoršili, udávala pichanie pri srdci a bolesti v oblasti hrudnej chrbtice. Objektívny fyzikálny nález bol v norme, TK bol 130/80, bolo vykonané EKG vyšetrenie, ktorého nález bol vyšetrujúcim lekárom vyhodnotený ako: „SR, fr. 128/min, PQ 0,12, R/S vo V3, bez porúch v repol. f.“ U pacientky bol stanovený diagnostický záver: kardiopulmonálne kompenzovaná – sínusová tachykardia sekundárna, VAS, a bolo jej odporúčané neurologické vyšetrenie. Následne bola pacientka vyšetrená v rámci ÚPS v neurologickej ambulancii NsP, kde bola potvrdená diagnóza VAS hrudnej chrbtice bez výraznej poruchy dynamiky a bola jej odporúčaná liečba podľa rajónneho neurológa. Pacientka bola prepustená do ambulatnej starostlivosti.

Pre obdobné ťažkosti bola nasledujúci deň, t. j. 24.03.2012, o 20.10 h vyšetrená výjazdovou LSP. Anamnesticky bolo zistené, že má bolesti krčnej oblasti chrbtice s vyžarovaním do LHK. Bez vykonania fyzikálneho vyšetrenia bol stav hodnotený ako VAS – cervikobrachiálny vľavo a bol jej podaný Almira i. m. a MgSO<sub>4</sub> i. m.

Dňa 25.03.2012 bola pacientka opäť vyšetrená v rámci LSP. Pri vyšetrení sa sťažovala na bolesť v oblasti hrudnej chrbtice a celkovú slabosť. Objektívne bola bledá, kardiopulmonálne kompenzovaná, TK bol 90/60, PF bola 80/min, brucho bolo bez rezistencie, dýchanie bolo vezikulárne, čisté, DK bez edémov. Klinický stav bol hodnotený ako hypotenzia a pre pacientkou udávané ťažkosti, klinický nález a namerané hodnoty TK bola pacientke podaná infúzia FR 500 ml + 1 amp. Mesocain i. v. + Guajacuran i. v. Po infúzii bol podaný ešte Veral 1 amp. i. m., bol premeraný TK, ktorý sa upravil na hodnotu 110/70, PF bola 80/min, pacientka udávala subjektívne zlepšenie. Za účelom vylúčenia kardiogénnej príčiny ťažkostí bolo u pacientky ordinované EKG vyšetrenie, ktoré pre nefunkčnosť EKG prístroja v ambulancii nebolo vykonané, ale pacientka bola odoslaná



do NsP, čo však napriek poučeniu odmietla (písomný záznam).

Dňa 26.03.2012 pacientka doma o cca 7.30 h upadla do bezvedomia a nejavila známky života. O 8.00 h bola vyšetrená posádkou ZZS, ale napriek rozšírenej KPR sa vitálne funkcie nepodarilo obnoviť, po 80 min bolo konštatované úmrtie.

Podľa pítevného nálezu bolo bezprostrednou príčinou úmrtia akútne srdcové zlyhanie pri akútnom transmuralnom IM prednej steny v teréne celkového kôrnatenia tepien, najmä vencovitých, ľahkého stupňa. Prítomné bolo tiež výrazné rozšírenie ľavej komory srdca.

### **Zhodnotenie úradom**

Postup posádky RZP ZZS dňa 23.03.2012 bol správny a v dostatočnom rozsahu, pacientka bola transportovaná do NsP za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Následné interné vyšetrenie u pacientky v rámci ÚPS v NsP dňa 23.03.2012 nebolo dostatočné. Pri anamnéze bolesti na hrudníku nebol zisťovaný údaj o dĺžke a trvaní bolesti, o jej intenzite, ťľavových manévroch, vzťah k príjmu jedla, vzťah k polohe, k pohybu, k záťaži, vegetatívna symptomatológia, nebolo vykonané zhodnotenie rizík koronárnej choroby srdca v osobnej ani rodinnej anamnéze, nebol vykonaný terapeutický test s NTG. V čase vyšetrenia pacientka udávala pichanie pri srdci a bolesti v oblasti hrudnej chrbtice. Realizované interné vyšetrenie bolo od začiatku realizované ako vyšetrenie pacientky s extrakardiálnou bolesťou na hrudníku, čo bolo istým spôsobom zavádzajúce a negatívne determinovalo rozsah vyšetrenia. Závažným nedostatkom bol popis vykonaného EKG vyšetrenia, ktoré bolo napriek prítomnosti závažných zmien v repolarizačnej fáze hodnotené ako „bez porúch v repolarizačnej fáze“. Navyše aj samotný EKG analyzátor písomne vyhodnotil daný záznam ako abnormálnu repolarizáciu upozorňujúcu na ischémiu. Reálne bola na EKG zázname prítomná ST depresia do 2 - 3 mm v I, II, III, aVF, V2 - V6 zvode. Prítomný bol EKG nález hypertrofie ľavej komory a závažnej subendokardiálnej ischémie anteroapikolaterálne. V rámci diferenciálnej diagnostiky bolestí na hrudníku neboli ordinované ani realizované hematologické a biochemické laboratórne vyšetrenia krvi s vyšetrením markerov kardiálneho poškodenia a RTG vyšetrenie hrudníka.

Výjazdovou LSPP dňa 24.03.2012 nebolo vykonané fyzikálne vyšetrenie. Klinický stav bol zhodnotený iba na základe anamnestických údajov o subjektívnych ťľavostiach, poskytovateľ sa spoliehal len na záver interného vyšetrenia z NsP, podľa ktorého bola kardiogénna príčina vylúčená.

Dňa 25.03.2012 bola pacientka v rámci LSPP vyšetrená pre bolesti v hrudnej oblasti chrbtice a pre celkovú slabosť štandardným spôsobom. Hodnotenie klinického nálezu bolo limitované diagnostickými možnosťami ambulancie (nefunkčnosťou EKG prístroja). V rámci diferenciálnej diagnostiky bola pacientka správne odoslaná na vyššie pracovisko za účelom vykonania EKG vyšetrenia, ktoré odmietla, o čom bol urobený písomný záznam. Klinický stav nebol u pacientky dodiferencovaný a tým ani hodnotený správne, čo však nemožno vyčítať ošetrovateľovi, pretože pacientka odmietla navrhovaný diagnostický postup. Postup posádky RLP ZZS dňa 26.03.2012 bol správny, KPR bola realizovaná štandardne a v dostatočnom rozsahu.

### **Zistené nedostatky pri výkone dohľadu**

U poskytovateľa NsP - ÚPS interná ambulancia dňa 23.03.2012:

nedostatočné anamnestické vyšetrenie v súvislosti so spresnením údajov o bolesti a rizika koronárnej choroby srdca v rámci osobnej a rodinnej anamnézy, nesprávne hodnotenie nálezu EKG vyšetrenia, nebolo ordinované laboratórne vyšetrenie krvi s vyšetrením kardiomarkerov v rámci diferenciálnej diagnostiky bolesti na hrudníku a RTG vyšetrenie hrudníka, z vyplývajúcich nedostatkov nebol správne odporúčaný ďalší diagnosticko-terapeutický postup.

U poskytovateľa LSPP dňa 24.03.2012:

vyšetrenie pacientky nebolo vykonané v dostatočnom rozsahu, diagnostický záver bol u pacientky nesprávne stanovený bez vykonania štandardného fyzikálneho vyšetrenia.

### **Záver**

Výkonom dohľadu v NsP dňa 23.03.2012 a v rámci LSPP dňa 24.03.2012 úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Výkonom dohľadu u ZZS dňa 23.03.2012, dňa 26.03.2012 a v rámci LSPP dňa 25.03.2012 úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

### **Sankcie**

Úrad uložil obom poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (NsP a LSPP) sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (NsP) prijal z vlastnej iniciatívy nápravné opatrenie v súvislosti so zlepšením organizačného zabezpečenia práce na internej ambulancii ÚPS.

## **Nerozpoznaná neuroinfekcia**

### **Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie**

55-ročný pacient vyšetrený na ORL ambulancii dňa 25.02.2011 pre bolesť pravého ucha. Lekár stanovil dg: Otitis media catharalis l. dx a podal lokálnu ATB liečbu a celkovú liečbu NSA. Kontrolné ORL vyšetrenie dňa 01.03.2011: bolesti ucha ustúpili a aj známky katarálneho zápalu, pre zhoršený sluch bol realizovaný audiogram s nálezom hypacusis perceptiva l. sin et mixta l. dx.

Dňa 02.03.2011 bol pacient vyšetrený na internej ambulancii urgentného príjmu: od nedele horšie dýcha, vykašľava kalné hlieny, mal teploty do 39 °C, triašku, od novembra polyartralgie, z ramena mu to vyžaruje do krku, bolelo ho aj pravé ucho, liečený pre DM II. typu na diéte, dna, artróza, hypertenzia, CHOCHP. Objektívne: orientovaný, poloha aktívna, mierne dyspnoe, TK 105/70, PF 100/min, TT 37,9 °C, orientačne neurotopicky v norme, fyzikálny nález na hlave a krku v norme, na hrudníku spastický auskultačný nález s difúznymi vrzgotmi a piskotmi, na RTG hrudníka vpravo bazálne zníženie transparenencie so splývajúcim nehomogénnym zatienením – susp. zápalový infiltrát, v laboratórnom náleze bez leukocytózy, ale vysoké CRP 377,45!, iónová dysbalancia, v ABR hypoxemická respiračná insuficiencia.

Pacient bol odoslaný na hospitalizáciu na oddelenie PaF. Na oddelení bola stanovená pracovná dg. akútnej exacerbácie CHOCHP, zápalová infiltrácia pľúc vpravo bazálne, terapia: oxygenoterapia, parenterálne kortikoidy a bronchodilatanciá, kombinovaná ATB a inhalačná liečba. Nasledujúci deň ústup spastickej zložky, pretrvávalo oslabenie dýchania vpravo bazálne, pacient bol afebrilný, sťažoval sa na slabosť nôh, nevedel sa postaviť. Dňa 07.03.2011 – na 6. deň ATB liečby: zaznamenaný výstup teploty na 38,2 °C, dýcha sa mu lepšie, stále ho bolia nohy, objektívne febrilný, cirkulačne stabilizovaný, dýchanie bez spastického nálezu, vpravo bazálne oslabené. Realizovaná spirometria. Dňa 08.03.2011 pacient afebrilný, nemá sa dobre, bolí ho hlava, cirkulačne stabilizovaný, auskultačne prítomné spastické fenomény bilat., dýchanie vpravo bazálne oslabené, plánované CT, popoludní výstup teploty na 38,3 °C. Dňa 09.03.2011 o 23.00 h je záznam sestry o tom, že pacient má silné bolesti hlavy, podaný Novalgin tbl. Dňa 10.03.2011 bolo realizované CT hrudníka – normálny CT obraz, pri lekárskej vizite: má sa dobre, bolesti kĺbov, objektívne subfebrilný, cirkulačne stabilizovaný, auskultačný nález nezmenený, pokračovalo sa v liečbe. Dňa 11.03.2011 pretrvávali subfebrilie, subjektívny aj objektívny nález pri vizite nezmenený, plánované neurologické konzílium ohľadom cefaley, týmto dňom sa ukončila ATB liečba. Dňa 12.03.2011 pacient udával bolesť hlavy, dýchalo sa mu dobre, v objektívnom náleze bol afebrilný, s kľudovým eupnoe, KP kompenzovaný, do liečby boli pridané ATB pre suspekciu na mykoplazma pneumoniae, pokračovalo sa v kortikoterapii. O 16.00 h bola privolaná zdravotná sestra, udával zimnicu, triašku, febrilitu; objektívne: febrilný, pri vedomí, kľudové eupnoe, KP kompenzovaný, ordinovaný FR 500 ml + 2 ml Novalgin i. v., odber hemokultúry, sledovanie pacienta. O 22.00 h bola privolaná službukonajúca lekárka, pacient bol nepokojný, agresívny, podaný bol Diazepam 10 mg i. v. Dňa 13.03.2011 o 7.30 h bola privolaná lekárka, pacient mal apnoické pauzy, bol predýchavaný ambuvakom, pri príchode lekára dýchal spontánne, sat. 93 %, TK 180/90, PF 100/min, telefonicky bol privolaný konziliárny neurológ, pacient pri rannej toalete bol zhoršený, apatický, nereagoval, náhle prestával dýchať, predýchavaný ambuvakom, lekár ordinoval EKG, odbery, ABR, monitor VF, o 9.00 h CT hlavy. O 8.00 h neurologické vyšetrenie so záverom: akútna porucha vedomia na úrovni kómy s hyperpnoe a anizokóriou, odporúčené vitálne CT mozgu, v dif. dg. ložisková lézia vľavo – hemorágia, resp. LIM, ev. SH, ďalší postup podľa výsledkov. O 10.00 h CT mozgu s nálezom štvorkomorového hydrocefalu bez ložiskových zmien, konzultovaný neurochirurg, za daných okolností neindikoval drenážnu operáciu.

Pacient bol preložený na KAIM dňa 13.03.2011 o 10.15 h s dg. záverom: Septický stav s MODS s poruchou vedomia v diferenciálnej diagnostike pri prijatí kóma (GCS 3), spontánna ventilácia insuficientná, dyspnoický, cirkulácia podporovaná katecholamínmi, TK 110/60, PF 120/min, TT 38,5 °C. Pre insuficientnú respiráciu bol intubovaný a napojený na UPV, vo fyzikálnom náleze popisované anizokorické zrenice s mydriázou vľavo, bez nystagmu, uši a nos bez výtoky, v dutine ústnej prítomné krusty, na krku bez opozície šije, ale prítomné krče na podráždenie, na pľúcach auskultačne zosťrené dýchanie s početnými bronchitickými fenoménmi. Bol zavedený CVK a invazívny monitoring. Konzultovaný infektológ vzhľadom k febrilnej poruche vedomia u imunokompromitovaného pacienta predpokladal listériovú meningoencefalitídu a odporučil lumbálnu punkciu. LP bola realizovaná o 16.00 h – vytekal skalený likvor, odoslaný následne na

cytochémiu a kultiváciu, vzhľadom k purulentnej meningoencefalitíde začatá ATB liečba na odporúčenie infektológa. Výsledok mikroskopie likvoru - pneumokoky alebo listérie. Napriek komplexnej liečbe vrátane objemovej a iónovej suplementácie došlo k centrálnemu rozvratu vnútorného prostredia s hypernatriémiou (postupne výstup až na 180) a hypokaliémiou, hyperglykémiou, výraznou polyúriou (9 900 ml moču), vzostupom zápalovej aktivity (Wbc 30,7, CRP 243,31, PCT 8,4), kultiváciou likvoru bol potvrdený Str. pneumoniae. Dňa 14.03.2011 bolo realizované kontrolné CT mozgu s nálezom kompresie komorového systému – príznaky difúzneho edému mozgu. Bola zintenzívnená anti-edémová liečba, napriek tomu však progredoval rozvrat vnútorného prostredia a o 6.40 h bol konštatovaný exitus.

Podľa pítevného protokolu bolo príčinou smrti zlyhanie CNS, základnou chorobou hnisavá meningoencefalitída; prítomný bol masívny edém mozgu, infekčná aktivácia sleziny.

### Zhodnotenie úradom

55-ročný pacient bol prijatý na oddelenie PaF dohliadaného subjektu s diagnózou exacerbácie CHOCHP so susp. bronchopneumonickým ložiskom v pravom dolnom pľúcnom poli, s anamnézou triašky s vysokými teplotami do 39 °C trvajúcimi už niekoľko dní a bolesťami hlavy. V čase prijmu pacienta bola empirická voľba kombinácie antibiotík správna, túto liečbu pacient užíval 9 dní do 11.03.2011 a došlo pri nej k ústupu infiltratívneho zatienenia v pravom dolnom pľúcnom poli, potvrdeného aj CT vyšetrením hrudníka. Klinický stav pacienta však nebol úplne zlepšený, od 07.03.2011 mal opakované výstupy teplôt intermitentného rázu, pri ktorých sa mu odoberala hemokultúra, opakovane udával bolesti nôh a hlavy. Pri bolestiach hlavy a opakovaných výstupoch teplôt nebolo ordinované neurologické príp. infektologické vyšetrenie, resp. po ukončení empiricky nasadenej ATB liečby farmakologické konzílium, ktoré by bolo usmernilo ďalší diagnostický proces na ozrejmienie iných „infekčných ložísk“ v organizme pacienta. Dňa 12.03.2011 vo večerných hodinách sa objavili klinické príznaky meningizmu, ktoré však boli vyhodnotené ako delirantný stav, a preto bol pacientovi podaný Diazepam vnútrožilovo. Pri rannej toalete dňa 13.03.2011 bol pacient nájdený v kóme, bolo realizované neurologické vyšetrenie a CT vyšetrenie mozgu a LP, ktoré viedli k stanoveniu diagnózy akútnej hnisavej meningoencefalitídy, pôvodca infekcie Str. pneumoniae bol z hemokultúry vypestovaný až pri zhoršení stavu dňa 12.03.2011 a následne bol vykultivovaný aj z likvoru odobratého dňa 13.03.2011, s dobrou citlivosťou na testované ATB. Predpokladaná diagnóza pneumokokovej hnisavej meningitídy bola následne aj s príčinou smrti - zlyhaním CNS potvrdená pitvou.

### Záver

Výkonom dohľadu **úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**, nakoľko neboli včas vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie diagnózy a nebola zabezpečená včasná a účinná liečba.

### Sankcie

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

## Doplnenie

Meningitída je prudko sa vyvíjajúce ochorenie, ktoré pri neskoro začatej liečbe končí fatálne. V tomto prípade išlo navyše o imunologicky oslabeného pacienta (podávaná kortikosteroidná liečba) a po vzniku bezvedomia, ktoré bolo primárne spôsobené obštrukčným hydrocefalom pri neuroinfekcii s následným edémom mozgu, malo rýchle smerovanie k úmrtiu aj pri správne vykonávanej liečbe na KAIM.

## Nerozpoznaná extrauterínna gravidita

Predmetom dohľadu bolo prešetrenie zdravotnej starostlivosti pacientke na GPO a CHO UN v rámci ÚPS v súvislosti s oneskorením diagnostiky extrauterínnej gravidity.

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

28-ročná pacientka, 2 týždne po operácii umbilikálnej hernie, bola dňa 14.07.2012 o 23.50 h vyšetrená v rámci ÚPS na GPO nemocničného zariadenia pre bolesti brucha a opakované zvracanie. Anamnesticky bolo zistené, že pacientka má odo dňa 12.07.2012 menštruáciu, podaný jej bol Cerucal 1 amp. i. m. a bolo jej odporúčané chirurgické vyšetrenie. Následne bola vyšetrená v rámci ÚPS v ambulancii CHO. V rámci anamnézy bolo zdokumentované, že pacientka má asi 2 hodiny bolesti brucha a po zvracaní pociťuje úľavu. Objektívne bolo brucho voľne priehmatné, mierne citlivé periumbilikálne, bez rezistencie a défansu. Klinický nález bol hodnotený ako „bez príznakov náhlej príhody brušnej“, podaný bol Algifen 1 amp i. m., odporúčaná diéta a kontrola pri ťažkostiach ráno. Následne bola pacientka odoslaná späť na ambulanciu ÚPS GPO. Opäť bolo v rámci anamnézy zdokumentované, že pacientka opakovane zvracia s úľavou po zvracaní, že v daný deň jedla grilované mäso a má tretí deň menštruáciu. Pri objektívnom vyšetrení bolo brucho voľné, priehmatné, palpačne citlivé nad umbilikom. Gynekologickým vyšetrením zrkadlami bola v pošve zistená krv, palpačne bol uterus ťažšie priehmatný, adnexá boli obojstranne bez chorobného nálezu. Diagnostický záver z gynekologického vyšetrenia bol stanovený ako: „menstruatio, emesis (diétna chyba)“. Pre opakované zvracanie bol aktuálny stav pacientky telefonicky konzultovaný opäť s lekárom ambulancie ÚPS CHO, ktorý odporučil podať Cerucal 1 amp. i. m. a v prípade pretrvávania zvracania chirurgickú kontrolu.

Dňa 15.07.2012, o 11.45 h bola pacientka opäť pre pretrvávajúce ťažkosti s bolesťami brucha vyšetrená a následne aj hospitalizovaná na CHO daného nemocničného zariadenia. Pre pretrvávajúce ťažkosti a palpačnú difúziu bolestivosť brucha bolo vykonané USG vyšetrenie brucha, ktorým bola zistená difúzna prítomnosť voľnej tekutiny v dutine brušnej, laboratórne vyšetrenia vrátane krvného obrazu a zápalových ukazovateľov boli v norme. Celkovo bola pacientka srdcovo-pľúcne kompenzovaná a tlakovo-pulzovo stabilizovaná. Pri operačnej revízií vykonanej v deň príjmu bola zistená difúzna peritonitída, hemoperitoneum (cca 1 500 ml tekutej krvi). Histologickým vyšetrením resekovanej ľavej tuby uteriny bol potvrdený haemosalpinx pri tubárnej gravidite. Pooperačné obdobie bolo bez komplikácií a pacientka bola v stabilizovanom stave na piaty pooperačný deň prepustená do ambulantnej starostlivosti.

## Zhodnotenie úradom

U pacientky od nástupu prvých príznakov extrauterínnej gravidity a jej perforácie dňa 14.07.2012 cca o 22.00 h až po jej príjem na CHO dňa 15.07.2012 o 11.45 h uplynulo cca 13 – 14 hodín, počas ktorých pacientka krvácala, takže do dutiny brušnej do operácie natieklo cca 1 500 ml čerstvej krvi.

Podľa písomného záznamu z vyšetrenia pacientky počas ÚPS bola u nej v rámci gynekologického a chirurgického vyšetrenia odobratá anamnéza, bolo vykonané fyzikálne vyšetrenie a pacientka bola s podozrením na diétnu chybu odoslaná domov. Napriek skutočnosti, že išlo o poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, neboli využité bežne dostupné vyšetrenia na správne posúdenie klinického stavu pacientky.

Vzhľadom na anamnézu bolesti brucha a opakovaného zvracania malo byť u pacientky v rámci štandardného chirurgického vyšetrenia a bazálnej diferenciálnej diagnostiky abdominalgie s vomitom vykonané laboratórne vyšetrenie krvi a sonografické vyšetrenie brucha. Taktiež gynekologické vyšetrenie pacientky v rámci ÚPS nebolo vykonané v dostatočnom rozsahu. U pacientky nebolo vykonané sonografické vyšetrenie vnútorného genitálu, resp. malej panvy, ktoré je obligátnou súčasťou základného štandardného gynekologického vyšetrenia. Po zhodnotení klinických údajov a sonografického nálezu malo byť indikované aj vyšetrenie HCG. Na základe analyzovaných údajov (bolesti brucha, zvracanie, menštruácia) nebolo vôbec uvažované o mimomaternicovej gravidite, preto nebolo využité ani vyšetrenie HCG. Službukonajúci lekári nesprávne pripisovali ťažkosti pacientky len diétnu chybu. Zavádzajúcimi boli zrejme údaje o prebiehajúcej menštruácii a operácii umbilikálnej hernie pred dvoma týždňami, pričom pacientka už v čase operácie bola tehotná, pretože tubárna gravidita sa manifestuje náhlou príhodou brušnou obvykle medzi 6. - 8. týždňom gravidity. V danom prípade z dôvodu nedostatočného prvotného vyšetrenia pacientky v rámci ÚPS došlo zo strany dohliadaného subjektu k časovému oneskoreniu stanovenia správnej diagnózy a následnej liečby.

### Zistené nedostatky pri výkone dohľadu

Chirurgické vyšetrenie pacientky v rámci ÚPS nebolo vykonané v dostatočnom rozsahu a správne. Vzhľadom na anamnézu bolesti brucha a opakovaného zvracania malo byť u pacientky v rámci štandardného chirurgického vyšetrenia a bazálnej diferenciálnej diagnostiky týchto symptómov vykonané lab. vyšetrenie krvi a USG vyšetrenie brucha. Gynekologické vyšetrenie pacientky v rámci ÚPS nebolo vykonané v dostatočnom rozsahu a správne. U pacientky nebolo vykonané USG vyšetrenie vnútorného genitálu, resp. malej panvy, ktoré je obligátnou súčasťou základného štandardného gynekologického vyšetrenia a nebolo vôbec uvažované o mimomaternicovej gravidite, preto nebolo využité ani vyšetrenie HCG.

### Záver

**Dohliadaný subjekt** pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke **porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** v tom, že nevykonal všetky dostupné diagnostické vyšetrenia na včasné určenie správnej diagnózy a následnej liečby.

## Sankcie

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm.

a) zákona č. 581/2004 Z. z.

# Nesprávny postup lekára ÚPS po vyšetrení psychiatrickej pacientky

## Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

Dcéra 58-ročnej pacientky kontaktovala odborného lekára – psychiatra, žiadala o vyšetrenie svojej matky, u ktorej začali psychické problémy cca pred rokom z dôvodov závažných problémov v jej osobnom živote. Pacientka mala poruchy spánku, trpela nechutenstvom, bola depresívne ladená, hovorila o samovražde, zo všetkého sa obviňovala, stratila dôveru v ľudí, nedokázala otvorene hovoriť o problémoch, bola pasívna. Pre intenzívne suicidálne proklamácie bola odporúčaná hospitalizácia pacientky na psychiatrickom oddelení aj bez jej súhlasu. Diagnostický záver: Depresívna porucha so suicidálnymi proklamáciami.

Dňa 01.06.2012 – pacientka s depresívnou poruchou bola prijatá na psychiatrické oddelenie na odporúčanie psychiatra pre zjavné suicidálne proklamácie. V klinickom obraze pri prijatí bola zjavná hypotýmia, neodkloniteľná aj s reaktívnym podielom, tenzia, prchavé suicidálne ideácie, anhedónia, mikromanické, insuficienčné a naznačené autokauzačné obsahy, hyporexia. Po nasadení terapie psychofarmakami s postupnou titráciou ich dávky, došlo k pozvoľnému psychickému zlepšeniu, negácii suicidálnych ideácií, prejasneniu nálady a zmierneniu tenzie a úzkosti. Pacientka bola preložená na psychoterapeutické oddelenie, kde sa dobre adaptovala, zapájala do činnostnej terapie. Po celkovom zlepšení stavu bola pacientka bez suicidálnych ideácií, kompenzovaná, s primeraným správaním prepustená na 19. deň hospitalizácie (20.06.2012) do ambulantnej starostlivosti s diagnostickým záverom: depresívna porucha, epizóda stredne ťažkej depresie s podielom reaktívnej zložky, emočne nestabilná porucha osobnosti. V odporúčení mala pokračovať v liečbe – Citalopram 20 mg 1-1-0, alprazolam (Frontin) 1 mg 1/2-1/2-2, zolpidem (Hypnogen) 10 mg 0-0-1 tbl. p. o., kontroly v spádovej psychiatrickej ambulancii.

Po prepustení absolvovala 2 x kontrolné vyšetrenie v psychiatrickej ambulancii so záverom ambulantného psychiatra: depresívna porucha v nastupujúcej remisii, odporúčené pokračovať v ordinovanej liečbe (Citalopram, Frontin, Hypnogen).

Dňa 12.08.2012 – bola pacientka nájdená doma dcérou, dezorientovaná, po užití 14 tabliet Frontinu. Po privolaní RLP bola privezená na internú ambulanciu ÚPS nemocnice. Po poskytnutí anamnestických údajov o užití 14 tbl. Frontinu, výsledkov vyšetrení pacientky v psychiatrickej ambulancii a po objektívnom fyzikálnom vyšetrení službukonajúcim lekárom, boli pacientke realizované základné biochemické a hematologické odbery, EKG. Mala podanú infúziu 5-percentnej glukózy 500 ml, Cardilan 1 amp. i. v., Carbosorb 5 tbl. perorálne. Pacientka bola ponechaná v ambulancii na observáciu do

rána, 13.08.2012. Ráno bola s diagnostickým záverom: úmyselné nadužitie a priotrávenie alprazolamom, epizóda stredne ťažkej depresie a emočne nestabilná osobnosť prepustená do ambulantnej starostlivosti s odporúčením absolvovať psychiatrické vyšetrenie a hlásiť sa do 3 dní v ambulancii všeobecného lekára. V ten istý deň ráno sa dcéra pacientky telefonicky informovala o zdravotnom stave a ďalšom postupe u pacientky. Až po opakovaných telefonických pokusoch bola informovaná, že matka bola prepustená v stabilizovanom stave s odporúčením psychiatrickej kontroly u svojho psychiatra. Dcéra sa informovala o možnom bezodkladnom psychiatrickom vyšetrení a prípadnom pobyte pacientky na psychiatrickom oddelení, čo však bolo zamietnuté. Neskôr sa pacientka našla v areáli nemocnice dezorientovaná, vystrašená, nepamätala sa na ošetrovanie v internej ambulancii, nemala pojem o mieste a čase.

Pre zhoršenie stavu bola ešte 13.08.2012 prijatá na psychiatrické oddelenie, kde v psychopatologickom náleze bola dôležitá konštatácia depresívnej neodkloniteľnej nálady, suicidálne ideácie, anhedónia, anxieta, v myslení mikromanické a insuficienčné obsahy a autoakuzácie. V dokumentácii bola opísaná závažnosť depresívnej poruchy s podielom reaktívnej zložky a slabá odpoveď na antidepresívnu liečbu. Vzhľadom na pretrvávanie depresívnej symptomatiky a hroziace riziko suicídia bola pacientka preložená na ďalšiu liečbu do psychiatrickej liečebne.

## Zhodnotenie úradom

Pacientka po užití 14 tbl. alprazolamu (Frontin), so suicidálnymi proklamáciami a pozitívnou psychiatrickou anamnézou, nemala byť po ošetrovaní na internej ambulancii ÚPS prepustená do ambulantnej starostlivosti bez psychiatrického vyšetrenia.

Službukonajúci lekár v internej ambulancii ÚPS bol informovaný o užití nadmerného množstva Frontinu pacientkou a tiež o pravidelnom užívaní antidepresív a sedatív. Pacientka pred prepustením do ambulantnej starostlivosti mala byť vyšetrená odborným lekárom – psychiatrom. Diagnostický záver po vyšetrení v internej ambulancii ÚPS bol zhodnotený ako úmyselné nadužitie a priotrávenie sa alprazolamom, epizóda stredne ťažkej depresie, emočne nestabilná osobnosť.

Podľa § 9 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. poskytovateľ prepustí osobu z ústavnej starostlivosti, okrem iného, po pominutí dôvodov ústavnej starostlivosti.

Táto podmienka nebola u pacientky v plnej miere rešpektovaná, pretože zo strany internej ambulancie nebol doriešený hlavný dôvod prijatia na ústavnú starostlivosť, a to predávkovanie liekmi v súvislosti so známou psychiatrickou diagnózou a aktuálnym psychopatologickým obrazom. Pacientka nemala byť prepustená do ambulantnej starostlivosti a nebol u nej rešpektovaný interdisciplinárny prístup z diagnostického, terapeutického i z časového hľadiska. Predávkovanie psychofarmakami u psychiatrického pacienta je vždy rizikové, poukazuje na dekompenzáciu stavu a je mimoriadne rizikové, keď ide o depresívnu poruchu.

## Záver

Úrad konštatoval, že uvedenými nedostatkami **bolo porušené ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**, podľa ktorého je poskytovateľ povinný poskytnúť zdravotnú starostlivosť správne.

## Sankcie

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm.

a) zákona č. 581/2004 Z. z.

## Podcenenie vývoja príznakov hemoragického šoku po operácii

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia, epikritické zhrnutie

Pacient vo veku 49 rokov bol liečený pre ťažké dyspeptické ťažkosti na podklade gastroezofagiálneho refluxu pri rozvíjajúcej sa paraezofagiálnej diafragmatickej hernii. Po 8 ročnej konzervatívnej liečbe bolo rozhodnuté o laparoskopической technike fundoplikácie s repozíciou paraezofagiálnej hernie (podľa kontrastného RTG vyšetrenia boli 2/3 žalúdka v dutine hrudnej).

Indikácia a predoperačná príprava boli vedené správne. Operácia bola vykonaná v celkovej anestézii v čase od 12.20 h do 17.10 h, celková dĺžka operácie trvala 4 hodiny 50 minút. Chirurg konštatoval, že výkon bol zdĺhavý, technicky náročný, namáhavý, ale bez väčšej straty krvi. Po prerušení zrastov bola hernia reponovaná, pričom bránka hernie bola veľká asi 8 cm a široká 5 cm. Bola urobená fundoplikácia. Počas operačného výkonu bol pacient tlakovo a pulzovo stabilizovaný, s diurézou 300 ml, podávané boli kryštaloidy (2 000 ml). Po operácii pre spontánne a suficientné dýchanie bola zrušená ETI, pacient bol pri vedomí, cirkulačne stabilizovaný. V sprievode anestéziológa bol prevezený na JIS, kde bol ihneď zaistený kontinuálny monitoring: EKG, neinvazívny tlak krvi, saturácia hemoglobínu pulzným oximetrom a hodinová diuréza. Klinicky bol pacient bledý, pospával, ale na oslovenie odpovedal, dýchal spontánne dostatočne, akcia srdca s frekvenciou do 110/min, TK 110/80, brucho voľné, bez výraznej palpačnej citlivosti, na operačnej rane suché krytie, zavedený Redonov drén odvádzal minimálne množstvo hemoragického obsahu, diuréza bola 200 ml číreho moču.

O 17.55 h chirurg, ktorý pacienta operoval, osobne kontroloval pacienta práve v čase, keď bol u pacienta zaznamenaný pokles TK na 70/40, tachykardia 125/min. Chirurg skontroloval Redonov drén - odvádzal cca 10 ml hemoragického obsahu, lokálny nález bol bez zmeny. Lekár konštatoval, že stav pacienta zodpovedá krátkosti času po operácii a anestézii a pokles tlaku môže byť v tomto čase prejavom dlhšej operácie a dlhodobého pôsobenia anestézie, možno aj menšieho prísunu tekutín počas operácie. Vzhľadom na klinický stav pacienta, doordinoval pacientovi infúziu liečbu náhradnými roztokmi plazmy na zlepšenie cirkulačných pomerov a doplnenie objemu a laboratórne vyšetrenie krvného obrazu, ABR a mineralogram. V ďalšom priebehu došlo postupne k zvýšeniu TK, ale zvýraznila sa tachykardia, diuréza bola minimálna. Po 19.30 h si pacient začal sťažovať na nevoľnosť, líhal si na ľavý bok, TK 90/60, tachykardia do 128/min. Okolo 19.40 h sa náhle stal pacient neosloviteľným, s nemerateľným TK, s pomalou akciou srdca do 50/min. a lapavým dýchaním. Ihneď bola započatá KPR, pacient bol zaintubovaný, umelo pľúcne ventilovaný, vykonávaná bola nepriama masáž srdca. V priebehu KPR

bol podaný atropín 2 x 1 mg, noradrenalin kontinuálne, adrenalin 3 x 1 mg intravenózne. Po asi polhodinovej KPR bola táto pre neúspešnosť ukončená, o 20.15 h bol konštatovaný exitus letalis. Pacient exitoval tri hodiny od ukončenia operácie.

Pri pitve bolo zistené výrazne zakrvácané operačné pole, ktoré bolo zároveň jediným zdrojom krvácania, povolené stehy, ako aj uvoľnenie veľkého množstva krvi do brušnej dutiny a do pohrudnicových dutín - celkovo 1 450 ml.

### Zhodnotenie úradom

Jednoznačnou príčinou smrti pacienta bol hemoragický šok, ktorý sa rozvíjal od operácie hiátovej hernie paraezofagiálneho typu, na podklade chirurgického krvácania v operačnej rane, čo potvrdil i pitevný nález (1 450 ml krvi nájdených pri pitve v dutine brušnej a pohrudnicových dutinách), ale hlavne klinická diagnóza už od prekladu pacienta z operačnej sály na ARO.

Pri začínajúcich sa príznakoch šoku mal byť pacient okamžite transportovaný na operačnú sálu, mala byť u neho urobená chirurgická revízia s hemostázou a adekvátnou náhradou straty krvi. To by bola jediná šanca na záchranu života operovaného pacienta. Zhodnotenie stavu pacienta chirurgom v čase zhoršenia zdravotného stavu pacienta s poklesom TK a tachykardiou bolo neadekvátne. Išlo jednoznačne o nesprávne vyhodnotenie parametrov cirkulácie s nerevidovaním dutiny brušnej.

V súvislosti s uvedeným prípadom je možné usudzovať, že chirurgické pracovisko nemá dostatočné skúsenosti s laparoskopickou technikou týchto indikácií, čo vyplýva i z dĺžky operácie 4 hodiny 50 minút, keď priemerné časy týchto operácií sa pohybujú v polovičných hodnotách.

### Záver

**Zdravotná starostlivosť pacientovi nebola poskytnutá v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** v tom, že operátor pri začínajúcich príznakoch šoku neurobil u operovaného pacienta nutnú chirurgickú revíziu a hemostázu.

### Sankcie

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

## Amputovaný prst pri transporte zamrzol

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

60-ročný pacient dňa 22.06.2012 v čase okolo 15.00 h utrpel domáci úraz, zachytilo mu palec ľavej ruky do vrtačky, došlo k amputácii palca v úrovni I. metacarpu. Palec pacient priniesol so sebou do chirurgickej ambulancie. V zázname z vyšetrenia na chirurgickej ambulancii bol uvedený čas o 15.06 h. "...Obj.: Amputácia palca v úrovni I. metacarpu, ranová plocha asi 5 x 5 cm. Palec priniesli so sebou. Vzhľadom k tomu, že sa jedná o dominantný prst – dohovorené vyšetrenie na klinike plastickej chir. BA. Dg.:

Amputatio pol. man. l. sin. Th: Toilette, krytie, bandáž, Tetavax 1 amp. i. m., Inf. 500 ml FR + Tramal 100 mg i. v. Palec v roztoku FR obložený ľadom... “ Informovaný súhlas pacienta nebol v ZD preukázateľne zaznamenaný. Po ošetrení a podaní analgetickej liečby sa lekár rozhodol pre prevoz na kliniku plastickej chirurgie. Snažil sa dohovoriť preklad so službukonajúcim lekárom, s ktorým sa mu napriek opakovaným telefonátom nepodarilo spojiť. Prostredníctvom KOS bol zabezpečený transport RZP pacienta na vyššie pracovisko. Záchranárka RZP prevzala od sestry chirurgickej ambulancie amputát, ktorý bol uložený v plastovom vaku na NaCl v roztoku 0,9 % NaCl, obložený ľadom, zabalený v kompreske a jednorazovej podložke, na ktorej bol uvedený čas úrazu a čas zabalenia amputátu. Takto ošetrený amputát bol v tejto forme transportovaný a odovzdaný spolu s pacientom na vyššie klinické pracovisko. Transport pacienta trval 1 h 25 min. Počas transportu bol pacient stabilizovaný, bolesti neudával, s prítomným pravidelným a plným pulzom na periférii, s pravidelnou akciou srdca, s farbou kože ružovou, s normálnym neurologickým nálezom.

V čase o 17.21 h bol pacient vyšetrený v CPO ambulancii vyššieho klinického pracoviska, cit. zo zápisu vyšetrenia: „... Omotaný palec, vytiahnutý extenzor aj flexor palca. Pacient odoslaný...bez dohovoru. Amputatio pol. man. l. sin. pacient je pravák, palec prišiel zmrznutý vo fyziologickom roztoku, obložený ľadovými balíkmi. Replantácia je nemožná z dôvodu zmrznutého amputátu...“

Pacient bol indikovaný na príjem na kliniku plastickej chirurgie s riešením stavu v celkovej anestézii. Prijatý s objektívnym nálezom amputácie palca ľavej ruky, kožným defektom cca 4 x 4 cm, protrahujúcim kýpťom proximálneho falangu z rany. Diagnóza pri prijíme: Avulsio dig. I. manus l. sin., v ten istý deň realizovaná egalizácia, voľný kožný transplantát. Podľa stanoviska kliniky plastickej chirurgie išlo o avulzné poranenie, replantácia by nebola možná, ani keby nebol palec zmrznutý.

### Zhodnotenie úradom

Správne prvé ošetrenie amputačného pahýľa a samotného amputátu je prvým dôležitým krokom v celom liečebnom pláne. Replantácia prstov nie je iba otázkou výkonu samotného, ale podieľa sa na ňom predovšetkým spôsob primárneho ošetrenia poškodenej končatiny a amputátu a zabezpečenie správneho transportu pacienta. Pre úspešnú replantáciu je dôležitý dobrý stav základných štruktúr. Ischémia je doba od úrazu po obnovenie krvnej cirkulácie v amputáte. Rozdeľujeme ju na teplú a studenú.

Teplá ischémia je stav, pri ktorej je amputát nechladený, ponechaný pri teplote prostredia. Doba teplej ischémie, po ktorej je amputát prsta možné ešte replantovať, je zhruba 6 hodín.

Studená ischémia je stav, pri ktorej je amputát oddelený od tela a chladený na teplotu optimálne +4 °C. Doba studenej ischémie prstov by mala byť menšia než 24 hodín. Pre replantáciu je dôležitý celkový stav pacienta, ďalej rozsah zranenia, iné ďalšie zranenia, pridružené choroby - diabetes mellitus a pod., chybné ošetrenia pahýľa (škrtidlá, vysoké podväzy ciev spolu s nervovými kmeňmi), chybné ošetrenie amputátu (žiadne ošetrenie, amputáty plávajú, zmrznuté...). Snahou ošetrenia a transportu je dosiahnuť, aby ranová plocha amputátu neosychala, aby amputát bol vhodne chladený, aby ani po dlhšom transporte amputát nebol v hypotonickej vode, vzniknutej rozpustením ľadu. Ak stav

dovoľuje, pri primárnom ošetrení sa amputát nedezinfikuje, iba umyje izotonickým roztokom. Na ranovú plochu sa priloží dobre zvlhčené sterilné krytie (zásadne nie vata ani buničitá vata) a amputát sa vloží do improvizovaného vodotesného obalu. Takto ošetrený amputát sa chladí v zmesi vody a ľadu v inom improvizovanom obale - obal alebo nádoba naplnená vodou a ľadom v pomere 2 : 1 (voda 2 diely a 1 diel ľad). Amputát by mal byť optimálne chladený na teplotu +4 °C.

### Zistené nedostatky

Indikácia prekladu na vyššie pracovisko bola správna, ale v dohliadanom prípade nebola správne zabezpečená tzv. studená ischémia amputátu, ktorá predpokladá teplotu +4 °C a došlo k zmrznutiu amputátu počas transportu. Zistené boli aj nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie.

### Záver

**Zdravotná starostlivosť** pacientovi zo strany dohliadaného subjektu v dohliadanom období **nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**, nakoľko neboli správne vykonané všetky zdravotné výkony k zabezpečeniu amputátu počas transportu na vyššie pracovisko.

Zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ustanovením § 21 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. Uvedeným konaním došlo k porušeniu § 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z.

### Sankcie

Úradom bolo dohliadanému subjektu uložené prijať opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov.

## Nerozpoznaná začínajúca akútna koronárna príhoda u 78-ročného pacienta s následným úmrtím

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Dňa 27.09.2011 bol pacient prijatý na geriatriciu. Hospitalizácia bola odporúčaná ambulantným internistom (prevoz RZP) pre zhoršenie dýchania v posledných dňoch, nočné dyspnoe, spal posediačky, edémy DK, podozrenie na novovzniknutú fibriláciu predsiení a rozkolísaný diabetes (glykémia pri príchode RZP 1,9).

Išlo o polymorbídneho pacienta 45 rokov liečeného pre DM I. typu na inzulíne, komplikovaného diabetickou retinopatiou, nefropatiou s ľahkou renálnou insuficienciou, enteropatiou, angiopatiou a polyneuropatiou. Prítomná bola pokročilá generalizovaná AS, obliterujúca AS DK, ICHS s obrazom kardiálneho zlyhávania, syndróm angíny pectoris, chronická bronchitída, kašeľ, varixy predkolení, cholecystolitíáza, chronická pankreatitída, hypertrofia prostaty, vredová choroba žalúdka, polyp antra, s pozitívou HP

(eradikácia v GEA), časté močenie, občas inkontinencia, hypacusis, enukleácia pravého oka pre zápal (r. 2007).

Pri prijatí bol pacient pri vedomí, prítomné kľudové eupnoe, dýchanie vezikulárne bez vedľajších fenoménov, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, f 72/min, TK 140/80, brucho bpn, opuchy na DK do polovice stehien, pulzácie na periférnych artériách bilaterálne dobre hmatné. EKG: sínus rytmus, akcia nepravidelná, frekvencia 100/min, bez repolarizačných zmien. Realizované boli laboratórne vyšetrenia krvi a moču, GP. Ordinované boli hypotenzíva, diuretiká, vazodilatanciá, sympatolytiká, hypolipidemiá, digestíva, infúzia 10 % glukózy (1 x), HMR inzulín (podľa výsledkov GP). Klinické príznaky, ECHO kardiografické vyšetrenie (29.09.2011), ako aj laboratórne parametre (extrémne vysoká hladina NT - proBNP v sére) potvrdili diagnózu kongestívneho srdcového zlyhávania. Diuretickou liečbou ustúpili prejavy kongescie, ale objavili sa prejavy hypovolémie, dehydratácie, hypernatriémie, hyperchlorémie a urémie, s prejavmi zhoršovania parametrov renálnej insuficiencie. Dňa 03.10.2011 bolo realizované kontrolné EKG (v ZD sa nenachádza zhodnotenie). Po úprave diabetologickej liečby inzulínom bol GP vyhovujúci. Dňa 06.10.2011 bolo vykonané USG brucha so záverom – cholecystolitíza, cysta ľavej obličky, ťažko detekovateľný, nehomogénny pankreas. Počas hospitalizácie došlo ku kardiálnej rekompenzácii s úplným ústupom opuchov DK. Stav bol komplikovaný ischémiou PDK s obrazom cyanózy a výraznou bolesťovosťou. Následne bola realizovaná vazodilatačná a symptomatická terapia, po ktorej došlo k postupnému zlepšeniu stavu. Dňa 13.10.2011 bol vykonaný USG - Doppler cievneho systému, so záverom – t. č. bez známkov hlbokoj venóznej trombózy. Dňa 19.10.2011 bolo realizované kontrolné EKG vyšetrenie (v ZD sa nenachádza zhodnotenie).

Dňa 20.10.2011 o 11.00 h bol pacient preložený na ODCH. Pri prijíme bol pacient imobilný, bradypsychický, sťažaná komunikácia pre hypacusis, udával bolesti predkolenia PDK, kde boli prítomné kožné defekty, mierny tuhší opuch a zápalové zmeny, prítomné kľudové dyspnoe, bez stenokardií a palpitácií, TK 80/60, PF 90/min. Na EKG (opakovane) boli zistené známky IM: fibrilácia predsiení, descendentné depresie ST v II, aVF s negat. T, QS vo V1 - V5, elevácie ST vo V2 - V4.

Po zhodnotení výsledkov laboratórnych vyšetrení (vyššie hodnoty kardiospecifických enzýmov, aj hodnoty enzýmov subakútnej fázy) bol pacient po konzultácii s kardiológom preložený v ten istý deň o 19.45 h na koronárnu jednotku kardiologického oddelenia.

Po preliečení subakútneho IM prednej steny, pre sklon k hyperkaliémii, renálnej insuficiencii, dekompenzácií diabetu a rozvoj pravostrannej neurologickej symptomatológie (03.11.2011 – CT nález mozgu bez akútnej ischémie, či krvácania), bol pacient za účelom ďalšej liečby dňa 04.11.2011 preložený na internú kliniku.

Pre progresiu renálnych parametrov, extrémnu dehydratáciu a ťažký hyperosmolárny syndróm bol pacient 06.11.2011 preložený na JIS. Bola aplikovaná venózna rehydratačná liečba, ktorá zabezpečovala primeranú diurézu aj úpravu vnútorného prostredia. Pre hypostatický bronchopneumonický syndróm boli k liečbe pridané ATB, mukolytiká, suplementácia albumínu a venózných aminokyselín. Pre poruchu prehĺtania (pseudobulbárny syndróm) bola výživa aplikovaná sondou. Napriek komplexnej terapii aj celkovej starostlivosti stav pacienta progredoval, dňa 11.11.2011 o 15.15 h došlo k úmrtiu s príznakmi kardiálneho zlyhania. Patologicko-anatomická pitva nebola indikovaná.

## Zistené nedostatky pri výkone dohľadu

Dňa 19.10.2011 na geriatrii nebol rozpoznávaný asymptomatický priebeh incipientnej akútnej koronárnej príhody, čím u pacienta neboli vykonané potrebné diagnostické a terapeutické postupy a dňa 20.10.2011 bol nesprávne indikovaný preklad na ODCH. Na geriatrii neboli zhodnotené EKG vyšetrenia realizované 03.10.2011 a 19.10.2011. Na EKG 19.10.2011 bola fibrilácia predsiení s rýchlym prevodom na komory, QS vlna V1 - V4, elevácie ST segmentu vo zvodoch V2 - V4, negatívne vlny T v VI, aVL, V6, depresie ST segmentu neboli prítomné. EKG nález vlny QS a elevácií ST segmentu bol v porovnaní s predchádzajúcimi EKG záznamami nový. Na základe zmien na EKG malo byť vyslovené podozrenie na akútny IM, s následným vyšetrením kardiospecifických enzýmov, opakovaného EKG, s doplnením antiagregačnej terapie, s intenzívnym sledovaním hemodynamiky, arytmií a zabezpečením resuscitačnej pohotovosti. Vývoj IM bol rozpoznávaný až 20.10.2011, pri prijatí pacienta na ODCH, s následným prekladom na koronárnu jednotku.

## Záver

Úrad na základe záverov výkonu dohľadu preukázal, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

## Sankcie

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

## Bolesti chrbta ako predzvesť závažného ochorenia

### Z anamnézy, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

37-ročný pacient v anamnéze liečený pre vysoký TK, vyhľadal svojho lekára 14.12.2011 pre bolesti v chrbte medzi lopatkami. Neudával kašeľ ani teplotu, bola začatá myorelaxačno-analgetická liečba, indikované nesteroidné antireumatiká pre VAS. Pri kontrole o tri týždne bol stav bez zmeny, bolesti skôr v krížoch, stále odmietal PN. Bol vyšetrený aj neurológom s odporúčením pokračovania v liečbe, na RTG: osteochondrosis C4/C5 a známky diskopatie L5/S1, krátkodobo nastúpil PN.

Asi dva mesiace od začiatku ochorenia sa náhle objavila meléna, anémia, pacient bol prijatý na chirurgické oddelenie, kde bolo vykonané GFS vyšetrenie s nálezom kráterovitého ulkusu v bulbe duodena, vykonaný opich, krvné straty riešené podaním erythr. masy. Vykonané CT vyšetrenie LS úseku s nálezom paramediál. hernie disci L4/L5 vpravo a protrúzie disci L5/S1, na CT cervikálnej chrbtice konštatovaný normálny nález.

Pacient pokračoval v ambulantnej liečbe na rehabilitácii, kde fyzioterapeut kineziologickým rozborom zistil nesúlad klinického nálezu s popisom CT, a preto požiadal o vyhodnotenie CT nálezu iným poskytovateľom, ktorý popísal v panvových kostiach a okolitých štruktúrach ložiskové zmeny charakteru MTS. V tom čase pre zhoršenie stavu nasledovala

opäť hospitalizácia v nemocnici pre anemizáciu, slabosť. Opakované GFS nepreukázalo recidívu krvácania z ulkusu. Zahájená diferenciálna diagnostika s nálezom TU frontálne vpravo na CT mozgu neexpanzívne sa chovajúceho, na CT a USG brucha ascites a napokon CT pľúc preukázalo centrálny typ TU pľúc s mnohopočetnými MTS do pľúc, rebier, hrudných stavcov aj CNS. Pôvodne na RTG pľúc popisovaná centrálna pneumónia na CT nepotvrdená. Pacient bol preložený na špecializované pľúcne pracovisko, kde stanovená dg málo-diferencovaného adenoskvamózneho karcinómu s hlienotvorbou v pravých pľúcach s mnohopočetnými metastázami. Pre progresiu základného ochorenia pacient exitoval.

### Zhodnotenie úradom

Všeobecný lekár nedostatočne vyhodnotil anamnézu neustupujúcich bolestí chrbtice, ktoré sa aj napriek liečbe stupňovali. Nedostatočne manažoval pacienta na odborné vyšetrenia. V NsP nedostatočne vyhodnotili celkový zdravotný stav pacienta, komplexné interné vyšetrenie bolo vykonané neskoro. V nemocnici nesprávne vyhodnotili RTG pľúc a ako aj CT vyšetrenie skeletu, kde už boli prítomné známky malígneho ochorenia.

### Zistené nedostatky

Úrad dohľadom na mieste zistil, že všeobecný lekár nevykonal včas a všetky vyšetrenia, ktoré mohli viesť k skoršiemu zisteniu malígnej diagnózy pacienta. Od prvej návštevy pacienta pre bolesti v chrbte dňa 14.12.2011 nebolo ani raz realizované základné auskultačné vyšetrenie pľúc a srdca, ani základné biochemické vyšetrenia. Pri neefektívnej farmakoterapii boli len zamieňané rôzne preparáty z tej istej liekovej skupiny. Nadužívanie NSA nakoniec viedlo ku krvácaniu z ulcus duodeni a meléne. Neurologické vyšetrenie bolo realizované až 03.02.2012.

Počas prvej hospitalizácie na chirurgickom oddelení NsP CT vyšetrenie nebolo adekvátne vyhodnotené: neboli diagnostikované a popísané osteolytické metastázy v os sacrum a parciálne zachytených ilických kostiach. Aj pri druhej hospitalizácii bol postup zdĺhavý. CT pľúc bolo vykonané až po týždni, po stanovení chybnéj diagnózy centrálny pneumónie na RTG a interné vyšetrenie bolo u pacienta realizované až vlastne na záver hospitalizácie.

### Záver

Úrad vyhodnotil poskytnutú zdravotnú starostlivosť oboma poskytovateľmi ako nesprávne poskytnutú, pretože **boli porušené ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### Sankcie

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

### Doplnenie

Na postupe uvedených lekárov sa zrejme podieľal nesprávny stereotyp v manažmente pacientov s bolesťami chrbtice, kedy pri bolestiach chrbtice, ktoré sa liečbou nelepšia, ale stupňujú, je nutné myslieť predovšetkým na malígne ochorenia, ktorého prvotným prejavom môžu byť MTS.

## Napadnutie lesnou šelmou a následné ošetrenie na LSPP

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia, epikritické zhrnutie

Prešetrenie správnosti postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na LSPP po napadnutí lesnou šelmou. Pacient uviedol, že v sídle LSPP musel čakať na ošetrenie lekárom, ktorý ho nevyšetřil, nezmeral mu TK, len odobral anamnézu a odporučil ho na chirurgickú ambulanciu. Pacient namietal, že ho lekár nezaočkoval proti tetanu ani proti besnote. Na transport do nemocnice mu neposkytol sanitku a tiež namietal, že službukonajúci lekár bol pod vplyvom alkoholu (problematika nie je v kompetencii úradu). K napadnutiu medveďom došlo v odpoľudňajších hodinách dňa 17.06.2012 asi 200 m od domu v lese. Pacient bol schopný chôdze po vlastných nohách. Do ambulancie LSPP ho dopravil brat autom. Úrad zistil, že službukonajúci lekár LSPP bol v predmetný deň na výjazde o 16.45 h za iným pacientom na domácej adrese. Po návrate pacienta do ambulancie o cca 17.00 h lekár po odbere anamnézy usúdil, že pacient má len povrchové zranenia. Z nálezů LSPP: „...dnes okolo 16.05 h napadol medveď a spôsobil mu poranenia na hrudníku a oboch rukách – oderky...“ Chýbal objektívny nález, bola len žiadosť o ošetrenie smerovaná na chirurgickú ambulanciu.

Pacient bol privezený k ošetreniu na chirurgickej ambulancii autom (zápis 19.06 h) a poskytnutá zdravotná starostlivosť bola „lege artis“. Vykonané bolo aj RTG vyšetrenie hrudníka s cieľom vylúčiť prípadné vnútorné zranenie, čo sa nepotvrđilo. Hospitalizácia nebola indikovaná.

V nasledujúcich dňoch navštívil pacient svojho všeobecného lekára, kedy bol očkovaný proti tetanu a bol odoslaný na infekčologickú ambulanciu, kde absolvoval vakcináciu proti besnote.

### Zhodnotenie úradom

Na LSPP podľa dokumentácie nebolo vykonané objektívne vyšetrenie pacienta, aj keď bol správne odoslaný na vyššie pracovisko na ďalšiu diagnostiku. Lekár tým, že nevyšetřil pacienta, riskoval možné nepoznané závažné poranenie vnútorných orgánov pri útoku veľkej šelmy.

Poskytovateľ LSPP sa bránil voči námietke o neprivolání sanitky, že službukonajúci lekár predpokladal, že keď pacient bol privezený do ambulancie LSPP, bude pokračovať v ceste na chirurgiu tiež autom.

Na chirurgickej ambulancii po vyšetrení, RTG snímke a lokálnom ošetrení bol stav zhodnotený ako nevyžadujúci hospitalizáciu a bol odoslaný domov.

### Záver

Počas návštevy pacienta v ambulancii LSPP nebolo vykonané objektívne vyšetrenie. Úrad na základe záverov výkonu dohľadu preukázal, že **zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, v súlade § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

### Sankcie

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



## Hydronefróza po gynekologickej operácii

### Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie

52-ročná pacientka bola dňa 21.06.2011 o 7.21 h vyšetrená v gynekologickej ambulancii, kedy jej bolo vykonané gynekologické a USG vyšetrenie so záverom: uterus myomatosus, hypermenorhoe, cyclus irregularis. Na základe toho bola odoslaná na konziliárne vyšetrenie, ev. objednanie na operačnú liečbu na GPO spádovej nemocnice.

Na základe tohto odporúčenia a následného vyšetrenia bola dňa 26.09.2011 o 12.20 h prijatá na hospitalizáciu na GPO s diagnózou D25.0 - submukózný leiomyóm maternice. Pri prijatí: OA: hypertenzia, ICHS, asthma bronchiale, AA: Neudáva, GA: P 2 x, PM: 12.09.2011, TO: sledovaná pre uterus myomatosus, opakovane silná menzes, nepravidelná, progresia nálezů, odporúčené: operačná liečba. Gynekologické vyšetrenie: uterus zväčšený, adnexa bilaterálne bpn. Po prijatí bola ordinovaná liečba, objednaná krv a plánované anestéziologické vyšetrenie. Na druhý deň, t. j. 27.09.2011 bola vykonaná operácia – podľa operačného protokolu: laparotomia sec. Pfanenstiel, hysterectomia extrafascialis, adnexectomia bilateralis. Podľa popisu bola operácia vykonaná štandardne, bez komplikácií, krvná strata 150 ml, cievkovaný moč číry. Materiál bol odoslaný na histologické vyšetrenie. Počas hospitalizácie – celkovo 11 dní po operácii, bola pacientka pravidelne monitorovaná, dostávala infúziu, ATB a podpornú liečbu. Dňa 03.10.2011 bolo vykonané USG vyšetrenie s nálezom útvaru cca 3 cm nad pahýľom a dňa 06.10.2011 bolo vykonané USG oboch obličiek, bez známok dilatácie a mestnania, podľa doloženej dokumentácie. Pacientka bola dňa 07.10.2011 prepustená do ambulancie starostlivosti v primeranom pooperačnom stave, na 11. pooperačný deň; pri prepustení bola afebrilná, operačná rana bola pokojná. Pri prepustení mala odporúčené vzhľadom ku GIT ťažkostiam doriešenie stavu cestou gastroenterológa a ev. urológa, PN podľa stavu, hlásiť sa u obv. gynekológa, absolvovať kontrolu na ambulancii s výsledkom histológie, pokračovať v liečbe ATB. Podľa výsledku histologického vyšetrenia zo dňa 04.10.2011: ľavá adnexa - tuba s paratubárnou cystou, ovarium s folikulárnou cystou; pravé adnexa - bpn; leiomyóm; polypózne proliferáčné korporálne endometrium bez atypii epitelu, cervix bez patologického nálezů.

Po prepustení bola pacientka dňa 08.10.2011 prijatá na urologické oddelenie FN s diagnózou N13.3 - Iná a nešpecifikovaná hydronefróza. V náleze pri prijatí sa uvádza: Pacientka dňa 26.09.2011 po hysterectomii s adnexectomiou, prakticky od operácie bolesti v oblasti ľavého drieku, porucha obnovy pasáže, afebrilná, resp. len subfebrilná, včera prepustená... Záver pri prijatí: hydronefrosis I. sin., v. s. pooperačné zmeny? steh? kameň? USG: v ľavej obličke známky stázy I. – II. stupňa s dilatáciou aj kalichov. Plánované vyšetrenie IVU, CT, následne operačná revízia. Dňa 10.10.2011 v čase 13.00 – 13.28 h bola vykonaná operácia: ureterorenoskopia so zavedením uretrálnej cievky, nefrostomia punkčná I. sin. V popise operácie bolo uvedené, že asi 2 cm od ústia ureteru je stop, nedarí sa sondáž ureteru ani retrográdna pyelografia, preto vykonaná punkčná PCN, revízia močovodu t. č. nie je indikovaná. Dňa 12.10.2011 bola pacientka prepustená do ambulancie

starostlivosti; pri prepustení bola bez komplikácií, s odporúčením: pokoj, fyzické šetrenie, dostatok tekutín, kontrola na urologickej ambulancii po prepustení.

Druhá hospitalizácia pacientky na urologickom oddelení bola v dňoch 25.10.2011 – 05.11.2011. Pri prijatí sa v dokumentácii uvádza: Pacientka so zavedenou nefrostómiou vľavo, teraz jej nefrostómia nefunguje od 7.00 h, má bolesti v drieku, USG: ľavá oblička hydronefróza I. stupňa, nefrostómia sa javí korektne zavedená. Odporúčené objednať vyšetrenie – nefrostomogram. Dňa 28.10.2011 bola u pacientky vykonaná operácia: neointerferencia ureteris I. sin. Psoas Hitch. Operácia prebehla bez komplikácií, doba trvania 1 h 49 min. Pooperačný priebeh bol bez komplikácií, dňa 05.11.2011, t. j. na 8. pooperačný deň bola prepustená do ambulancie starostlivosti v dobrom stave. Odporúčené: kontrola u urológa do 14 dní, vtedy double pig teil ex, kontrola u obv. lekára, lieky dľa nastavenia.

### Zhodnotenie úradom

V nešťátnej gynekologickej ambulancii bolo dňa 21.06.2011 vykonané u 52-ročnej pacientky gynekologické a USG vyšetrenie so záverom: uterus myomatosus, hypermenorhoe, cyclus irregularis. Pacientka bola odoslaná na konziliárne vyšetrenie a objednanie na operačnú liečbu na gynekologicko-pôrodnické oddelenie spádovej nemocnice, kde bola dňa 26.09.2011 prijatá a nasledujúceho dňa jej bola vykonaná operácia: hysterectomia + bilaterálna adnexectomia. Pooperačný priebeh bol mierne komplikovaný subfebriliami a bolesťami brucha a chrbta. Opakovane bolo vykonané USG vyšetrenie, s negatívnym nálezom v zmysle poškodenia obličiek. Na 11. pooperačný deň bola pacientka prepustená do ambulancie starostlivosti v dobrom stave, s odporúčením gastroenterologického a urologického vyšetrenia.

Deň po prepustení bola pacientka privezená ZZS do FN, kde bola prijatá na urologické oddelenie s diagnózou: hydronefrosis I. sin. I. – II. stupňa. Bola vykonaná punkčná nefrostómia a pacientka bola prepustená do ambulancie starostlivosti.

Opakovane bola hospitalizovaná na urologickom oddelení bol v dňoch 25.10.2011 – 05.11.2011, kedy bola dňa 28.10.2011 vykonaná operácia – neointerferencia ľavého ureteru. Po analýze prípadu je možné konštatovať, že nebolo zistené žiadne pochybenie v spôsobe a forme poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientke.

Pacientke bola diagnostikovaná porucha menštruácie a myomatózný uterus a bola jej odporúčená vhodná a adekvátna operačná liečba, odstránenie maternice a vaječníkov, s čím pacientka súhlasila, o čom svedčí jej podpis v informovanom súhlase pred vykonanou operáciou. Operačný výkon bol vykonaný štandardne, štandardná bola aj pooperačná starostlivosť a vysoko nadštandardná bola dĺžka hospitalizácie pacientky – 11 dní, bežná doba hospitalizácie na Slovensku, ako aj vo svete je 3 - 5 dní. Správnosť vykonanej gynekologickej liečby potvrdil aj výsledok histologického vyšetrenia. Pri výskyte zdravotných ťažkostí u pacientky v pooperačnom období bola nasadená ATB liečba, boli vykonané USG vyšetrenia, ktoré nepreukázali poškodenie močovodov a obličiek u pacientky.

Po objavení sa komplikácií zo strany uropoetického traktu bola pacientka opakovane hospitalizovaná na urologickom oddelení, kde boli vykonané adekvátne diagnostické a liečebné postupy, ktorých výsledkom bolo prepustenie pacientky dňa 05.11.2011, t. j. cca 6 týždňov po gynekologickej operácii, z urologického hľadiska v doriešenom stave.

Dôležitým momentom pre hodnotenie celého podnetu bola doložená obrazová dokumentácia z USG vyšetrenia dňa 06.11.2011 s negatívnym nálezom v zmysle poškodenia močovodov a obličiek, ako aj skutočnosť, ktorú uviedol primár urologického oddelenia: „...sa v jazvovitom tkanive jednoznačne ligatúra močovodu nedokázala...“

#### **Záver**

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

## **Ani hospitalizácia a správna liečba nezabránili „najhoršiemu“**

#### **Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie**

54-ročný pacient bol od roku 2002 opakovane ambulantne a ústavne psychiatricky liečený. V júni 2011 bol prijatý v rámci pohotovostnej služby na psychiatrickú kliniku FN pre nebezpečenstvo z premeškania. Pacient bol privezený manželkou s tým, že doma nevedia stav zvládnuť, pretože napriek stanoveniu diagnózy (syndróm závislosti od alkoholu a depresívna symptomatika) a doporučenej liečbe túto „riadne“ nedodržiava, lieky si dávkuje svojvoľne, samovražednými vyhrážkami ich drží v šachu, akoby si nimi vynucoval pozornosť.

Po zaliečení bol pacient preložený na rajónne psychiatrické oddelenie, neskôr do psychiatrickej nemocnice, kde bola potvrdená diagnóza závislosti od alkoholu a benzodiazepínov, úzkostne-depresívna porucha a zmiešaná porucha osobnosti ako diagnóza trvalá, čo do možnosti psychofarmakologického ovplyvnenia a aj trvalého vplyvu na správanie pacienta. Hospitalizácia trvala nepretržite 5 mesiacov.

Na psychiatrickú kliniku FN bol znovu prijatý v novembri 2011, len po štyroch dňoch pobytu v domácom prostredí. Po prijatí u pacienta dominoval úzkostno-depresívny obraz so suicidálnymi proklamáciami pri základnej diagnóze osobnostnej poruchy, ktorú potvrdil aj psychologický retest. Napriek komplexnej liečbe u pacienta pretrvávala maladaptivita, odmietal pracovnú terapiu, bol málo aktívny, nesústredený. Posledný týždeň hospitalizácie bola s rodinnými príslušníkmi preberaná možnosť prekladu pacienta do resocializačného zariadenia s dôrazom na obnovenie fungovania režimu bežnej záťaže.

Dňa 24.12.2011 sa správanie pacienta nevymykalo z dlhodobého rámca a nenasvedčovalo pre bezprostredne hroziace zvýšené suicidálne riziko. Pacient bol personálom v doobedňajších hodinách nájdený obesený na plachte v priestoroch WC, bezodkladne bola začatá KPCR, bol privolaný lekár KAIM. Resuscitácia ako neúspešná bola ukončená o 11.30 h a bolo konštatované úmrtie.

Podľa pítevného protokolu príčinou smrti bolo zadusenie obesením.

#### **Zhodnotenie úradom**

Pacient bol hospitalizovaný na psychiatrickej klinike pre opakované suicidálne proklamácie. Vzhľadom na túto skutočnosť bola indikácia pre psychiatrickú hospitalizáciu

správna a jedine možná. Diagnostický proces a psychodiagnostika boli realizované podrobne a precízne. Podávaná terapia bola adekvátna psychickému obrazu.

Súčasný manažment suicidálneho pacienta nedisponuje ďalšími, resp. inými postupmi a opatreniami ako tými, ktoré boli v prípade hospitalizácie pacienta použité. V praxi sa, žiaľ, ojedinele stáva, že sa suicidálnej aktivite ani na uzavretom psychiatrickom oddelení zabrániť nedá, a to ani napriek maximálnemu úsiliu zdravotníckeho personálu. Súvisí to jednak s disimuláciou suicidálnych pacientov, ktorá v priebehu dňa osciluje a nedá sa s absolútnou presnosťou vyhodnotiť; v neposlednom rade to súvisí aj s impulzívnym konaním skratového typu, ktoré je prakticky nepredvídateľné.

#### **Záver**

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

## **Práca lekára v DD a DSS je pod drobnohľadom príbuzných**

Podanie syna pacientky, ktorý žiadal prešetrenie opodstatnenosti liečebných postupov a správnosti preskripcie liekov poskytovaných matke, klientke DD a DSS v okresnom meste.

Matka bola v starostlivosti lekárky prvého kontaktu - všeobecnej lekárky pre dospelých, na ktorú sa syn sťažoval. Syn žiadal prešetriť, či lieky boli predpisované matke odôvodnene. Syn adresoval sťažnosť aj iným inštitúciám a namietal nezrovnalosti v účtoch o zakupovaní liekov (problematika nie je v kompetencii úradu).

#### **Anamnéza, objektívne vyšetrenia, epikritické zhrnutia**

Matka podávateľka, 83-ročná pani, žila v DD a DSS a jej zdravotný stav bol charakterizovaný výraznou polymorbiditou. Trpela na bolestivú formu ICHS s paroxyzmami fibrilácie predsiení, stav kompenzácie zodpovedal zaradeniu do kategórie NYHA III. V minulosti prekonala infarkt prednej steny myokardu. Okrem toho mala viac rokov zistenú artériovú hypertenziu 3. stupňa s vysokým pripočítateľným KV rizikom podľa klasifikácie ESH/ESC. Do rámca celkovej AS spadala údaj v ZD o postihnutí mozgových ciev a tomu zodpovedajúci klinický obraz, KV profil dokresľovala abdominálna obezita. Ďalej boli prítomné prejavy polytopného VAS.

V priebehu dohliadaného obdobia sa v dokumentácii nachádzali opakované infekty močových ciest, denzitometricky bola verifikovaná osteoporóza, opakované konjunktivitídy; okrem toho seborrhoické verrucy gluteálnej a mammálnej oblasti, seborrhoická dermatitída capillitia. Pacientka bola v starostlivosti všeobecného lekára, internistu, dermatológa, ortopéda, oftalmológa, gastroenterológa. Chronická obscendentná neurotická porucha si vyžadovala sústavné kontroly psychiatrom. Navrhované endoskopické vyšetrenie GIT odmietla, čo potvrdila aj svojím podpisom (29.12.2011). Odmietla aj urologické vyšetrenie zamerané na predpis inkonti-

nenčných pomôcok (02.12.2011). V dokumentácii sa nachádzal údaj o predpisoch klopidoogrelu, bisoprololu, ACEI, atorvastatínu, risendronátu, vitamínu alfa D3, prevažne formou cenovo výhodných generických liekov, podľa potreby boli predpísané aj iné medikamenty (analgetiká, myorelaxanciá, antidepressíva a hypnotiká). Neindikovaný liek sa v dokumentácii nenachádzal. Laboratórne vyšetrenia boli ordinované v časových intervaloch, zodpovedajúcich súčasným poznatkom a predpisom. Z dokumentácie vyplývalo, že pacientke bola objednávaná sanitka na prevoz na kontroly ku špecialistom správne, pretože by prevoz mestskou hromadnou dopravou nezvládla vzhľadom na stav kognitívnych funkcií, KV aparátu a pohybového systému.

### Zhodnotenie úradom

Úrad nezistil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v dohliadanom období nedostatky. Pacientka bola vo vekovej kategórii starých osôb. Pre túto kategóriu sú charakteristické väčšinou pokročilé sklerotické zmeny, ktoré sa manifestujú na rôznych, aj vitálne dôležitých orgánoch. Pacientka bola vysoko riziková z hľadiska KV systému. Polymorbiditu zvyrazňovala aj osteoporóza, recidivujúce infekty močových ciest, gastrointestinálne a dermatologické problémy. Všetky uvedené diagnózy vyžadovali terapiu. Lieky v každej vekovej kategórii, ale v staršom veku obzvlášť môžu mať aj nežiaduce účinky, ktoré je povinnosťou lekára odhaliť a sledovať. Liečba v staršom veku vyžaduje tímovú spoluprácu so špecialistami, čo v prípade tejto pacientky bolo dodržané. V dokumentácii sa nenachádzal žiadny zbytočne ordinovaný liek, finančnú náročnosť sa lekárka snažila zmierniť predpisom generických liekov, ordinované vyšetrenia boli úsporné, v primeraných časových intervaloch. Vo vzorne vedenej dokumentácii nebol ani náznak polypragmázie, aj konziliárne vyšetrenia boli využívané úsporne. Žiaľ, spolupráca zo strany pacientky nebola vždy adekvátna (napr. odmietnutie vyšetrenia pred predpisom inkontinenčných pomôcok, či vyšetrenie GIT-u). Farmakoterapia bola racionálna, ordinovanie primeraného spektra vyšetrení bolo úsporné. Nebolo zistené žiadne pochybenie zo strany všeobecnej lekárky ani špecialistov, ktorí sa podieľali na poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

### Záver

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

## Infekcia vírusom EBV v zdravotníckom zariadení bola vylúčená

Prešetrenie podania pacienta a jeho hospitalizácie na internom oddelení okresnej nemocnice v dobe od 27.12.2010 do 29.12.2010 a chirurgickom oddelení tejto nemocnice od 29.12.2010 do 28.01.2011. Pacient žiadal konkrétne zistiť, či žltáčka, pre ktorú sa

následne liečil v dobe od 13.05.2011 do 15.06.2011, nevznikla z krvných transfúzií podávaných mu pri hospitalizáciách. Preto žiadal o preverenie transfúzií postupov počas oboch hospitalizácií v tejto nemocnici.

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

63-ročný polymorbídny pacient bol liečený inzulínom pre diabetes DM II. typu, zistený asi pred 25 rokmi a dispenzarizovaný diabetológom. Okrem toho bol liečený pre CHVI s ulcerami cruris a dispenzarizovaný dermatológom, liečený pre VAS, vertiginóznym syndrómom a stav po neurochirurgickom odstránení SH s neurologickou dispenzarizáciou; pre vredovú chorobu gastrooduodena bol liečený a dispenzarizovaný gastroenterológom, bol liečený pre hypertenziu NYHA II. Hematologicky bol dispenzarizovaný ako MDS (z cytologie kostnej drene), mal zistenú chronickú kalkulóznu cholecystitídu, inkontinenciu urinae II. st., prekonal pankreatitídu. V ZD pacienta sa nenachádzali záznamy o vyšetrení HBsAg, ani anti-HBc z predchorobia.

Dňa 27.12.2010 o 9.00 h bol pacient prijatý bez odporúčenia na interné oddelenie okresnej nemocnice s údajom, že si ráno pichol inzulín, ale následne sa nenajedol, prišlo mu zle, bol slabý, mal závrate. Po tom, ako vstal z postele po vyšetrení odpadol, pričom si udrel hlavu. Po páde nastala krátka porucha vedomia, vznikla povrchová tržná ranka v záhlaví. Po zdvihnutí DK sa prebral, bol pri plnom vedomí, úplne orientovaný, nezvracal. Prijímacie diagnózy, indikujúce hospitalizáciu boli: vertiginóznym syndrómom s kolapsom, v. s. pri anémii, DM 2. typ na inzulínoterapii, ulcera cruris venosa l. sin. CHVI DK, MH WHO II. Laboratórny screening potvrdil výraznú anémiu: Ery 2,56, HGB 76,0, Hct 0,25, Leu 9,90, str. obj. Ery 96,9, Vit. B12 117, Fe 14,7, CVK 35,7, albumín 26,92, glyk. 13,66, urea 14,03, bielk. 56,5, hepatálne testy boli v norme – GGT 0,27, AST 0,12, ALT 0,13, ALP 0,80, Bi celk. 6,7, koagulačné testy v norme, KS A Rh pozit.

Pre úraz hlavy po kolapse bolo 27.12.2010 o 11.26 h uskutočnené CT mozgu s nálezom status lacunaris bilater., mikrovaskulárna leukoencefalopatia v corona radiata – dif. atrofia mozgu, kalcifikáty v ACI a v AV, bez čerstvých ložiskových zmien. Pacient bol následne indikovaný na hemosubstitúciu a dostal transfúziu resuspendovaných erytrocytov, s odrazom mierneho zlepšenia v KO. Boli korigované hodnoty glykémie inzulínom, nasadená infúzna vazoaktívna a nootropická liečba, stav bol hemodynamicky stabilizovaný. V deň prijmu mal ale pacient o 17.30 h melénu, bolo preto privolané chirurgické konzílium so záverom predpokladaného krvácania z horného GIT, s odporúčaním GFS vyšetrenia, hemostyptík a pokračovania hemosubstitúcie, aj dopĺňania cirkulačného objemu infúziami. Pacient dostal v ďalšej liečbe Ery substitúciu vo forme EBR, pretrvával však ťažký anemický syndróm.

Dňa 28.12.2010 bolo realizované GFS vyšetrenie s nálezom subakútneho, kapilárne hemoragického, prepylorického vredu Forrest III v kongestívnom okolí, HP negat., malá sklzná hiatová hernia, bledosť slizníc. Po vyšetrení bola doplnená hemostyptická liečba a zaistený monitoring preložením pacienta na JIS, pre febrilitu pri infikovanom vrede ľavého predkolenia bola indikovaná liečba dvojkombináciou ATB.

Pre pretrvávanie anemického syndrómu aj po podaní 4 transfúzií jednotiek EBR bol pacient dňa 29.12.2010 preložený o 11.00 h na CHO. Počas hospitalizácie na CHO pokračovala konzervatívna liečba podávaním hemostyptík, dopĺňaním cirkulujúceho volumu

a opakovanými transfúziami EBR, inzulinoterapiou, pokračujúcou ATB a antiulkusovou liečbou. Táto liečba bola ešte pri konziliárnom vyšetrení hematológom doplnená jednorazovo podaním Erythropoetinu pri diagnostickom závere konzília: Multifaktoriálna anémia - v popredí MDS a krvné straty pri chronickom varikóznom komplexe s ulcerami cruris a pri hemoragickom prepylorickom ulkuse. Ďalším vyšetrením bolo kolonoskopické so záverom, že prezretý úsek hrubého čreva je t. č. bez patologického nálezu. Celková liečba bola doplnená lokálnou liečbou ulcerácií predkolenia pri prevážoch a po internom predoperačnom vyšetrení voľnou kožnou plastikou, vykonanou dňa 24.01.2011 v celkovej anestézii. V priebehu liečby boli dosiahnuté vyrovnanejšie hodnoty glykémii, hodnoty KO (17.01.2011) boli zlepšené: Ery 3,57, HGB 106, Hct 0,35, Leu 6,3, str. obj. Ery 98,6. Dňa 28.01.2011 bol pacient v zlepšenom stave prepustený na ambul. liečbu hypochrómnej anémie.

Po 105 dňoch od ukončenia tejto hospitalizácie bol pacient hospitalizovaný v dobe od 13.05.2011 do 15.06.2011 na infekčnom oddelení nemocnice pre akútnu hepatitídu typ B, ikterickú formu s prolongovaným priebehom a akútnu EBV virózu. Obe diagnózy boli sérologicky potvrdené.

Podľa transfúznej dokumentácie z okresnej nemocnice boli v uvedenej nemocnici v rámci zdravotnej starostlivosti pripravované pre pacienta transfúzne lieky – EBR krvnej skupiny A Rh pozit. Celkovo bolo pacientovi na internom a CHO podaných 9 transfúzných jednotiek EBR. Ani pri jednom z týchto 9 krvných prevodov nebola zaznamenaná transfúzna reakcia. V súvislosti so žiadosťou úradu o súčinnosť vykonala NTS kontrolné vyšetrenia virologických markerov darcov, z krvi ktorých boli vyrobené vyššie uvedené transfúzne lieky. Tieto vyšetrenia boli robené s odstupom najmenej 6 mesiacov od hore uvedených odberov buď pri ich ďalších darovaniach krvi, resp. cielene na predvolanie v rámci kontroly v súvislosti so žiadosťou úradu o vyšetrenie na kontakt s hepatitídou B. Rozhodujúcimi boli hlavne dve realizované vyšetrenia: HBsAg (povrchový antigén VHB) a anti-HBc (protilátky proti jadrovému antigénu VHB), urobené boli však aj ďalšie (a-HCV, HIV Ag/Ab, RRR TPHA), tiež s negatívnym výsledkom. Celé vyšetrenie je zdokumentované v zdravotnej dokumentácii NTS, pre každého darcu zvlášť.

### Zhodnotenie úradom

Po preskúmaní predloženej zdravotnej dokumentácie možno zhrnúť, že poskytnutá zdravotná starostlivosť bola správna. Indikácia na hemosubstitúciu pri anémii z kombinovaných krvných strát (chronických z ulcerózneho defektu predkolenia a akútnych z hemoragického prepylorického vredu) bola správna a konzultovaná hematológom vzhľadom na suspektný MDS. Bol zvolený správny typ krvných derivátov v primeranom množstve, ku aktuálnej potrebe hemosubstitúcie a liečba anémie bola doplnená medikáciou hematológa. Iné zdroje krvácania boli vylúčené ďalšími vyšetreniami. Všetky povinné štandardné predtransfúzne vyšetrenia boli urobené ako na strane darcov NTS pred odbermi a pri spracovaní transfúzných prípravkov, tak aj na strane príjemcu pred i po každej transfúzii, vrátane sledovania počas krvného prevodu. Každý prevod bol robený štandardným spôsobom jednorazovými transfúznymi súpravami, vylučujúcimi prípadnú dodatočnú kontamináciu transfundovaného prípravku infekčným agens. Po overení negativity aktuálneho virologického statusu všetkých darcov, podieľajúcich sa na krvnej

donácii pre pacienta (vrátane daryne, ktorá na vyšetrenia prišla zo zahraničia) kombináciou sérologických testov – virologických markerov HBsAg a anti-HBc bol u nich jednoznačne vylúčený kontakt s infekčnou hepatitídou B. Časový odstup týchto vyšetrení >6 mesiacov od odberov darovanej krvi zohľadňuje aj vylúčenie kontaktu darcov s infekciou v tzv. diagnostickom okne. Z vykonaného prešetrenia vyplýva, že uvedené transfúzne prípravky, ktoré boli pacientovi podané v dohliadanom období, jednoznačne nemohli byť zdrojom infekcie EBV.

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky v poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

### Záver

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

### Doplnenie

Vo výnimočných prípadoch nestačí na jednoznačné uzavretie dohľadu dôkladné preskúmanie a zhodnotenie ZD. Vtedy vylúčenie pochybenia, zavinenia treba podoprieť aj časovo a finančne náročnými vyšetreniami.

## „Mlčať zlato“ - neplatí vždy

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Vysokoškolsky vzdelaná 27-ročná prvoroďička bola prijatá (r. 2011) na pôrodnú sálu v termíne pôrodu s odtekajúcou plodovou vodou a pravidelnou pôrodnou činnosťou. Do dvoch hodín od prijatia porodila zrelého, novorodenca ženského pohlavia (3 200 g/50 cm). V deň pôrodu aj nasledujúci deň prebiehalo šestonedelie fyziologicky.

Druhý deň po pôrode pacientka vo večerných hodinách udávala bolesti v hrudnej chrbtici bez vyžarovania a bez ťažkosti s dýchaním (bolesť charakterizovala ako „blok“ od chrbtice). Pri vyšetrení službukonajúcou lekárkou bola pacientka kardiopulmonálne kompenzovaná, iné ťažkosti neudávala. Vzhľadom na prítomný spazmus paravertebrálnych svalov bol stav uzavretý ako bolesť vertebrogénneho pôvodu. Ordinovaný bol Almiral i. m. a pokoj na lôžku, bolesti ustúpili a pacientka cez noc spala.

Bolesti rovnakého charakteru sa znovu objavili počas rannej toalety. Pri vyšetrení primárom oddelenia (cca o 8.00 h) bol potvrdený spazmus paravertebrálneho svalstva a palpáčna bolestivosť Th chrbtice - bez vyžarovania a problémov s dýchaním. Gynekologický a kardiopulmonálny nálež boli v norme (TK 115/75, PF 82/min). Ordinovaná bola infúzna liečba s Novalginom, po ktorej opakovane došlo k ústupu obtiaží. Naplánované bolo interné vyšetrenie. Zdravotná sestra kontrolovala tlak, pulz, teplotu o 10.00 h a o 12.30 h (v norme). Pacientka v tomto období mala návštevu, pospávala a kojila. O 12.40 h bola k pacientke privolaná zdravotná sestra - pre náhly nepokoj, strach a lapavé dýchanie. Sestra aplikovala kyslík a privolala lekára. Už pri príchode lekára (cca o 2 min) bola pacientka cyanotická, nedýchala, akcia srdca sa nedala zachytiť. Okamžite bola začatá KPR

a bol povolaný tím OAIM, ktorý následne v resuscitácii pokračoval. Po objavení sa akcie na monitore bola pacientka prevezená na OAIM, kde intenzívna KPR pokračovala. Na OAIM bola po cca 70 min resuscitácia ukončená konštatovaním exitu pacientky.

### Výber z pitevného protokolu

Príčina smrti: Tamponáda srdca

Ostatný nález: Rázštepová výdutina hrudnej a brušnej srdcovnice, roztrhnutie vzostupnej časti hrudníkovej srdcovnice so zakrvácaním do osrdcovníkového vaku

Základná choroba: Erdheimova idiopatická cystická medionekróza srdcovnice

### Zhodnotenie úradom

Erdheimova idiopatická cystická medionekróza je degeneratívne ochorenie, pri ktorom sa v tunica media aorty hromadia amorfné bazofilné hlienovité hmoty charakteru kyslých mukopolysacharidov, ktoré v stene tvoria mnohé drobné ložiská až jazierka. V týchto miestach potom zanikajú elastické vlákna aj vlákna hladkej svaloviny, ktoré sú následne nahradené väzivom. Klinické príznaky sú minimálne a ochorenie má vo väčšine prípadov fatálny priebeh. Toto ochorenie je mimoriadne vzácné, vyskytuje sa najčastejšie po 40. roku života a 2/3 pacientov sú muži.

### Záver

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

### Doplnenie

Pacientka v prenatálnej poradni ani po prijatí do pôrodnice neuviedla nasledujúce údaje: Ako 15 ročná (1999) bola vyšetrená u kardiológa s nálezom prolapsu mitrálnej chlopne bez insuficiencie - mala odporučené nepreťažovať organizmus, nepretekať, absolvovať kontrolu o rok. V rodinnej anamnéze mala už vtedy údaj o úmrtí otca na IM a diagnostikovaný prolaps mitrálnej chlopne u sestry.

Kontrola (2000) – voľnejšia mitrálna chlopňa, ľahko prepadáva, bez insuficiencie, väčšia pravá komora - odporúčenia ako pred rokom.

Kontrola (2002) – voľnejšia mitrálna chlopňa, bez insuficiencie, dilatácia aortálneho koreňa - odporúčenia ako predtým.

V r. 2004 mala pacientka odporučené kardiologické vyšetrenie pred nástupom na vysokú školu, ktoré neabsolvovala.

V r. 2007 pri prehliadke u všeobecného lekára uviedla, že sestra zomrela na „srdcovú chybu“. Ani vzdelaný pacient nemusí pri odbere anamnézy poskytnúť pravdivé údaje.

## Kolaps po injekcii

### Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie

23-ročná pacientka v podnete opísala predmetnú udalosť takto: „V pondelok 11.06.2012 ma pod ľavou pazuchou poštípala včela. Mamina mi dala Alerid, Fenistil. Okolo vpiču mi ruka napuchla a svrbela, v utorok večer ma celá ruka začala bolieť. V stredu 13.06.2012 ráno som išla k mojej všeobecnej doktorke, ktorá mi naordinovala injekciu Dithiadenu. Na vedľajšie účinky injekcie ma upozornila iba slovami „dnes budete taká utlmená,“ na čo som odpovedala, že si vybavím v práci na zvyšok dňa voľno a pôjdem domov. Taktiež sa ma spýtala, ako som prišla do ambulancie - či šoférujem a odpovedala som, že som prišla pešo. Už mi podala iba recepty a povedala, že injekciu mi pichne sestrička. Sestrička sa ma pýtala, či som prišla sama, na čo som začudovane odpovedala, že áno (čudovala som sa, prečo by 23-ročná žena mala ísť so štípancom k doktorke s mamou). Injekciu mi pichla šikovne do pravého sedacieho svalu a naznačila, že to je všetko, že môžem ísť.

Hneď z ambulancie som sa išla objednať k odbornej lekárke, postavila som sa ku dverám a čakala, kým vyjde sestrička, aby som nerušila klopaním. Zrazu som pocítila silný a rýchly nával únavy (niekoľkonásobne silnejší ako tesne pred zaspátím). To bolo asi 10 - 15 minút po podaní injekcie. V jednej sekunde som si uvedomila, že injekcia účinkuje, chcela som si sadnúť na voľnú stoličku, ale v druhej sekunde som už o sebe nevedela. Odpadla som. Nestihla som spraviť ani pol kroka a ani nič povedať. Chvíľu sa mi niečo snívalo a potom som sa precítila a zistila, že nado mnou stoja ľudia. Povedali mi, že som sa asi udrela o dvere, keď som padala a že vraj som asi na 30 sekúnd stratila vedomie, kým ma prebrali.“

Pacientka v podaní namietala, že lekárka pri aplikácii injekcie nezobrala do úvahy jej nižšiu telesnú hmotnosť (53 kg) a že ju o možných nežiaducich účinkoch lieku dostatočne neinformovala. Následkom kolapsu utrpela poranenie hlavy, kvôli ktorému bola hospitalizovaná v nemocnici, čo dávala do súvisu s aplikáciou predmetnej injekcie.

V ZD predloženej dohľadaným subjektom sa nachádzal lekársky nález všeobecnej lekárky zo dňa 13.06.2012 o 9.20 h, v ktorom sa uvádza, že pacientka bola poštípaná včelou s lokálnym nálezom opuchu mediálnej strany (nešpecifikované čoho) a dg záverom: lokálna kožná reakcia po poštípaní včelou, dop. podaný Dithiaden 1 amp. i. m, predpis lieku Alerid. Nález bol doplnený podpisom informovaného súhlasu pacientky s liečbou. V stanovisku všeobecnej lekárky k predmetnej veci sa okrem iného uvádzalo, že menovanú pacientku evidovala od r. 2009, bola dispenzarizovaná imunoalergológom pre chronickú alergickú rinitídu v trvalej liečbe antihistaminikami. Dňa 13.06.2012 o 9.22 h ju vyšetřila pre údaj poštípania včelou pred 2 dňami na mediálnu stranu ľavej paže, so subjektívnymi ťažkosťami charakteru svrbenia, mierneho opuchu a začervenania, išlo o lokálnu kožnú reakciu. Pacientka udávala, že sa jej stav po aplikovanej domácej liečbe nezhoršuje, ale že má ešte svrbenie kože. Preto na urýchlenie ústupu svrbenia kože, zvolila aplikáciu Dithiaden 1 amp., o redukcii dávky neuvažovala, nakoľko pacientka nie je asthenického ani malnutričného habitu a nelieči sa na žiadne z ochorení, ktoré by vyžadovalo redukciiu dávky dospelého jedinca. Pacientku vopred informovala o podaní

injekcie, ako aj o vedľajších účinkoch a to náležite veku a predpokladanému vzdelaniu. Povedala jej, že liek má tlmivé účinky, že v ten deň nemá ísť do práce a informovala sa, či neprišla na vyšetrenie motorovým vozidlom, ktoré sa nesmie viesť po podaní lieku, na čo pacientka odpovedala, že v práci má voľno a do ambulancie prišla pešo. S podaním lieku pacientka súhlasila, následne jej bol liek aplikovaný sestrou. Pacientku v ten deň neposielala na žiadne iné vyšetrenia, ale do domáceho liečenia. Neskôr ju z inej ambulancie informovali o kolapse pacientky, nakoľko lekárka v ambulancii vyšetruovala ďalšieho pacienta, vyslala svoju zdravotnú sestru, aby odprevadila pacientku na chirurgické vyšetrenie. V závere uviedla, že u pacientky nepredpokladala takúto reakciu na antihistaminikum, nakoľko bola dlhodobo liečená antihistaminikami bez akýchkoľvek vedľajších reakcií a domnieva sa, že príčina kolapsu nemusela súvisieť s podaním Dithiadenu.

### Zhodnotenie úradom

23-ročná pacientka po podaní vnútrošvalovej injekcie antihistaminika podľa jej údajov za 10 - 15 minút náhle skolabovala pred ambulanciou iného lekára. Bola krátko v bezvedomí a pri páde si poranila ľavé horné viečko, ktoré jej následne ošetrili sutúrou na chirurgickej ambulancii a pre kolapsový stav s traumou hlavy a ľahkým otrasom mozgu bola 3 dni observovaná na OÚCH s negatívnym CT nálezom mozgu v zmysle traumatických zmien. Po demite bola pacientka pre diskretnú ľavostrannú pyramídovú symptomatológiu opakovane vyšetrená neurológom, ktorý suponoval na možný perinatálny pôvod symptomatológie, resp. hypoxiu po operácii v ranom detstve, demyelinizačné ochorenie sa vyšetrením MR mozgu vylúčilo.

Záznam o predmetnom ošetrení pacientky v ambulancii všeobecnej lekárky pre dospe-  
lých zo dňa 13.06.2012 je menej zrozumiteľný pre „preklepy“ v texte, ale jeho význam je jasne interpretovateľný, je presne cielený na aktuálne ťažkosti pacientky, veľmi stručne popisuje zistený objektívny nález, uvádza diagnostický záver a odporúčenú liečbu. Jeho forma je akceptovateľná pre prax všeobecného lekára. Pacientka bola ošetrojúcou lekárkou náležite poučená o tlmivých účinkoch lieku, ktorý jej lekárka ordinovala na vnútrošvalové podanie, pričom sa lekárka uistila aj o tom, že pacientka nebude viesť osobné motorové vozidlo. Toto vo svojom podaní potvrdzuje aj samotná pacientka, z legislatívnej stránky bol tento proces potvrdený podpisom informovaného súhlasu pacientky s liečbou. Ordinovaná parenterálna medikácia bola následne aplikovaná zdravotnou sestrou, ktorá po podaní injekcie dovolila pacientke z ambulancie odísť bez výzvy na krátke zotrvanie v čakárni kvôli bezprostrednému odsledovaniu po aplikácii lieku.

Lekárka vo svojom stanovisku uviedla, že vzhľadom k opakovanému užívaniu antihistaminík pacientkou v predchorobí neočakávala reakciu na túto medikáciu. Podľa SPC lieku Dithiaden sol. inj. patrí k terapeutickým indikáciám účinnej látky bisulepínu, ktorá sa v 2 ml ampulke nachádza v koncentrácii 1 mg, aj alergická reakcia po uštipnutí hmyzom. V dávkovaní sa odporúča postupovať individuálne podľa povahy ochorenia a znášanlivosti, pričom na začiatku sa odporúča podávať vyššie dávky a ďalej sa riadiť intenzitou účinku lieku a únosnou mierou ospalosti. Injekčný roztok sa môže podávať i. m. alebo pomaly i. v. Dospelým sa môže podať denne 4 – 8 mg. Odhadovaný výskyt nežiaducich účinkov je 10 – 15 %, častejšie u detí a starších ľudí, prevláda celkový útlm s rizikom zníženej pozornosti, k možným anticholinergickým účinkom patria aj poruchy TK, predáv-

kovanie sa prejaví útlmom až spavosťou s anticholinergnými príznakmi, centrálné tlmivé efekt sa u experimentálnych zvierat prejavoval až pri dávkach, ktoré boli rádovo dvakrát vyššie ako antihistaminové.

Na základe vyššie uvedených zistení úrad konštatoval, že v predmetnom prípade všeobecná lekárka po vyšetrení pacientky stanovila zodpovedajúci diagnostický záver a zvolila primeranú antialergickú liečbu, v ktorej úvode sa vzhľadom k rozsahu lokálnej reakcie správne rozhodla pre parenterálnu aplikáciu antihistaminika bisulepínu za účelom urýchlenia účinku liečby.

Ordinovaná dávka lieku, forma i spôsob podania bol správny, v súlade s SPC lieku, nebol dôvod na redukcii dávky, ktorá zďaleka nedosahovala maximum dennej dávky lieku. Tvrdenie pacientky, že jej mala byť dávka lieku vzhľadom na jej telesnú hmotnosť a konštitúciu redukovaná, nemá opodstatnenie a nemožno ho akceptovať. Spôsob poučenia interpretovaný z vyjadrení oboch strán sa javí ako dostatočný, nakoľko aj v SPC lieku je ako nežiaduci účinok popisovaný útlm, na ktorý bola pacientka upozornená vrátane zákazu viesť motorové vozidlo. Následný kolaps pacientky (asi 10 - 15 minút po odchode z ambulancie dohliadaného subjektu - podľa údajov pacientky v podnete) nie je možné posúdiť tak jednoznačne, ako to konštatovala pacientka. Pri rešpektovaní celej škály diferenciálne diagnostických príčin kolapsu a posúdení priebehu konkrétnych udalostí predmetného prípadu vrátane následne zistenej diskretnéj neurologickej symptomatológie datovanej do predchorobia až perinatálne nemožno jednoznačne tvrdiť, že podanie vnútrošvalovej injekcie lieku Dithiaden bolo jednoznačnou príčinou kolapsu, najmä ak sa akceptuje fakt, že pacientka dlhodobo užívala iné antihistaminiká bez akýchkoľvek vedľajších reakcií.

### Záver

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

## Zhoršenie zdravotného stavu dieťaťa po očkovaní?

Podávateľ podnetu na úrad predpokladal, že očkovanie - podanie kombinácie vakcíny PRIORIX a PREVENAR vo veku 15 mesiacov, spôsobilo ochorenie jeho syna. Po očkovaní sa objavil „encefalický krik,“ v následnom roku 13 x - ochorenie sprevádzané hnačkami, teplotami a retardáciou vývoja so zmenou správania, ktoré bolo uzatvorené ako porucha psychického vývoja v zmysle autizmu a malabsorbčného syndrómu.

### Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie

Dieťa zo 4. fyziologickej gravidity (predtým mala matka 2 x spontánny potrat, jedno dieťa zdravé), pôrod v 40. týždni, skalená plodová voda, pôrodný traumatizmus (fraktúra klavikuly, syndróm modrej masky, kefalhematóm) s dobrou popôrodnou adaptáciou a s následným ikterom. Do jedného roku života - do mája 2008, bolo vyšetrené celkom 6 x (návšteva doma po narodení, 3 x vyšetrenie na LSPP - z toho 2 x pre infek-

preliečený antibiotikami, 2 x bolo vyšetrené v ambulancii – pre infekť bez ATB liečby). Dňa 07.05.2008 bola realizovaná 12-mesačná preventívna prehliadka. Tá bola okrem nálezu plagiocefálie s primeraným nálezom. Súčasťou preventívnej prehliadky bolo preočkovanie dieťaťa 3. dávkou INFANRIX HEXA.

Dňa 21.05.2008 bolo dieťa vyšetrené v ambulancii zmluvnej VLDD s diagnózou gastroenteritídy, liečenou symptomaticky. Odporučená bola kontrola podľa potreby, na kontrolu sa matka s dieťaťom nedostavila.

Dňa 04.06.2008 bolo dieťa zdravé. Bolo zaočkované 1. dávkou vakcíny proti pneumokokovým ochoreniam PREVENAR. Súčasťou záznamu je informovaný súhlas a poverenie pacienta, resp. zákonného zástupcu. Podľa stanoviska zmluvnej VLDD bola u dieťaťa plánovaná ďalšia preventívna prehliadka s preočkovaním v 15. mesiaci.

Ďalšia návšteva v ambulancii zmluvnej VLDD bola dňa 12.08.2008. Rodič dieťaťa udával, že dieťa malo okolo obeda zvýšenú telesnú teplotu okolo 38,2 °C. Dieťa nezvracalo, hrdlo bolo pokojné, objektívny nález chudobný, stav bol hodnotený ako „dentitio“. Odporučená bola kontrola podľa potreby.

Pri ďalšej návšteve dňa 19.08.2008 bola vykonaná preventívna prehliadka vo veku 15 mesiacov. Dieťa bolo zdravé, klinickým vyšetrením nezistená patológia, psychomotorický vývoj hodnotený v norme. Súčasne bola dieťaťu aplikovaná očkovacia látka PRIORIX a 2. dávka PREVENARU (na rôzne miesta tela). Informovaný súhlas v zdravotnej dokumentácii nebol preukázateľne zaznamenaný. Podľa stanoviska zmluvnej VLDD bolo dieťa zaočkované so súhlasom rodiča, ktorý bol v ambulancii prítomný počas celej doby poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa stanoviska zmluvnej VLDD a podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii rodiča nehlásili nežiaduce účinky očkovania.

Nasledujúca návšteva v ambulancii zmluvnej VLDD bola dňa 30.09.2008 (6 týždňov po kombinovanom očkovaní) - uvádzané boli hnačky 3 x, zvracanie 1 x, zvýšená telesná teplota 38,5 °C. Dieťa bolo dobre hydratované. Stav bol záverovaný ako akútna gastroenteritída. Odporučená bola symptomatická liečba, realizovaný bol výter z rekta (enteropatogénne E. coli negat.).

V období od októbra 2008 do apríla 2009 bolo dieťa vyšetrené 3 x na LSPP:

dňa 01.12.2008 – pre infekť horných ciest dýchacích, dentíciu, febrilitu, odporučené boli ATB, antipyretiká, hospitalizácia pri neklesaní teploty, inak kontrola u svojho zmluvného VLDD o 3 alebo 4 dni,

dňa 29.03.2009 – pre zvýšenú telesnú teplotu, dentíciu,

dňa 09.04.2009 – bola stanovená diagnóza: scarlatina, odporučená ATB liečba, kontrola o týždeň.

Kontrolné vyšetrenie realizované v ambulancii zmluvnej VLDD bolo iba dňa 20.04.2009, dieťa bolo bez ťažkostí, exantém ustúpil podľa udania rodiča nasledujúci deň po výsype. Auskultačný nález bol v norme, hrdlo pokojné. Moč chemicky negatívny. Pri recidíve choroby boli odporučené odbery.

Dňa 17.08.2009 bolo dieťa vyšetrené na LSPP s diagnózou akútna rinofaryngitída a angína s antibiotickou liečbou, na kontrolu do ambulancie zmluvnej VLDD sa dieťa nedostavilo.

V ambulancii zmluvnej VLDD bolo dieťa následne vyšetrené dňa 21.10.2009 s dva dni

trvajúcimi zvýšenými teplotami (39,1 °C), výtokom z nosa, bez kašľa. Posluchový nález bol bez vedľajších fenoménov, hrdlo ružové, brucho bez patologického nálezu, dutina ústna čistá. Stav bol záverovaný ako viróza, odporučená bola symptomatická liečba, kontrola s močom o 2 dni. Na kontrolu sa dieťa nedostavilo.

Nasledujúca návšteva v ambulancii zmluvnej VLDD bola realizovaná dňa 12.05.2010. Dieťa absolvovalo preventívnu prehliadku v treťom roku života. Konštatovaná psychomotorická retardácia. Dieťa bolo odoslané na neurologické vyšetrenie, pedopsychiatrické vyšetrenie, ORL vyšetrenie, logopédiu a urologické vyšetrenie (pre zrasty prepuciálneho vaku).

Podľa vyjadrenia zmluvnej VLDD pred touto návštevou v ambulancii bola lekárka na návšteve v domácnosti rodiny dieťaťa v súvislosti s narodením 3. dieťaťa v rodine – dňa 13.04.2010. Matka sa vtedy sťažovala na problémy s rečou dieťaťa, nechutenstvo, nutnosť plienkovania, nemožnosť zaradiť dieťa do kolektívneho zariadenia. Lekárka sa s matkou dohodla, že sa matka s dieťaťom dostaví do ambulancie na trojročnú prehliadku a problémy začnú riešiť.

Posledné vyšetrenie v ambulancii dohliadanej zmluvnej VLDD bolo realizované dňa 01.06.2010 s tri dni trvajúcimi zvýšenými teplotami, vlhkým kašľom, nádchou, ťažkosťami pri prehltaní. Stav bol uzatvorený ako akútna tracheitída, akútna rinofaryngitída. Odporučená bola ATB liečba.

Dňa 19.07.2010 bolo dieťa na žiadosť rodičov vyradené z evidencie dohliadanej ambulancie. Odborné vyšetrenia realizované pred týmto dátumom a následne potvrdili patologický vývoj dieťaťa:

ORL vyšetrenie v máji 2010 so záverom – možná porucha sluchu, oneskorený vývoj reči k diferenciálnej diagnostike. Neurologické vyšetrenie zo dňa 01.06.2010 poukázalo na vývojovú retardáciu rozvoja reči k veku dieťaťa, hyperkinezmus, susp. ADHD. Pedopsychiatrické vyšetrenie 20.06.2010 a 09.09.2010 bolo so záverom vývinová porucha reči, porucha emotivity. Logopedické vyšetrenie dňa 09.09.2010 bolo so záverom - narušený vývin reči, mutizmus, porucha správania a emotivity v zmysle autistického spektra. Dňa 09.03.2011 bolo verifikované zaostávanie vývoja reči, hlavne expresívnej zložky, susp. detský autizmus. Neurologický nález bol bez ložiskovej symptomatológie. Gastroenterologické vyšetrenie dňa 19.04.2011 a 02.06.2011 popisovalo u dieťaťa dyspeptický syndróm, malabsorbčný syndróm k diferenciálnej dg (pozitívne protilátky proti gliadínu), intoleranciu laktózy v. s., susp. autizmus, poruchu reči. Cytogenetické vyšetrenie dňa 16.06.2011 dokázalo normálny nález na chromozómoch probanda, somatické vyšetrenie nemalo znaky, ktoré by zaraďovali obraz do niektorého klinicko–genetického syndrómu. Molekulové a biochemické genetické vyšetrenie dňa 28.07.2011 bolo bez nálezu, ktorý by poukazoval na ochorenie zo skupiny dedičných metabolických porúch. Psychologické vyšetrenie dňa 22.02.2012 verifikovalo autistickú poruchu v popredí.

### **Zhodnotenie úradom**

Autizmus a autistické spektrum ochorení je nozologická jednotka zahŕňajúca poruchu psychického vývoja trvalého charakteru, ktorej príčina je doposiaľ neobjasnená. Typické pre toto ochorenie je to, že najčastejšie obdobie, kedy sa stanovuje diagnóza, je medzi druhým až tretím rokom života. Vtedy už zreteľne vystúpia do popredia typické odchýlky

od psychického vývoja, ktoré sú pre autizmus patognomické.

Je teda skoro viac ako isté, že autizmus „začne“ v mnohých prípadoch v časovej nadväznosti na očkovanie, ktoré je realizované v druhom, resp. v treťom roku života. V súčasnosti je najvyššími svetovými autoritami (WHO, AAP) jednoznačne vylúčený vzťah medzi autizmom a očkovaním.

Očkovanie maloletého dieťaťa bolo realizované presne v zmysle platného časového kalendára pravidelného povinného očkovania detí na Slovensku. Prebehlo bez akýchkoľvek adverzných reakcií a bez komplikácií – v zdravotnej dokumentácii nie je zmienka o žiadnej reakcii po očkovaní. Na očkovanie boli použité vakcíny schválené ŠÚKL-om a MZ SR (vyhláška o povinnom očkovaní) INFANRIX HEXA, PRIORIX, PREVENAR.

PREVENAR, 7-valentná konjugovaná vakcína proti pneumokokovým invazívnym ochoreniam, ktorý je v súčasnej dobe v pravidelnom očkovaní zaradený v intervaloch spolu s INFANRIXOM HEXA (3., 5., 12. mesiac), sa v roku 2008 zavádzal do očkovania a u detí nad jeden rok veku boli odporúčané dve dávky s odstupom 4 - 6 týždňov. Niet kontraindikácií jeho použitia spolu s inou vakcínou – vrátane MMR (mumps, osýpky, ružienka) vakcíny. Vo všeobecnosti platí zásada, že je možné súčasne (v ten istý deň) podať ľubovoľnú kombináciu vakcín v pravidelnom očkovaní. V takom prípade sa aplikujú do dvoch miest (deltový sval u starších, laterálna strana stehna dojčiat a malých detí). Ak sa nepodajú vakcíny v ten istý deň, je potrebné pre druhú dodržať odstup minimálne 2 týždne od prvej. Aj to nie je pre hrozbu nepriaznivých reakcií, ale pre možné zníženie účinnosti – imunitnej odpovede.

Očkovanie ako aj celá preventívna a liečebná starostlivosť zo strany dohľadanej zmluvnej VLDD zodpovedala všetkým požiadavkám a normám stanoveným pre činnosť VLDD.

Očkovanie bolo realizované podľa pravidiel vakcinačného programu a prebehlo bez nežiaducich postvakcinačných reakcií. Ochorenia udávané rodičom (febrilita, hnačka, ap.) boli mimo časový rámec očkovania a boli ošetrené bežným spôsobom.

### Záver

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

Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že zdravotná dokumentácia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti detskému pacientovi zo strany dohliadaného subjektu v dohliadanom období nebola vedená v súlade s § 21 ods. 1 písm. a) b) a ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Vedenie zdravotnej dokumentácie je v zmysle § 4 ods. 5 neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Uvedeným konaním došlo súčasne k porušeniu § 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z.

### Doplnenie

Prejavy autizmu sú jednoznačné až pri určitom stupni psychomotorického vývoja. Posledné štúdie ostatných rokov preukázali, že deti s autizmom majú už špecifické prejavy správania pozorovateľné a suspektné po 8. mesiaci života. Patrí sem spôsob reakcie na okolie, správanie, pohyby, sociálna komunikácia (či skôr nekomunikácia) s matkou a pod. Tieto však prakticky nerozpoznáva ani matka a odborník ich nemôže spozorovať

pri vyšetrení mimo prostredia dieťaťa doma. Strach, utiahnutosť, bojzlosť, plačivosť sú bežné pri vyšetrení dieťaťa v ambulancii a doma ich rodina pripisuje maznavosti a pod. Okolo 3. roka veku už batola komunikuje s okolím, má dostatočnú slovnú zásobu. Oneskorenie reči (u nás považované za „normálne“ u chlapcov do troch rokov) sa už stáva zreteľným. Ak sa v tomto období udeje nejaká zdravotná udalosť, napr. choroba alebo očkovanie, je takmer isté, že sa supponuje „príčinná súvislosť“. Pritom je dokázané, že ide o „časovú súvislosť.“

## Napriek operačnej komplikácii bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne

### Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie

69-ročná pacientka bola dňa 11.07.2012 prijatá na GPO všeobecnej nemocnice za účelom vykonania plánovanej LAVH s bilaterálnou adnexektómiou.

U pacientky bola dokumentovaná obezita (110 kg), artérová hypertenzia, cukrovka, recidivujúca postmenopauzálna metrorágia, opakovane (3 x) bola u nej realizovaná frakcionovaná kyretáž s histologickým nálezom endometriálneho korpusového polypu a dňa 16.02.2012 bola vykonaná hysteroskopia s nálezom suspektného endometria.

V deň prijatia bola pacientka písomne poučená o plánovanom výkone LAVH, a o skutočnosti, že uvedený výkon môže skončiť aj otvorením dutiny brušnej, bola tiež poučená o možných rizikách, medzi ktorými boli vypísané aj „krvácanie, zakrvácanie v operačnej oblasti s vytvorením krvnej zrazeniny a jej infekciou, masívne život ohrozujúce krvácanie vedúce k šoku so zlyhaním životne dôležitých funkcií organizmu, ako je dýchací systém, srdcovo–obehový systém, vylučovací systém...nutnosť krvných preparátov...“ a svojím podpisom potvrdila, že uvedené akceptuje a súhlasí s navrhovaným operačným postupom v zmysle LAVH (podpísané pacientkou dňa 11.07.2012 o 12.30 h).

Dňa 12.07.2012 bola u pacientky v celkovej anestézii vykonaná laparoskopická operácia. Vykonaná bola obojstranná adnexektómia bez komplikácií, avšak pri uvoľňovaní uteru od parametrií došlo ku krvácaniu, ktoré sa nedarilo laparoskopicky vizualizovať ani zastaviť, preto bola laparoscopia konvertovaná na laparotómiu. Urgentne bol privolaný vedúci pracovník GPO a aj chirurg pre nevyhnutné poškodenie rekta, postupne bolo krvácanie zastavené a vykonaná hysterektómia. Dĺžka operácie bola 205 minút. Peroperačná krvná strata 1 500 ml podmienila rozvoj hemoragického šoku s potrebou vazopresorickej podpory krvnej cirkulácie a podania volumexpanderov a transfúzií krvi. V pooperačnom období bola pacientka 3 dni hospitalizovaná na OAIM, neskôr bola v stabilizovanom stave preložená na GPO, odkiaľ bola na 7. pooperačný deň prepustená do ambulancie starostlivosti s prijateľnými parametrami krvného obrazu.



## Zhodnotenie úradom

Pre suspektné endometrium a opakované postmenopauzálne metrorágie s nutnosťou opakovaných kyretáží dutiny matrice s biopticky potvrdeným endometriálnym polygom bolo pacientke správne odporúčané operačné riešenie. Vzhľadom na dokumentovaný gynekologický nález a prítomnosť rizikových faktorov pre vznik malignity vnútorných pohlavných orgánov (DM, obezita, artériová hypertenzia) bola hysterektómia a obojstranná adnexektómia indikovaná správne. Operačné riešenie cestou laparoskopie bolo vzhľadom na obezitu však diskutabilné, ale možné a dané rozhodnutie všeobecne závisí od podmienok a zvyklostí pracoviska a skúseností a erudície operátora.

Pacientka mala pred operáciou vykonané štandardné predoperačné vyšetrenia, ktoré chirurgický výkon v celkovej anestézii nekontraindikovali.

Operačný postup bol dňa 12.07.2012 indikovaný a realizovaný správne. Napriek správne realizovanej operácii došlo v jej priebehu ku komplikácii v zmysle krvácania z vasa uterina pri uvoľňovaní uteru.

Poranenie orgánov v oblasti malej panvy, vrátane poranenia ciev s následným krvácaním, je komplikáciou, ktorá sa vyskytuje aj pri dodržaní všetkých zásad správnej chirurgickej liečby. Preto nie je možné vzniknutú komplikáciu a komplikovaný pooperačný stav hodnotiť ako následok nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ale ako jednu z možných operačných komplikácií, v súvislosti s vykonávanou chirurgickou liečbou. Dôležité je, že uvedená komplikácia bola rozpoznaná včas a všetky následné postupy - konverzia na laparotómiu, prizvanie vedúceho GPO, spôsob zastavenia krvácania, následný operačný postup a prizvanie chirurga za účelom revízie rekta, boli vykonané včas a správne. O takejto možnej komplikácii bola pacientka pred operáciou informovaná a svojím podpisom potvrdila, že uvedené akceptuje a súhlasí s plánovanou operáciou. Hemoragický hypovolemický šok bol liečený správne a pacientka bola správne v pooperačnom období hospitalizovaná na OAIM. Pooperačná starostlivosť bola u pacientky realizovaná v dostatočnom rozsahu a správne. Záverom možno konštatovať, že zdravotná starostlivosť bola pacientke, napriek vzniknutej komplikácii, poskytnutá v dostatočnom rozsahu a správne.

## Záver

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

## Napriek vzniku zlomeniny stehennej kosti počas hospitalizácie bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne

### Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie

82-ročná pacientka bola dňa 12.03.2012 prijatá na psychiatrické oddelenie všeobecnej nemocnice. Podľa údajov od príbuzných pacientka „...veľmi zabúda, nevie sa doma

orientovať, klope na dvere, hľadá svoju matku, nevie, že je doma, pýta sa domov, nepoznáva príbuzných, pomoci sa...“ Pacientka pri prijatí nevedela, kde je, nevedela, aký je deň ani dátum. V minulosti nebola psychiatricky liečená, ani hospitalizovaná na PO, prekonalala bežné detské ochorenia, liečila sa na ICHS a vysoký krvný tlak.

Objektívne bola pri vedomí, kardiopulmonálne stabilizovaná, brucho bolo voľné, bez palpačnej citlivosti, DK boli bez edémov, neurologický nález bol bez prejavov topickej lézie. Status psychicus pri prijatí: „Vedomie lucídne, orientovaná nepresne osobou, miestom, časom, situáciou, v popredí kognitívny deficit, mnestické poruchy, insomnia, poruchy správania, vyššia intrapsychická tenzia, bludná nálada, hypobulia, tranzitórne halucinatórne zážitky.“ Psychiatrický nález pri prijatí bol hodnotený ako demencia Alzheimerovho typu s poruchami správania, príjem pacientky bol hodnotený ako akútny stav. V ošetrovateľskej správe bola zdokumentovaná mierne obmedzená mobilita a deformované ľavé koleno. Pre kvalitatívnu poruchu správania pri demencii s dezorientáciou a nočným nepokojom boli pacientke ordinované orálne aj parenterálne psychofarmaká, antiparkinsoniká a antialzheimeriká, ktoré boli priebežne upravované podľa aktuálneho psychiatrického nálezu (Haloperidol, Ristidic, Tiapridal, Akineton). V laboratórnom skríningu bola zistená normocytová hypochrómna ľahká anémia, hypoproteínémia, zvýšená hladina kyseliny močovej a kreatinínu v sére.

V úvode hospitalizácie dominovala zmätenosť, dezorientácia, inkoherentná produkcia. V nočných hodinách bola pacientka v rámci prevencie pred možným úrazom, či pádom z postele umiestnená do ochrannej (sieťovej) postele. Medikamentóznou liečbu tolerovala relatívne dobre, postupne došlo k upokojeniu pacientky.

Podľa denných lekárskejších a ošetrovateľských záznamov bola pacientka odo dňa 17.03.2012 spavejšia, subjektívne sa cítila slabá a bola plienkovaná pre opakované pomôčovanie sa. Dňa 19.03.2012 bola kŕmená v sede, aktívne sa sama polohovala v posteli, bola relatívne pokojnejšia. Dňa 20.03.2012 bola kľudná, zdržiavala sa na lôžku, bola kŕmená, plienkovaná, toaleta bola vykonávaná za účasti ošetrovateľského personálu, o 18.10 h bol záznam, že pacientka sa zdržuje na lôžku, je kŕmená a spavá, v priebehu noci 20. – 21.03.2012 pacientka spala pokojne. Dňa 21.03.2012 sa pacientka pri rannej lekárskej vizite cítila dobre, ťažkosti neudávala, objektívne bola dezorientovaná, dementná, vykonaná bola ranná toaleta a podané ranné lieky. V priebehu dňa bolo zaznamenané, že pacientka je slabá a zdržiava sa na lôžku. Pri večernej toalete bola zistená obmedzená pohyblivosť EDK, čo bolo hneď nahlásené službukonajúcemu lekárovi. V dostupnej zdravotnej dokumentácii z PO nie je prítomný údaj o páde ani o inom úraze, ako možnom dôvode zisteného stavu.

Pacientka bola následne vyšetrená na OÚCH, kde bola zistená intrarotácia EDK s palpačnou bolestivosťou a krepitom v ľavej koxe, bez neurocirkulačných zmien na periférii a pacientke bol odporučený preklad na OÚCH za účelom traumatologickej liečby. V priebehu následnej hospitalizácie na OÚCH bola na základe klinického a RTG vyšetrenia potvrdená fractura intertrochanterica femoris l. sin. comminutiva dislocata.

Dňa 29.03.2012 bola u pacientky po internej a kardiologickej príprave, ktorá bola potrebná pre novovzniknutý paroxysmus fibrilácie predsiení a incipientnú akútnu renálnu insuficienciu, s peroperačnou diagnózou trieštivej dislokovanej intertrochanterickej zlomeniny ľavej stehennej kosti, vykonaná operačná repozícia s osteosyntézou. Pooperačný

priebeh bol bez výraznejších komplikácií, pacientka bola na OÚCH hospitalizovaná do 10.04.2012.

### Zhodnotenie úradom

V danom prípade išlo o akútnu hospitalizáciu pacientky na PO pre poruchy správania a spánku amentiformného typu pri základnej diagnóze demencie Alzheimerovho typu. Klinický stav pacientky bol hodnotený správne a bola jej ordinovaná správna liečba. Aplikované bolo antialzheimerikum, kognitívum Ristidic a pre poruchy spánku a správania Haloperidol v kombinácii s antiparkinsonikom Akinetonom, ktorý bol správne ordinovaný ako prevencia poliekového extrapyramídového syndrómu. Dávkovanie liečby zodpovedalo klinickému a somatickému nálezu pacientky. Sledovanie jej klinického a psychiatrického stavu, ktoré bolo štandardne zdokumentované v denných lekárskech a denných ošetrovateľských záznamoch, bolo vykonávané v dostatočnom rozsahu. U pacientky boli realizované štandardné postupy na zamedzenie úrazov a iných komplikácií v súvislosti so psychomotorickým nepokojom, pacientka bola správne v noci umiestnená do ochrannej postele, čo všeobecne účinne eliminuje riziko pádu z postele. Aj napriek uvedenému sa riziku pádu nedá úplne zabrániť (napr. náhle pošmyknutie, závrat), pacient by musel byť kontinuálne v ochrannej posteli, čo z medicínskeho, právneho, ani etického hľadiska nie je možné. U pacientky nebolo výkonom dohľadu možné potvrdiť, že u nej došlo k pádu. V dostupnej zdravotnej dokumentácii sa nenachádzal žiaden záznam o páde pacientky, resp. o jej nájdení na zemi, nikde v dokumentácii nebol ani záznam o jej ústnom údaji o páde. Pacientka bola spavejšia a menej sa pohybovala, čo bolo pripisované tlmiacemu účinku ordinovanej psychiatrickej liečby.

Pri náleze obmedzenej pohyblivosti EDK službukonajúcou sestrou pri večernej toalete dňa 21.03.2012 bola pacientka bez časového zdržania odoslaná na traumatologické vyšetrenie a následne aj preložená na OÚCH pre diagnózu trieštivej dislokovanej intertrochanterickej zlomeniny ľavej stehennej kosti. Následné vyšetrovacie a liečebné postupy, vrátane operačnej liečby dňa 29.03.2012, boli na OÚCH vykonané štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Podľa RTG dokumentácie bola u 82-ročnej pacientky prítomná ťažká osteoporóza. Pacientka v priebehu hospitalizácie na PO postupne prestala chodiť, jednak pre nutné tlmenie pre psychiatrické ochorenie s psychomotorickým nepokojom, jednak pre vznik zlomeniny EDK. Vzhľadom na dostupné údaje, na nálezy obrazových záznamov RTG vyšetrení a operačný nález, došlo u pacientky s vysokou pravdepodobnosťou ku vzniku postupnej spontánnej zlomeniny v ťažkom osteoporotickom teréne bez zjavného úrazu (napr. pri pretáčaní sa na posteli, pri posadzovaní, schádzaní z postele, pri toalete ...), t. j. pri bežných úkonoch. Uvedené typy zlomenín sa najčastejšie vyskytujú v oblasti stavcov chrbtice, proximálneho femuru a distálneho zápästia. Vznikajú postupne, klinicky sa prejavujú bolesťou a štetrením končatiny. RTG diagnostika je v počiatočných štádiách ťažká. Fissura je zrejmá až po niekoľkých dňoch, keď sa okraje zlomeniny odvápnia, alebo ak dôjde k dislokácii úlomkov. Na základe RTG nálezu možno potvrdiť, že k zlomenine došlo počas hospitalizácie na PO, avšak nie v dôsledku nesprávneho monitorovania klinického stavu alebo nesprávnych diagnosticko-liečebných postupov.

Zdravotná starostlivosť bola pacientke na PO a na OÚCH, napriek vzniku fraktúry, poskytnutá štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne.

### Záver

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

## Použité skratky

AA – alergická anamnéza  
AAP – Americká akadémia pediatrie  
ABR – acidobázická rovnováha  
AC – obvod bruška plodu pri USG  
ACEI – angiotenzín konvertujúci enzým  
ACI – a. carotis interna  
ADHD – porucha pozornosti sprevádzaná hyperaktivitou  
Ag/Ab – komplex antigénu a protilátky  
a-HCV – protilátky proti vírusu hepatitídy C  
ALP – alkalická fosfatáza  
ALT - alanínaminotransferáza  
ARO – anestéziologicko-resuscitačné oddelenie  
AS - ateroskleróza  
AST – aspartátaminotransferáza  
ATB – antibiotikum  
AV – a. vertebralis  
BPD – biparietálny priemer hlavičky plodu pri USG  
Bi – bilirubín  
C - cervikálny  
CITO – akútne vyšetrenie  
CNS – centrálny nervový systém  
CPO – centrálné prijímacie oddelenie  
CRP – C-reaktívny proteín  
CT – computerová tomografia  
CTG – kardiokardiografia, kardiokardiogram  
CVK – centrálny venózný katéter alebo celková väzobná kapacita (železa)  
DD a DSS – domov dôchodcov a domov sociálnych služieb  
dg – diagnóza  
DK – dolná končatina/y  
DM – diabetes mellitus  
DTaRCH – detskej tuberkulózy a respiračných chorôb  
EBR – resuspendované erytrocyty bez buffy-coatu  
EBV – vírus Epsteina a Barrovej  
EFW – odhad hmotnosti plodu pri USG  
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram  
Ery - erytrocyty  
ESH/ESC – Európska hypertenziol. a Európska kardiologická spoločnosť

ETI – endotracheálna intubácia  
Fe - železo  
FL – dĺžka stehennej kosti plodu pri USG  
FN – fakultná nemocnica  
FR – fyziologický roztok  
FW – sedimentácia  
GA – gynekologická anamnéza  
GCS – Glasgow kóma skóre  
GEA – gastroenterologická ambulancia  
GF – glomerulová filtrácia  
GFS – gastrofibroskopia  
GGT - glutamyltranspeptidáza  
GIT – gastrointestinálny trakt  
GP – glykemický profil  
GPK – gynekologicko-pôrodná klinika  
GPO – gynekologicko-pôrodné oddelenie  
gr. h. – graviditas hebdomas (tehotenský týždeň)  
Hb (HGB) – hemoglobín  
HBsAg – HBs antigén  
HBV – hepatitída B  
HBc – typ protilátok proti vírusu hepatitídy B  
HCG – humánny choriogonádotropín  
HELLP – syndróm zvýšenej aktivity peč. enzýmov s nízkym počtom Tr  
HIV – vírus ľudskej imunodeficiencie  
HMR – typ humánneho inzulínu  
HP – Helicobacter pylori  
HT (Hct, Htk) - hematokrit  
CHO – chirurgické oddelenie  
CHOCH – chronická obličková choroba  
CHOCHP – chronická obštrukčná choroba pľúc  
CHVI – chronická venózna insuficiencia  
ICHS – ischemická choroba srdca  
IM – infarkt myokardu  
i. m. - intramuskulárne  
i. v. – intravenózne  
IVU – intravaginálny ultrazvuk  
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti  
KAIM – klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny  
KOS – krajské operačné stredisko  
KO – krvný obraz  
KP – kardio-pulmonálny

KPCR – kardio-pulmo-cerebrálna resuscitácia  
KPR – kardio-pulmonálna resuscitácia  
KS – krvná skupina  
KV – kardiovaskulárny  
KVP – kvantitatívna proteinúria  
L – lumbálny  
EDK – ľavá dolná končatina  
l. dx – lateris dextri  
LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginálna hysterektómia  
Le (Leu) – leukocyty  
LHK – ľavá horná končatina  
LIM – ložisková ischemia mozgu  
LP – lumbálna punkcia  
LS – lumbo-sakrálny  
l. sin – lateris sinistri  
LSPP – lekárska služba prvej pomoci  
MDS – myelodysplastický syndróm  
MH – morbus hypertonicus  
MMR – typ kombinovanej očkovacej vakcíny  
MODS – syndróm multiorgánovej poruchy funkcie  
MTS – metastáza/y  
NMR – nukleárna magnetická rezonancia  
NSA – nesteroidné antireumatikum  
NsP – nemocnica s poliklinikou  
NTG – nitroglycerín  
NT-pro BNP – biomarker srdcového zlyhávania  
NTS – národná transfúzna služba  
NYHA – klasifikácia výkonnosti srdca p. Newyorskej srdcovej asociácie  
OA – osobná anamnéza  
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny  
ODCH – oddelenie dlhodobo chorých  
OP – ozvy plodu  
ORL – otorinolaryngológia  
OÚCH – oddelenie úrazovej chirurgie  
P – pulz  
PaF – pneumológia a ftizeológia  
PCT – hematokrit trombocytov  
PDK – pravá dolná končatina  
PF – pulzová frekvencia  
PI – index prietoku krvi plodu pri USG  
PM – posledná menštruácia

PN – práceneschopnosť  
PND – paranazálne dutiny  
PO – psychiatrické oddelenie  
p. o. – per os/perorálny  
Psoas Hitch – technika ureterálnej reimplantácie  
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti  
RI AU – index prietoku krvi plodu pri USG  
RLP – rýchla lekárska pomoc  
RRR – test na syfilis  
RTG – röntgen  
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc  
S – sakrálny  
SF – srdcová frekvencia  
SH – subdurálny hematóm  
SPC – súhrn charakteristických vlastností lieku  
SPL – status praesens localis  
SR – sínusový rytmus  
ŠÚKL – štátny ústav pre kontrolu liečiv  
tbl. - tableta  
th – terapia  
Th - torakálny  
TIN – tubulointersticiálna nefropatia  
TK – tlak krvi  
TO – terajšie ochorenie  
Tr – trombocyty  
t. t. – tehotenský týždeň  
TT – telesná teplota  
TU – tumor  
UN – univerzitná nemocnica  
ÚPS – ústavná pohotovostná služba  
UPV – umelá pľúcna ventilácia  
USG – ultrasonografia  
VAS – vertebrogénny algický syndróm  
VF - vitálne funkcie  
VHB – vírus hepatitídy B  
VLDD – všeobecný lekár pre deti a dorast  
WBC – leukocyty  
WHO – Svetová zdravotnícka organizácia  
ZD – zdravotná dokumentácia  
ZZS – záchranná zdravotná služba

**Tlač:** TALLUS, spol. s r. o., Bratislava

**Náklad:** 1 000 kusov

www.udzs-sk.sk

© **ÚDZS 2013**

**Pripravili:**

*Pobočka Bratislava*

MUDr. M. Élešová, MUDr. S. Mamarasulov,

MUDr. V. Novák, MUDr. I. Šubertová

*Pobočka Trnava*

MUDr. O. Mancová, PhDr. L. Šmidovičová, MUDr. M. Vagovič

*Pobočka Trenčín*

MUDr. J. Bunčáková, MUDr. K. Urbánková

*Pobočka Nitra*

MUDr. A. Klimasová, MUDr. M. Ondrej, MUDr. D. Paulovič, PhD., MUDr. M. Zátraková

*Pobočka Martin*

MUDr. R. Martoš, MUDr. K. Michalová

*Pobočka B. Bystrica*

MUDr. L. Kapala, MUDr. M. Palková, PhDr. V. Šebeková, PhD., MUDr. E. Šoltýsová

*Pobočka Prešov*

MUDr. Z. Flešárová, MUDr. O. Grollmusz, MUDr. J. Hudáčková

*Pobočka Košice*

MUDr. M. Olexová, MUDr. N. Regendová

*Ústredie*

MUDr. J. Hlavatý, MUDr. E. Chlebovičová, MUDr. E. Sladká, MUDr. Z. Kubová, MPH

**Zostavili a upravili:**

MUDr. B. Černáková, PhD., MPH,

MUDr. O. Mancová, MUDr. E. Vivodová, Mgr. M. Vrba