


- 
- úrad pre
 - dohľad nad
 - zdravotnou
 - starostlivosťou

■ Kazuistiky 2005

■ www.udzs.sk

■ Kazuistiky 2005

Obsah

Úvod	6
■ „Nepodceňujte ani dnes bronchopneumóniu“	8
■ „Krvácanie do gastrointestinálneho traktu je emergentná situácia“	11
■ „Vysoké hodnoty CA 125 mali jednoznačne viesť k úsiliu dokázať, resp. vylúčiť ich pôvod vo vaječníkoch!“	13
■ „Aj skúsený pôrodník by mal pri vzniku komplikácií privolať k výkonu ďalšieho odborníka. Komplikácie je povinný zaznamenať do zdravotnej dokumentácie.“	15
■ „Aj nediagnostikovaná bronchopneumónia môže byť príčinou smrti rodičky“	17
■ „S cieľom vylúčiť malígne ochorenie je potrebné realizovať všetky dostupné diagnostické výkony“	19
■ „Vykrvácanie po katetrizácii“	21
■ „Nesprávne indikovaná artroskopia“	24
■ „Nepoznaná appendicitída“	26
■ „Iatrogénne poranenie žlčových ciest“	28
■ „Nepodceňujte anamnestické údaje rodičov“	30
■ „Nepodceňujte nežiaduce účinky liekov“	32
■ „Pri GER je potrebné myslieť aj na pylorostenózu“	34
■ „Pacient s akútne vzniknutým koronárnym syndrómom patrí na oddelenie intenzívnej medicíny“	36
■ „Údaj o páde na hrudník treba brať vážne“	38
■ „Záznam lekára LSPP musí byť po vyšetrení pacienta podložený objektívnymi nálezmi“	41
■ „Neposkytnutie pomoci“	43
■ „Komplexný pohľad na polytraumatického pacienta z hľadiska diagnostických možností“	45

Motto

„Spôsob svojho života zasväťím podľa vlastných síl a svedomia úžitku chorých a budem ich ochraňovať pred každou krivdou a bezprávím.“

Hippokrates

„Od zdravotníckeho pracovníka sa očakáva takt, sympatia a porozumenie, veď pacient nie je zbierkou subjektívnych a objektívnych príznakov, porušených funkcií, poškodených orgánov a rozrušených emócií.

Je to človek plný úzkosti a nádeje, hľadajúci úľavu, pomoc a povzbudenie.

Pri styku s utrpením je nutné ľudské porozumenie, technická zručnosť a vedecké poznatky. Ten, kto ich využíva s odvahou, pokorou a múdrosťou, bude poskytovať jedinečnú službu a vybuduje pevnú stavbu svojho charakteru.“

Tinsley R. Harisson

Milí čitatelia, lekári, milí kolegovia,

dostáva sa vám do rúk publikácia kazuistík, ktoré dokumentujú vybrané prípady riešené Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou¹⁾ počas jeho vyše ročnej existencie.

Na úvod chceme však zdôrazniť, že drvivá väčšina lekárov vykonáva svoju prácu erudovane, dôsledne, zodpovedne a precízne, čo v rámci svojej pôsobnosti potvrdzuje aj úrad. Podľa štatistiky z roku 2005 v deviatich prípadoch z desiatich úrad dohľadom obhájil postup lekárov, čo je určite nemalou satisfakciou pre celý lekársky stav.

Žiaľ, takmer vo všetkých uvádzaných prípadoch sa osud pacienta skončil tragicky. Dohľady úradu odhalili, že k pochybeniu došlo na strane poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Zdravotnícki pracovníci nevykonali všetky úkony správne a včas neurčili diagnózu alebo nenáležite postupovali pri liečbe, čím došlo k porušeniu 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 predpisov²⁾. Úrad si v týchto prípadoch splnil svoju zákonnú povinnosť a konal v zmysle § 50 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Každá sankcia je výsledkom objektívneho, nestranného a dôsledného zhodnotenia prípadu odborníkmi a najzávažnejšie prípady posudzujú experti na úrovni odbornej komisie predsedu úradu.

Uvedené prípady nechcú byť obžalobou slovenských lekárov, resp. systému slovenského zdravotníctva. Nie je naším cieľom pranierovať jednotlivých lekárov a prispievať tak k zhoršovaniu ich postavenia v spoločnosti, k zníženiu ich vážnosti v očiach verejnosti. Lekári si to nezaslúžia. Ako som už spomenul v úvode, prevažná väčšina z nich pracuje poctivo, zodpovedne, s láskou a nekonečnou trpezlivosťou často v ťažkých podmienkach.

Každý, kto pracuje, má právo na omyly. Omyly v zdravotníctve zvyknú však mať tragickejšie následky ako omyly v iných zamestnaniach. Príslovie hovorí, že na chybách sa najlepšie učí. Múdri sa však snažia učiť na chybách druhých, nie na svojich. Aj tento materiál by mal predovšetkým pomôcť lekárom poučiť sa na chybách, ktoré sa stali ich kolegom a skončili tragicky.

Situácia v slovenskom zdravotníctve nie je ideálna. Za niektoré pochybenia môže nedostatočné materiálno-technické vybavenie, nedokonalá organizácia, nedostatočné finančné zabezpečenie. Žiaľ, vo viacerých prípadoch zlyhali konkrétni ľudia. Išlo o nedbalosť, nevedomosť alebo – čo je asi najsmutnejšie – ľahostajnosť zo strany tých, za ktorými trpiaci a chorí prišli s nádejou a prosbou o pomoc. Také prípady by sa nemali stávať za žiadnych okolností. Preto úrad pokladá za dôležité zverejniť ich.

Úrad vznikol preto, aby sledoval a kontroloval situáciu v zdravotníctve a predchádzal tomu, aby sa také prípady nestávali. Úplne vylúčiť omyl nemožno – medicínu robia ľudia a tí nie sú dokonalí. Snahou úradu predovšetkým však je objektívne hľadať pravdu – či už sa nachádza na strane lekára alebo pacienta.

Želám vám veľa pracovnej i osobnej pohody.

Ján Gajdoš
predseda úradu

Poďakovanie odborným konzultantom:
prof. MUDr. Jurajovi Pechanovi, CSc.
prof. MUDr. Svetozárovi Dluholuckému, CSc.
prof. MUDr. Jánovi Murínovi, CSc.
doc. MUDr. Jozefovi Kallayovi, CSc.

Skratky v texte

¹⁾ Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou – ďalej len „úrad“.

²⁾ Zákon 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.“.

„Nepodceňujte ani dnes bronchopneumóniu“

■ Z anamnézy

Išlo o 55-ročnú pacientku dispenzarizovanú jednak pre chronickú obštrukčnú bronchopulmonálnu chorobu (IV. štádium) s následným vývojom chronického „pľúcneho srdca“ (cor pulmonale) a jednako pre chronickú ischemickú chorobu srdca (ICHS). Pre exacerbáciu chronickej obštrukčnej choroby pľúc bola prijatá na pľúcne oddelenie (TaRCH). Pri prijatí výrazne spastická, zistené zhoršenie hodnôt krvných plynov (hypoxémia, hyperkapnia) a kardiálna dekompenzácia. Pre zhoršenie stavu preložená hneď v deň prijatia na intenzívku (OAIM).

Pacientka trpela na sekundárnu polyglobúliu, cholecystolitiázu, dermatitis erytematosa papulos corporis. Iné ochorenia sa neuvádzali.

■ Epikritické zhrnutie podľa anamnestických/objektívnych a laboratórnych vyšetrení

Vybrané údaje z hospitalizácie na OAIM: pri auskultácii hrudníka je dýchanie s výraznou spasticitou (piskoty) obojstranne, prítomná prímes vrzotov, ale i krepitácii bazálne. Popis rtg. hrudníka: vľavo nadbránicovo ľahko znížená (pľúcna) transparenčia, oba hýly (pľúc) viac vpravo výrazne škvrnito zmnožené s ojedinelými kalkifikátmi, z hĺbov do periférie pľúc vybieha jemná pruhovitá kresba, pravá bránica plochá, ľavá s naznačenými kontúrami, uhly vpravo tupšie, srdcový tieň s vyrovnanou ľavou kontúrou so sklerotickým plátom v aortálnom oblúku, hrudník je súdkovitý, prítomné sú širšie medzirebrové priestory. Pacientka bola febrilná a na základe kultivácie (spúta) sa podávali antibiotiká i v. (Gentamycín). Po stabilizácii stavu (63 dní bola na OAIM) opäť preložená na odd. TaRCH na ďalšiu liečbu s diagnózami pri preklade: akútne respiračné zlyhanie, cor pulmonale chronicum, sekundárna polyglobúlia, chronická ICHS s prejavmi obojstrannej kardiálnej nedostatočnosti, stav po tracheostómii (pacientka intubovaná na OAIM), cholecystolitiáza (asymptomatická). Pri preklade pacientky na odd. TaRCH bola porovnaná terajšia rtg. snímka hrudníka s rtg. snímkou hrudníka z roku 2003 a konštatovaná regresia a ústup pruhovito škvrnitých tieňov obojstranne. Pacientka bola po 16 dňoch hospitalizácie prepustená do domáceho liečenia s diagnózami: exacerbácia chronickej obštrukčnej choroby pľúc v IV. štádiu, hyperkapnická respiračná insuficiencia, chronické pľúcne srdce hemodynamicky dekompenzované, chronická ischemická choroba srdca. Odporúčené dispenzárne kontroly na ambulancii TaRCH.

Po dvoch dňoch po prepustení z hospitalizácie na odporúčanie LSPP privezená opäť na príjmové oddelenie nemocnice pre sťažené dýchanie a bolesti na prednej strane hrudníka (bola z prostredia so zníženým hygienickým štandardom). Bola afebrilná, nekašľala, ťažko sa jej dýchalo, udávala bolesti brucha, nauzeu, pre stonanie bol s ňou sťažený kontakt, triašku nemala. Pri prijatí auskultačne dýchanie vezikulárne, vľavo krepitus a praskoty, na prednej strane hrudníka neprízvučné chropy. Brucho bolo priehmatné, palpačne citlivé. Prijatá bola na interné oddelenie. Z laboratórnych vyšetrení: leukocyty v krvi: 20 200, FW: 40/46, Er. 4,86 mil.

V objektívnom náleze dominovala brušná symptomatológia (prítomné ločkanie, neprítomná peristaltika, brucho nad niveau, pečeň + 4 prsty, palpačná citlivosť v epigastriu, umbilikálna hernia). Po opakovaných (2-krát v ten istý deň) konzultáciách chirurga, ktorý nález hodnotil ako ileózný stav a susp. mezaraickú trombózu, bol pacientke navrhnutý operačný zákrok, ktorý odmietla.

Zahájená terapia: analgetiká, vazopresorická terapia, pre suponovanú mezaraickú trombózu aj heparín, zavedená nazogastrická sonda, podávané diuretiká. Napriek uvedenej liečbe stav pacientky progredoval a druhý deň exitovala. (TK: 110/70, neskôr nemerateľný, P: 110/min., diuréza postupne od 640 ml/24 hodín, druhý deň 30 ml). Z antibiotík bol nasadený Cefotaxin (1g každých 8 hodín i.v.).

■ Pitva

Na základe patologickoanatomickej pitvy bola bezprostrednou príčinou smrti lobárna (hnisavá, t. j. bakteriálna a čiastočne fibrinózna) pneumónia vpravo (nediagnostikovaná). Príčina „náhlej brušnej príhody“ udávaná v klinických údajoch, sa nezistila.

■ Zhrnutie úradu

V uvedenom prípade mali odlišný pohľad aj jednotliví odborníci – konzultanti:

1) Z pohľadu pneumológa: klinicky bola diagnostikovaná pneumónia pravého dolného laloka a suficientná liečba bola zahájená ihneď, čo dokazuje aj fyzikálny nález na pľúcach, vykonaný rtg. pľúc s popisom a nasadená intravenózna antibiotická liečba. **V liste o prehliadke mŕtveho sa však táto diagnóza nenachádza. Nesprávne bol vypísaný list o prehliadke mŕtveho.**

2) Z pohľadu súdneho znalca: išlo o **dve súbežné pochybenia** v diagnostickej rozvahe ošetrojúcich lekárov, a to **podcenenie pozitívneho pľúcneho nálezu** a jeho nekritické priradenie k predchádzajúcim známym chronickým ťažkostiam pacientky, podcenenie pozitívneho laboratórneho nálezu **a nekritické akceptovanie objektívne nepotvrdeného záveru chirurgického konzília** o náhlej brušnej príhode ako podstate aktuálneho zhoršenia zdravotného stavu pacientky. V uvedenom prípade, ak bolo podozrenie na akútnu brušnú príhodu a ileózný stav, chýbala v zdravotnej dokumentácii aj natívna snímka brucha. Diagnostický postup bol neukončený vzhľadom na krátku hospitalizáciu. Liečba bola zahájená aj na bronchopneumonický syndróm. Išlo o zlú interpretáciu príčiny smrti, ktorá sa nepotvrdila.

3) Z pohľadu anesteziológa: pacientka prišla do nemocnice so zlyhávaním kardiopulmonálneho systému. **Pri komplikovanom a ťažkom stave** pacientky, v stave hypoxie, hypoxémie, hyperkapnie bola možno zastavená aj peristaltika, **pacientka mohla mať paralytický ileus, a preto dominovala brušná symptomatológia.** Bol dôvod na to, aby chirurg interpretoval túto situáciu ako ileózný stav. **Nie je možné v žiadnom prípade hovoriť o zanedbaní.** Vytknúť sa dá skutočnosť, že hyperkapnická pacientka s CHOCHP dostala (nazálnou) sondou kyslíkovú liečbu. Klinicky nebolo možné hneď po príchode pacientky do nemocnice diagnostikovať hnisavú lobárnu pneumóniu. **Liečba bola zahájená aj s prihliadnutím na bronchopneumonický syndróm.** Pre komplikovaný priebeh mohlo dôjsť k preferovaniu chirurgickej diagnózy pri diferenciálnej

■ Kazuistiky 2005

diagnostike.

■ Záver

1) Liečba pacientky bola zahájená správne so zohľadnením všetkých klinických diagnóz.

2) Nesprávne bol vypísaný list o prehladke mŕtveho, v ktorom bol uvedený ileózny stav. Jeho príčinou bola trombóza mezenterických ciev. Tá sa pri pitve nepotvrdila, v dôsledku čoho vznikol nesúlad medzi klinickou diagnózou a pitevným nálezom.

■ Opatrenia

1) Prípad prebrať na klinicko-patologickom seminári.

2) Prebrať liečbu kyslíkom u pacientov s CHOCHP v príslušnom zdravotníckom zariadení.

■ Poučenie

1) Spoločenský rozmer – i 55-ročný pacient môže zomrieť na pneumóniu.

2) Odborný rozmer – pozor na diferenciálnu diagnostiku pneumónie (pleuropneumónie) a akútnej brušnej príhody.

„Krvácanie do gastrointestinálneho traktu je emergentná situácia“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

Išlo o 75-ročného pacienta, dlhoročného hypertonika (hypertenzia III, 4. štádium) a diabetika (typ II, liečený diétou a perorálnymi antidiabetikami) s ICHS (algickou formou) a chronickou bronchitídou. Prijatý ráno o 7.55 hod. na interné oddelenie pre týždeň podľa udania stále trvajúce bolesti na hrudníku, s dýchaním ťažkosti nemal, HP toleroval, bez nauzey a zvracania, pričom sa za posledné 3 dni zintenzívnili. Objektívne: pri vedomí, afebrilný, hydratovaný, orientovaný, obézny, mierne dyspnie v pokoji, ľahká periférna cyanóza, zrenice izokorické, končatiny mobilné, náplň jugul. vén primeraná, karotídy bez šelestov, predná hrudná stena na dotyk nie je citlivá, AS reg., f – 90/min. bez šelestov, pľúca – čisté, vesikulárne, ojed. vrzoty, praskoty, reg. bez známkov spazmu a stázy. Abdomen – pre obezitu ťažko priehmatné, peristaltika reg. bez známkov perit. dráždenia. HJR negat., DK bez opuchov, flebitídy, trofické zmeny po úraze. TK 140/80. Ekg. – SR, fr. 80/min., el os horiz., ST izoelekt., QS v II, III, aVF, T vlna pozit., V2 – V6, I, II, ploché T v III, aVL, aVF. Glykémia 10,14, Hb 131, Ht 0,38, Tro 312. Ery 4,11. S-urea: 8,35, S-kreatonín 116, S-ALT 0,18, S-kreatinínkináza 0,42, Na – 134, K – 4,1. Iné subjektívne ťažkosti pri prijatí neudával.

Zahájená bola liečba ischemickej choroby srdca a vysokého krvného tlaku. Anopyrin 400 mg, Tensiomin 12,5 mg, Clexane 1 ml s.c., Corvaton ret. (svoje ranné lieky užil – Concor, Prestarium, Olicard ret., Preductal, Siofor 850, Foradil, Spiriva). Naordinované ekg. o 12.00 hod. a večer, glykemický profil, na druhý deň ordinované V-súbor, ck, CRP, ekg. a glykemický profil.

Vizita o 11.40 hod., subj. bez bolesti, dýcha sa dobre, TK 140/80, ekg. – oplošt. T v III. aVF. Vo večerných hodinách (18.20 hod.) sa pridružilo zvracanie – pri vyšetrení bol zaznamenaný údaj o pocite tlaku na hrudníku a zvracaní žalúdočnej kyseliny. Objektívne stav hodnotený ako nezmenený, ekg. bez vývoja oproti predchádzajúcemu záznamu. Srdcová frekvencia 90/min. Večer bolo vracanie a tlak na hrudníku, chýba TK, P, KO, chýba objektívny nález na pľúcach, na srdci a na bruchu.

V nočných hodinách o 02.45 hod. sa náhle objavila masívna meléna, pacient sa cítil celkovo slabý, nález na hrudníku bol bez zmien. Objektívne TK 120/80 mmHg, pulz 90/min., anemický kolorit kože, spotený. Bol zabezpečený krvný obeh infúznym roztokom (F 1/1) a podané antikoagulanciá (Dicynon, Kanavit). Telefonická konzultácia so službukonajúcim chirurgom, ktorý odporučil chirurgické vyšetrenie až po vykonaní urgentnej gastrofibroskopie (GFS). Súčasne sa o 03.00 hod. uskutočnila konzultácia s gastroenterológom, ktorý vzhľadom na v tom čase pretrvávajúce stenokardie neindikoval urgentnú GFS, ale ju odporučil až po ústupe bolesti na hrudníku. Zároveň pre celkový klinický stav, stenokardie a hypotenziu, konzultácia s lekárom JIS interného oddelenia, ktorý odporučil zatiaľ ponechať pacienta na oddelení.

V čase o 03.30 hod. sa zdravotný stav čiastočne stabilizoval, pacient bol pri

vedomí, cítil sa trochu lepšie, bolesti na hrudníku udával miernejšie. Objektívne TK 70/40 mmHg.

Nový atak melény (koaguló krvi) sa objavil o 04.00 hod. Lekár JIS indikoval zavedenie katétra do vena subklávia (04.15 hod.) na zabezpečenie cirkulujúceho objemu a preklad na JIS. O 04.20 hod. vykonal u pacienta službukonajúci chirurg konziliárne vyšetrenie, pričom uviedol, že išlo o krvácanie do zažívacieho traktu bez verifikácie origa. Odporučil naďalej stabilizáciu obehu, GFS a koagulanciu.

Pri preklade na JIS o 04.30 hod. mal pacient minimálne bolesti na hrudníku, dýchalo sa mu dobre, TK 70/40 mmHg, pulz 120/min. Pri prevoze na gastrofibroskopické vyšetrenie v čase o 05.25 hod. nastala u pacienta náhla zástava dýchania, objavila sa masívna hemateméza, pacient bol zaintubovaný, odsatím odstránených asi 2 000 ml natrávanej krvi a bola zahájená kardio-pulmonálna resuscitácia, bez efektu. Lekár o 06.00 hod. konštatoval exitus letalis. Prehliadajúci lekár nariadil vykonať pitvu.

■ Pitva

V pitevnom protokole ako bezprostredná príčina smrti je uvedený hemoragický šok pri krvácaní do gastrointestinálneho traktu z krvácajúceho penetrujúceho vredu dvanástnika.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Službukonajúci chirurg sa po telefonickom oznámení ošetrovujúcim lekárom interného oddelenia nedostavil osobne na konziliárne vyšetrenie k lôžku, ale situáciu riešil telefonicky. Konziliárne vyšetrenie sa vykonalo až na základe druhej výzvy po zopakovaní sa ataky melény. Rovnako službukonajúci gastroenterológ sa po telefonickom oznámení ošetrovujúcim lekárom interného oddelenia nedostavil osobne na konziliárne vyšetrenie k lôžku, ale situáciu riešil telefonicky.

Postup oboch konziliárnych lekárov bol non lege artis.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

■ Sankcie

Pobočka úradu podala osobitnej komisii úradu návrh na uloženie sankcie zdravotníckemu zariadeniu. Úrad oboznámil zriaďovateľa, t. j. MZ SR s výsledkami dohľadu.

■ Poučenie

1) Etický a spoločenský rozmer – konziliárne vyšetrenie (najmä v noci) nemožno vykonať telefonicky. Okrem toho sa tým zdržala potrebná liečba pacienta.

2) Odborný rozmer – pacient sa na gastroskopiu prevádzal v šoku. Ak by gastroenterológ pacienta vyšetřil ešte pred indikovaním zákroku gastroskopie, prevoz by nepovolil a pravdepodobne by kontraindikoval už v tomto pokročilom štádiu choroby toto vyšetrenie. V nemocnici je potrebné metodicky riešiť problém „kam patrí pacient“ s gastrointestinálnym krvácaním (hlavne, ak je krvácanie závažné a vedie k posthemoragickému šoku).

„Vysoké hodnoty CA 125 mali jednoznačne viesť k úsiliu dokázať resp. vylúčiť pôvod vo vaječníkoch!“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

38-ročná pacientka bola odoslaná na hospitalizáciu na chirurgické oddelenie regionálneho zdravotníckeho zariadenia pre bolesti v pravom hypochondriu a ascites. Následne bola odoslaná na diferenciálnu diagnostiku nefrotického syndrómu s ascitom na interné oddelenie nemocnice vyššieho typu, ktoré realizovalo špecializované diagnostické vyšetrenia.

I. hospitalizácia – histologické vyšetrenie z renálnej biopsie svedčilo o minimálnych abnormitách glomerulov. Podľa CT vyšetrenia brucha bolo vyslovené podozrenie na prítomnosť cystického tumoru ovárií, ktorý sa však MR vyšetrením nepotvrdil. Cytologický nález z opakovanej punkcie ascita hovorí iba o náleze mesotélií. Hodnoty onkomarkerov Ca 125 – 1632 (hodnoty markeru CA 125 sú vysoko pozitívne! až 50-násobne). Doplnené kolonoskopické vyšetrenie sa vykonalo pre nález rigidity v oblasti rektosigmy, neprekázalo však patologický nález v celom rozsahu. V rámci diferenciálnej diagnostiky sa nepotvrdila možná malignita.

Počas 5-týždňovej hospitalizácie sa opakovane vykonávalo gynekologické vyšetrenie s negatívnym nálezom doplnené CT vyšetrením a závermi z gynekologických konzílií:

- CT vyšetrenia brucha: uterus hyperdenzný, primeranej veľkosti, vzadu kraniálnym smerom sa tiahne rozsiahle cystické ložisko nepravidelného tvaru, najpravdepodobnejšie vychádzajúce z ovárií. Patologicky zväčšené lymfatické uzliny v inguinách neboli diferencované. Záver: fluidothorax bilat. s nastupujúcou atelektázou, s negatívnym bronchogramom, masívny ascites, rozsiahly cystický tumor ovárií.

- Gynekologické konzílium uvádza rozsiahly ascites pri nefrotickom syndróme, cytologické vyšetrenie v norme, tumor adnex nebol diferencovaný, ascites a fluidotorax nebol daný do súvislosti s nálezom na ováriách, probatórna laparotómia bola odporučená iba v krajnom prípade vzhľadom na ascites.

- Následné gynekologické konzílium o desať dní uvádza tvarovo nepravidelné ovária s rôznymi prietokmi s nediferencovanou cystickou rezistenciou. Vzhľadom na zachytený patologický prietok v nezväčšenom ováriu a neurčitú etiológiu zvýšeného CA 125 je odporučená ako posledné riešenie probatórna laparotómia s rýchlou histológiou, ktorá sa nerealizovala.

Pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti so záverom rozsiahly ascites pri nefrotickom syndróme.

II. hospitalizácia – po piatich mesiacoch bola pacientka hospitalizovaná na internom oddelení s nefrotickým syndrómom v remisii s obrazom masívneho bilaterálneho fluidotoraxu. Onkomarkery boli vysoko pozitívne, gynekologické vyšetrenie vyjadruje suspekciu z možného neoprocessu na vaječníku vľavo. Preložilo

na gynekologické oddelenie pre potrebu operačného riešenia.

■ Záver

Počas prvej hospitalizácie pacientky sa vykonali diagnostické postupy v súlade s jej zdravotným stavom a s úsilím nájsť maligné ochorenie. Výsledky MR vyšetrenia nepotvrdili nález malignity a zneistili hľadanie origa v ováriu. Vysoké hodnoty CA 125 mali jednoznačne viesť k úsiliu dokázať, resp. vylúčiť ich pôvod vo vaječníkoch (napr. laparoskopicky alebo laparotómiou). Pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti s dg. ascites pri nefrotickom syndróme bez odporúčania ďalšieho gynekologického sledovania. Pri následnej hospitalizácii na internom oddelení po 5 mesiacoch ju na základe objektívneho nálezu vysoko pozitívnych hodnôt CA 125 a veľkého ascitu, ju preložili na gynekologické oddelenie a realizovali operačný výkon.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Pri prvej hospitalizácii na internom oddelení nebola urobená správna diagnostika maligného ochorenia napriek tomu, že pri dvoch gynekologických konziliách sa odporúčala probatórna laparotómia s rýchlou histológiou. V zdravotnej dokumentácii však absentuje zápis gynekológa, že pacientka je odporučená na hospitalizáciu na gynekologické oddelenie a tiež zápis o potrebe ďalšieho gynekologického sledovania. Následne bola pacientka prepustená z interného oddelenia do domáceho ošetrovania bez odporúčania ďalšieho gynekologického vyšetrenia. Ďalších šesť mesiacov nebola vyšetrená gynekológom.

Nebolo zvolané konzílium všetkých zainteresovaných odborníkov s vyhotovením zápisnice o výsledku a s odporúčaním ďalšej diagnostiky a liečby. V prípade protichodných nálezov mohlo konzílium žiadať vyšetrenie na špecializovanom onkologickom pracovisku.

Na záver možno konštatovať, že po prvej hospitalizácii na internom oddelení neboli vyčerpané všetky diagnostické postupy, čím došlo k značnému omeškaniu v zahájení terapie a poškodeniu pacientky. Ani vykonaním realizovaných vyšetrovacích metód a laboratórnych vyšetrení sa nedospelo k diagnóze dominantného ochorenia a z tohto dôvodu nebola pacientka adekvátne liečená.

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

Úrad oboznámil zriaďovateľa (MZ SR) s výsledkami dohľadu a možnosťami uplatniť ďalšie nápravné opatrenia.

„Aj skúsený pôrodník by mal pri vzniku komplikácií privolať k výkonu ďalšieho odborníka. Komplikácie je povinný zaznamenať do zdravotnej dokumentácie.“

■ **Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia**

Pacientka 34-ročná primipara prijatá na gynekologickú kliniku v X. mesiaci gravidity, v 40. týždni s údajmi o pravidelných bolestiach v podbrušku trvajúcich asi 5 hodín pred prijatím. Pacientka bola pravidelne sledovaná v tehotenskej poradni, komplikácie počas gravidity sa neudávajú.

Vstupné gynekologické vyšetrenie pri prijatí hodnotí nálezy v medziach normy: hrdlo spotrebované, bránka na 4 cm, tenké poddajné okraje, plodová voda stojí, na vchod nalieha hlavička, kontrakcie nepravidelné, ozvy plodu 142/min., pôrodné cesty zrelé, naordinovaná kompletná príprava. V priebehu I. doby pôrodnej sa konštatuje slabá pôrodná činnosť, odporučená amniotómia a v prípade, že po nej nenaštúpi spontánna pôrodná činnosť, potreba pôrod viesť medikamentózne pomocou infúzie s Oxytocinom. Pôrod nastal 3 hodiny po prijatí pacientky. Počas vedenia pôrodu urobená episiotómia mediolat. l. sin, v zdravotnej dokumentácii popisovaná ruptúra parietis vaginae l. sin bez udania rozsahu ruptúry. Popis sutúry v dokumentácii bez pozoruhodností s lokálnou anestéziou 1-percentným Mesocainom. (!do episiotómie vložených 38 stehov, čas šitia 1 hodina 21 minút).

V záznamoch zo šestonedelia nie sú žiadne ordinácie, ktoré by svedčili o rozsiahlejšom poranení perinea. Od 3. dňa šestonedelia zaznamenané subfebrilné teploty do 37,5, pacientka subjektívne sa sťažuje na bolesť v episiotómii. Na 4. deň vykonané kontrolné vaginálne vyšetrenie so záverom: episiotómia sa hojí, je bez dehiscencie, odobratá kultivácia (nikde v zázname nie je údaj o probléme s episiotómiou.). Pacientka prepustená 5. deň po pôrode domov.

II. hospitalizácia – jeden deň po prepustení (6. deň po pôrode) opäť prijatá na gynekologickú kliniku s údajom spontánneho odchodu stolice a záverom: fistula rectovaginalis, chirurgické vyšetrenie a následne chirurgické konzílium druhý deň po prijatí na druhú hospitalizáciu stav hodnotí ako fistula rectoperinealis s defektom v oblasti perinea s priemerom 4 cm. V piaty deň hospitalizácie vykonaná chirurgická revízia perinea s deriváciou stolice sigmoideostómiou. V 27. deň hospitalizácie prepustená do domáceho liečenia.

III. hospitalizácia – na gynekologickú kliniku prijatá opakovane po viac ako mesiaci a pol pre pretrvávajúcu rektoperineálnu fistulu s priemerom 2-3 mm s potrebou excízie fistuly a plastiky recta a sutúry fistuly.

IV. hospitalizácia – tri mesiace od poslednej tretej hospitalizácie prijatá na chirurgickú kliniku, kde je vykonaná oklúzia sigmoidostómie, následne realizovaná evakuácia perineálneho abscesu, sutúra vaginálneho a rektálneho ústia fistuly.

Po 10 dňoch uskutočnená revízia perineálnej oblasti, gynekológ revidoval pošvovú

časť, je popísaný defekt v perineu s veľkosťou 3 cm, následne je vykonaná excízia fistuly, sutúra rectovaginálneho septa et vaginae, sutúra recta, ligatura elastica, sigmoideostómia.

■ Záver

Zdravotný stav pacientky po 4. hospitalizácii a po skoro 8 mesiacoch od pôrodu hodnotený v subjektívnej rovine ako stabilizovaný s ústupom bolestí, objektívny nález hodnotený ako primeraný stavu po poslednej operácii, palpačne nebola zistená prítomnosť oslabenia steny rektovaginálneho septa, nezistená prítomnosť rektovaginálnej fistuly.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Podcenenie rozsahu poranenia perinea a pošvy pôrodnikom po rozsiahlej episiotómii. V zdravotnej dokumentácii je uvedený nález episiotómie vľavo a ruptúra pošvy s naložením 38 stehov. Je pravdepodobné, že pri týchto poraneniach došlo aj k poraneniu sfinktera a steny recta, čo pôrodník pri rozsiahlom poranení nepostrehol. Pre túto skutočnosť svedčí fakt, že k fistula sa objavila už 7. deň po pôrode. K rozpadu perinea prispelo to, že do oblasti bolo dané veľké množstvo stehov, čo viedlo k ischémii a nekróze. V prípade, že by stena rekta nebola poškodená pri pôrode, fistula by nevznikla, pretože rektum má iné cieвне zásobenie ako pošva a perineum, to znamená, že ischemická nekróza perinea neovplyvní rektum.

Nedostatočné vedenie zdravotnej dokumentácie: nebol zaznamenaný rozsah poranenia, čím boli uvedení do omylu aj ďalší zdravotnícki pracovníci na oddelení šestonedelia. Pôrodník neprivolal k sutúre rozsiahlej episiotómie pohotovostného lekára a na túto komplikáciu ani neupozornil. Tomuto stavu bolo možné teoreticky predísť ošetrením poranení lege artis, t. j. šitím poranených častí po vrstvách. V žiadnom prípade nemôže byť v tejto oblasti také veľké množstvo stehov. Postup pôrodníka pri vedení pôrodu bol non lege artis.

■ Dohľadom na mieste sa zistilo, že

1) v poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke boli nedostatky v zmysle porušenia s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.,

2) vo vedení zdravotnej dokumentácie boli nedostatky v zmysle porušenia § 21 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona. Úrad oznámil zriaďovateľovi (MZ SR) výsledok dohľadu a jeho možnosti uplatniť ďalšie nápravne opatrenia.

„Aj nediagnostikovaná bronchopneumónia môže byť príčinou smrti rodičky“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

Gravidná 31-ročná pacientka bola počas tehotenstva v starostlivosti obvodnej gynekologičky, ktorá ju poukázala do dispenzárnej starostlivosti ambulancie termínovanej gravidity, kde bola vyšetrená so záverom fyziologickej gravidity bez subj. ťažkostí. O 6 dní v skorých ranných hodinách pacientka navštívila LSPP pre niekoľko dní trvajúce búšenie srdca, dušnosť, pocit dusenia a opuchy dolných končatín, odkiaľ bola odoslaná na urgentný príjem a odtiaľ na gynekologické oddelenie. Pacientku s príznakmi preeklampsie a nepravidelnou tonizáciou prijali priamo na pôrodnú sálu a pripravili ju na pôrod. O tri hodiny jej indikovali operačné ukončenie gravidity pre podozrenie na intrauterinnú infekciu s vitálnym ohrozením plodu. Pacientke clonenej ATB a heparinizovanej bola vykonaná v spinálnej anestéze nekomplikovaná operácia. Počas anestézy pacientka udávala výrazné zlepšenie subjektívnych ťažkostí. V pooperačnom období sa objavili po prechodnom zlepšení stavu opakované problémy s dýchaním, zvýraznil sa kašeľ, náhle došlo k stavu bezvedomia a zástave srdca. Po zahájení kardiopulmonálnej resuscitácie sa obnovila spontánna akcia srdca a pacientku za neustálej resuscitácie preložili na OAIM. Po opakovanej asystólii sa podarilo obnoviť sínusový rytmus len krátkodobo a sporadicky, pulzy na veľkých artériách boli nehmateľné. Po jeden a pol hodiny trvajúcej kardiopulmonálnej resuscitácii bol konštatovaný exitus letális.

Z protokolu zo súdnolekárskej a patologickoanatomickej pitvy vyplýva, že priamou príčinou smrti bola obojstranná pľúcnolobárna pneumónia. Prvotnou príčinou aortálna stenóza s hypertrofiou ľavej komory.

■ Záver

Gravidná pacientka s nediagnostikovanou aortálnou stenózou bola sledovaná obvodnou gynekologičkou s diagnózou fyziologickej gravidity, ktorá sa nevytláčila ani v ambulancii termínovanej gravidity. Následne po 6 dňoch sa však dostavila dušnosť a zhoršenie celkového stavu a pacientka bola lekárom urgentného príjmu presunutá na pôrodnej sály gynekologicko-pôrodnického oddelenia. Opakované konziliárne interné vyšetrenie zhodnotilo stav ako infekt dýchacích ciest. Následne sa operačne ukončila gravidita v spinálnej anestéze. Po prechodnom období zlepšenia dochádza k náhlemu zhoršeniu zdravotného stavu s kardiopulmonálnym zlyhávaním. Napriek intenzívnej kardiopulmonálnej resuscitácii pacientka v ten istý deň na OAIM zomiera.

■ **Zhrnutie úradu**

Pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

1) Pacientke počas života nebola diagnostikovaná žiadnym ošetrojúcim lekárom stenóza aortálonej chlopne. Zo záverov pitevného protokolu vyplýva, že nebola diagnostikovaná ťažká bronchopneumónia, ktorá sa závažným spôsobom podieľala na zhoršení primárneho ochorenia.

2) V zdravotnej dokumentácii obvodnej gynekologičky absentuje zápis o subjektívnych ťažkostiach, ako aj celkové fyzikálne vyšetrenie pacientky, ktorá ju odoslala do ambulancie termínovanej gravidity.

3) V zázname ambulancie termínovanej gravidity je uvedené, že pacientka je bez subjektívnych ťažkostí. Dušnosť pacientky bola daná do súvislosti s vysokým stupňom gravidity.

4) Službukonajúci lekár LSPP hodnotil stav pacientky ako vážny a odoslal ju na urgentný príjem.

5) Službukonajúci lekár urgentného príjmu internista, pacientku nevyšetрил, len telefonicky zabezpečil jej príjem na gynekologicko-pôrodnické oddelenie.

6) Pri prijatí na pôrodnú sálu sa v záznamoch popisuje dušnosť, čisté dýchanie, tachykardia, edémy predkolení. Nebol privolaný internista na konzílium ani pri prijíme, ani pri kontrolnom vyšetrení.

7) Predoperačné vyšetrenie vykonal gastroenterológ, ktorý dýchavicu vyhodnotil ako susp. infekt dýchacích ciest. Nevyjadril sa k operácii ani neodporučil liečbu a neadekvátne zhodnotil celkový stav pacientky.

8) Postup lekárov gynekologicko-pôrodnického oddelenia nebol náležitý vzhľadom na to, že sa nevykonali všetky zdravotné postupy na správne určenie choroby. Nebola správne posúdená závažnosť zdravotného stavu pacientky, nebol okamžite privolaný internista na konziliárne vyšetrenie, nebolo zvolané konzílium príslušných odborníkov (internista, kardiológ, anesteziológ, gynekológ).

■ **Dohľadom na mieste sa zistilo, že**

1) v poskytovaní zdravotnej starostlivosti boli nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.,

2) vo vedení zdravotnej dokumentácie boli nedostatky v zmysle porušenia § 21 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ **Sankcie**

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

Úrad oznámil zriaďovateľovi príslušnému na vydanie povolenia na prevádzku zdravotníckeho zariadenia výsledky dohľadu s možnosťou prijať nápravné opatrenia.

„S cieľom vylúčiť malígne ochorenie je potrebné realizovať všetky dostupné diagnostické výkony“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

50-ročná pacientka vyšetrená v novembri 2004 pre pretrvávajúce problémy GIT-u (USG žlčových ciest). V rámci preventívnej gynekologickej prehliadky absolvovala USG ženských orgánov a prsníka, s odporúčaním absolvovať cytoster. Objektívny nález bol uzavretý ako negatívny, ale na USG bola diagnostikovaná cysta na ľavom vaječníku. V decembri toho roku sa vykonalo USG vyšetrenie orgánov brušnej dutiny, pri ktorom sa zistili ložiskové zmeny v pečeni. Odporúčené CT vyšetrenie pečene. Na CT vyšetrení popísané hemangiómy pečene. V januári 2005 pri kontrolnom USG vyšetrení zistený žlčníkový kameň a ložiskové zmeny na pečeni. Urobené predoperačné interné vyšetrenie.

I. hospitalizácia – v polovicike januára 2005 urobená cholecystektómia, pri operácii sa zistilo pokročilé nádorové ochorenie ženských orgánov s rozsevom metastáz po celej brušnej dutine a v pečeni. Odobratá vzorka z ložísk na histologické vyšetrenie neskôr potvrdila, že ide o nádorový proces s pravdepodobným primárnym zdrojom vo vaječníku. Nebol však už počas operačného zákroku prizvaný na konzultáciu gynekológ. Pacientku po 5 dňoch po zákroku prepustili do domáceho liečenia.

II. hospitalizácia – koncom januára v NOU vykonaná operácia s odstránením vnútorných ženských orgánov. Histologické vyšetrenie neskôr ukázalo, že ide o zhubnú formu nádoru vaječníka. Následne pacientka absolvovala I. cyklus chemoterapie.

■ Záver

Podľa nálezu na ľavom vaječníku na USG bolo potrebné opakovať USG vyšetrenie o 3-4 týždne aj s odberom nádorových markerov. Keďže podľa CT nálezu ložiská na pečeni boli hodnotené ako hemangiómy a nie metastázy, podozrenie na nádorový proces bolo vylúčené. Počas chirurgického zákroku v januári (cholecystektómia) sa nevykonalo predoperačné histologické vyšetrenie nádorového tkaniva s cieľom zistiť primárny zdroj nádorového procesu (t. j. s výsledkom ešte počas operácie) a po vyslovení podozrenia na pravdepodobný zdroj nádorového procesu v ženských orgánoch nebol privolaný na konzultáciu o priebehu operácie gynekológ.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Podcenenil sa USG nález u cystického útvaru na ľavom ováriu, nerealizovali sa všetky dostupné diagnostické výkony, aby sa vylúčilo malígne ochorenie – u pacientky sa nevyšetrili nádorové markery, menovite CA 125 a neabsolvovala kontrolné USG vyšetrenie orgánov malej panvy.

■ Kazuistiky 2005

Nevyčerpanie všetkých dostupných diagnostických možností po zistení ložiskových zmien na pečeni. (Chybný diagnostický záver pri CT vyšetrení – nerozpoznanie metastáz.)

Dohľadom na mieste sa zistilo porušenie § 4 a § 54 zákona NR SR č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a následne § 4 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

„Vykrvácanie po katetrizácii“

■ Z anamnézy a vyšetrení

Pacientka s ischemickou chorobou srdca, hypertenziou II. štádia, hyperlipoproteinémiou a ďalšími rizikovými faktormi (obezita s 25 % nadváhou, susp. vredová choroba gastroduodéna, refluxnú ezofagitída, steatóza pečene, varixy, bolestivý vertebrogénny syndróm a myomatózny uterus) bola prijatá na kardiologické oddelenie na komplexné vyšetrenie s nálezom instabilnej angíny pectoris a trojcievneho koronárneho postihnutia. Na základe uvedenej diagnózy bola indikovaná kardiochirurgická revaskularizácia. Následne sa u pacientky po absolvovaní predoperačných vyšetrení vykonalo koronarografické vyšetrenie Seldingerovou metódou z pravej inguiny cez artériu femorális.

Na druhý deň po výkone sa pacientka sťažovala na nauzeu, zvracanie, bolesti v krížoch a epigastriu a tiež na bolesti pravej hornej končatiny. V mieste vpichu nebol nájdený významný patologický nález. Po 24 hodinách pacientka udávala bolesti a trpnutie pravej dolnej končatiny. Bola jej nasadená lokálna liečba a na tretí deň bola pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti s uvedením, že v mieste vpichu sa nenachádza hematóm významného rozsahu, nie sú príznaky ďalšieho krvácania a pacientka je v hemodynamicky stabilizovanom stave.

Pre bolesti v epigastriu a intenzívne bolesti v pravej dolnej končatine navštívila pacientka na tretí deň po prepustení v doobedňajších hodinách praktickú lekárku, ktorá jej odporučila gastrofibroskopické vyšetrenie a naďalej lokálnu liečbu Heparoidom. V zázname bolo uvedené, že pacientka má krvný výron na stehne veľký 15 x 20 cm.

V ten istý deň vo večerných hodinách pre neznesiteľné bolesti a silný opuch pacientku rýchlou lekárskou službou priviezla v šokovom stave na centrálny príjem. Lekár OAIM zahájil okamžitú protišokovú liečbu. Pre rozsiahly hematóm v podkoží bola indikovaná operačná revízia, ktorú vykonali službukonajúci chirurgovia.

Operatér po evakuácii a odsávaní rozsiahleho hematómu indentifikoval zdroj krvácania, uzavrel otvory v stene cievy a po výplachu rany, drenáži a kontrole hemostázy ukončil operačný výkon. Pacientka bola preložená na OAIM, na ktorom sa pokračovalo v masívnom hradení volumu a ionotropnej liečbe. Po prechodnej stabilizácii stavu došlo k prejavom hemodynamickej instability, dysrytmii, asystólii a následne pacientka zomrela.

Klinické diagnózy: hypovolemický šok, stav po koronarografii, chronická ischemická choroba srdca s viacerými postihnutiami koronárnych artérií, esenciálna hypertenzia, susp. vredová choroba gastroduodéna.

■ Epikritické zhrnutie

Polymorbidnej pacientke sa na špecializovanom kardiologickom pracovisku vykonalo koronarografické vyšetrenie Seldingerovou metódou. Bolo správne a vhodne indikované, vykonané na kompetentnom pracovisku erudovanými zdravotníckymi pracovníkmi. Zárok bol vykonaný na chorobne zmenenom cievnom systéme. Pacientka v hemodynamicky stabilizovanom stave a nezávažným hema-

tómom v mieste vpichu bola prepustená do ambulantnej starostlivosti. Všeobecná lekárka pri ambulantnom vyšetrení skonštatovala, že hematóm na stehne vykazuje počiatočné štádia hojenia. Vo večerných hodinách toho istého dňa došlo k výraznému zhoršeniu stavu, k silnej bolesti v pravej dolnej končatine a pacientka bola RZP prevezená do príslušného regionálneho zariadenia. Pre príznaky začínajúceho šoku bola hospitalizovaná na OAIM. Rozsiahly hematóm na pravom stehne bol operačne revidovaný chirurgom v ťažko poškodenom a prekrvácanom prostredí. Po krátkom zlepšení zdravotného stavu došlo k zhoršeniu hemoragického šoku, ktorý sa nepodarilo zvládnuť a pacientka exitovala.

■ Pitva

Z protokolu zo súdnolekárskej a patologickoanatomickej pitvy vyplýva, že príčinou krvácania bola ruptúra artérie femoralis l. dx. v súvislosti s katetrizáciou popri ďalších mnohopočetných iatrogénnych subruptúrach steny uvedenej artérie.

Ďalšie nálezy: cor hypertonicum, disseminovaná myofibróza ľavej komory, chronická insuficiencia oboch srdcových komôr a arteriosklerotická nefroskleróza. Bezprostrednou príčinou smrti bol hemoragický šok so zlyhaním cirkulácie.

■ Zhrnutie úradu

1) V poskytovaní zdravotnej starostlivosti boli zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

2) Vo vedení zdravotnej dokumentácie boli zistené nedostatky v zmysle porušenia § 21 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ Sankcie a opatrenia

1) V rámci prijatia nápravných opatrení uložených štatutárnemu orgánu zriaďovateľ špecializovanému kardiologickému pracovisku odporučil venovať zvýšenú pozornosť

- monitoringu zdravotného stavu pacientov po vykonaní invazívneho zákroku,
- vedeniu zdravotnej dokumentácie.

2) Prostredníctvom štatutárneho zástupcu regionálnej nemocnice zabezpečiť, aby sa prehodnotili zdravotné výkony, ktoré môže toto pracovisko vzhľadom na typ zdravotníckeho zariadenia vykonávať, resp. ktoré zákroky je potrebné odoslať na vyššie špecializované pracovisko.

■ Poučenie

1) Príznaky a najmä možnosť vzniku krvácania na zmenenej cievnej stene pravej femorálnej artérie podcenili všetky tri úrovne poskytujúce zdravotnú starostlivosť.

2) Počas hospitalizácie na špecializovanom kardiologickom pracovisku sa dostatočne nevenovala pozornosť vývoju zdravotného stavu pacientky po vykonaní invazívneho zákroku a nedostatočne sa viedli záznamy v zdravotnej dokumentácii.

3) Všeobecný lekár pri ambulantnej kontrole pacientky nevyužil všetky dostupné možnosti diagnostiky a liečby v súvislosti s jej aktuálnym zdravotným stavom.

4) V závažnom zdravotnom stave, ktorý si vyžadoval urgentnú chirurgickú intervenciu bola pacientka hospitalizovaná v regionálnom zdravotníckom zariadení.

Operatéri nedostatočne zhodnotili stav cievneho ochorenia (stav po predchádzajúcej koronarografii) a po stabilizácii stavu okamžite neodoslali pacientku na vyššie špecializované pracovisko. Vykonaný operačný zákrok bol vzhľadom na poškodenie artérie nedostatočný.

5) Pri pitve sa zistilo opakované roztrhnutie chorobne zmenenej stehnovej tepny v mieste nesúvisiacom s predchádzajúcim operačným zákrokom .

„Nesprávne indikovaná artroskopia“

■ Z anamnézy a vyšetrení

45-ročná pacientka bola prijatá 31. 1. 2005 na oddelenie úrazovej chirurgie a ortopédie na plánovaný operačný výkon – artroskopiou pravého kolena. Podľa anamnézy jej 20. 12. 2004 vrazil snowboardista do pravého kolena, odvtedy pociťovala bolesti v popliteálnej jamke a nestabilitu v kolene. Dňa 28. 1. 2005 sa vykonalo interné predoperačné vyšetrenie, ktoré dokumentuje užívanie antikoncepcie 4 roky, asymetrické pripúchanie pravej dolnej končatiny pretibiálne, FW: 60/80 odporučené vysadenie antikoncepcie a ďalšie vyšetrenia po operácii. Pri prijatí na oddelenie popisovaný lokálny nález: koleno bez náplne, väzy pevné, zásuvkový príznak negatívny, meniskové príznaky negat. Dňa 1. 2. 2005 v celkovej anestéze urobená artroskopia, parciálna menisectomia a ľaváž kolena. V prepúšťacej správe z oddelenia sa uvádza, že operačný zákrok prebehol bez komplikácií, po zákroku sa cíti dobre a rehabilituje a v zlepšenom stave prepustená do domácej liečby 7. 2. 2005. V ten istý deň hospitalizovaná na internej klinike iného zdravotníckeho zariadenia pre progredujúcu dýchavicu udávanú už v pooperačnom období. V lokálnom náleze pravé lýtko edematózne, presiaknuté s mramorovanou kožou. Diagnostikovaná bola pľúcna embolizácia na základe ileofemoropopliteálnej trombózy pravej končatiny. Scintigrafický nález s výraznými poruchami perfúzie potvrdzuje embolizáciu do vetiev a. pulmonalis, ECHO kardiografický nález potvrdzuje ťažkú pľúcnu hypertenziu. Zahájila sa antikoagulačná liečba. Pacientka bola poučená o liečbe a možných komplikáciách. V stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti 21. 2. 2005.

■ Zhrnutie úradu a sankcie

Pacientka bola prijatá na plánovaný operačný výkon i napriek tomu, že podľa interného predoperačného vyšetrenia okrem odporúčenia vynechať antikoncepciu neboli zohľadnené aj ostatné rizikové faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku tromboembolickej choroby, ako je priame poškodenie cievnej steny (úraz lyžiárom) a spomalenie toku v žilovom riečisku (použitie tourniquettu pri artroskopii). Vzhľadom na uvedené skutočnosti operačný výkon – artroskopia sa nemal vôbec realizovať! V zdravotnej dokumentácii (chorobopise) chýba primárny objektívny lokálny nález lekára, ktorý vlastne indikoval pacientke artroskopické vyšetrenie. Podľa objektívneho nálezu lekára prijímajúceho pacientku v podstate nebola indikácia na operačný výkon. Pacientke podľa dokumentácie sa profylakticky nepodával nízkomolekulárny heparín. Vedenie zdravotnej dokumentácie bolo nedostatočné.

■ Dohľadom na mieste sa zistilo, že

- 1) poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientke nebolo v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.,
- 2) v zdravotnej dokumentácii chýba ošetrovateľská dokumentácia, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie, čím poskytovateľ zdravotnej starostlivosti porušil § 19 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Úrad podal návrh orgánu príslušnému na vydanie povolenia (VÚC) na uloženie pokuty poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.

Poznámka: súčasne prebieha vyšetrovanie okresným riaditeľstvom Policajného zboru Slovenskej republiky, Úradom justičnej a kriminálnej polície, odborom skráteneho vyšetrovania z podnetu poškodenej.

■ Poučenie

Podľa objektívneho lokálneho nálezu lekára, ktorý pacientku prijímal, nebol operačný výkon indikovaný. Pri internom vyšetrení sa zistil opuch pravého predkolenia. V anamnéze sa uvádza užívanie kontraceptív. Kontraceptíva sú hlavnou príčinou žilového tromboembolizmu u žien. U pacientky boli na vznik tromboembolickej choroby splnené všetky podmienky Virchowovej triády:

- priame poškodenie cievnej steny (priamy úraz lyžiarom),
- spomalenie toku v žilovom riečisku (použitie tourniquettu pri artroskopii),
- hyperkoagulačný stav u žien užívajúcich kontraceptíva.

Vzhľadom na uvedené skutočnosti pacientka nemala byť operovaná. V predoperačnej príprave sa mal hyperkoagulačný stav a opuch dolnej končatiny diagnosticky doriešiť. Kontraceptíva je potrebné vysadiť minimálne na jeden mesiac. Prokoagulačný účinok kontraceptív po vysadení vymizne do 3 mesiacov.

„Nepoznaná appendicitída“

■ Z anamnézy

61-ročný pacient odoslaný LSPP na chirurgickú ambulanciu na difereciálnu diagnostiku náhlej brušnej príhody. Po vyšetrení prijatý na chirurgické oddelenie s diagnózami: colica abdominalis, stav po CHE, DM na inzulíne, psychóza.

■ Z vyšetrení

Pri prijatí nález na natívnu rtg. brucha – subileózný stav tenkého a hrubého čreva, na USG vyšetrení brucha potvrdený subileózný stav hrubého čreva. V pomocných vyšetreniach sa zistili vyššie hodnoty zápalových markerov (FW, CRP, leukocytóza), hyperglykémia, T 37,8° C. Na druhý deň sa vykonalo rektoskopické vyšetrenie (pred vyšetrením klyzma) a kontrolné natívne rtg. brucha, ktoré bolo hodnotené ako ileózný stav tenkého a hrubého čreva.

■ Epikritické zhrnutie

Pacient s podozrením na náhlu brušnú príhodu prijatý na chirurgické oddelenie, kde bol vyšetrovaný. Plánované kolonoskopické vyšetrenie pacient na tretí deň hospitalizácie odmietol a žiadal sa do domáceho liečenia, do ktorého bol aj prepustený. Na druhý deň ráno po prepustení nájdený doma mŕtvy. Prehliadajúci lekár nariadil vykonanie pitvy.

■ Pitva

Zistený akútny hnisavý gangrenózný zápal červovitého príviesku slepého čreva s perforáciou a následnou difúznou hnisavou peritonitídou, ktorá bola bezprostrednou príčinou smrti.

■ Zhrnutie úradu a prijaté sankcie

Zo záverov vykonaného dohľadu vyplýva porušenie nasledujúcich právnych noriem:

- § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.,
- § 6 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. o informovanom súhlase,
- § 21 ods. 1 písm. a) a e) citovaného zákona v uvedení presného času a dátumu zápisu do zdravotnej dokumentácie a o zápise iných vyšetrení do zdravotnej dokumentácie.

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona. Generálna prokuratúra podanie akceptovala a vo veci koná. Úrad oznámil zriaďovateľovi (VÚC) výsledky dohľadu a jeho možnosti uplatniť ďalšie nápravné opatrenia.

■ Poučenie

Z pitevného nálezu a vyšetrených okolností vyplýva, že zápal červovitého príviesku slepého čreva bol vo svojej iniciálnej fáze prítomný u nebohého už pred prijatím do nemocnice, kde sa po prijatí skomplikoval, prešiel do flegmóny a gangrény príviesku. Po prepustení domov došlo k jeho perforácii a následnej peritonitíde.

Podcenil sa význam výsledkov niektorých pomocných vyšetrení (zápalových markerov, USG a natívnych rtg. brucha, najmä kontrolnej snímky) na úkor subjektívnych údajov od pacienta, ktorý, ako sa v dokumentácii zdôrazňuje, bol v liečbe psychiatra. Kontrolné psychiatrické vyšetrenie alebo konzultácia sa nevykonala, čo pokladáme za závažný fakt diskvalifikujúci poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Vo vedení zdravotnej dokumentácie boli zistené nedostatky a za najzávažnejší v tomto zmysle považujeme nedostatočne zdokumentovaný informovaný súhlas pacienta pri prepustení s poučením o možných komplikáciách ochorenia.

„Iatrogénne poranenie žľčových ciest“

■ Z anamnézy a vyšetrení

33-ročná pacientka bola hospitalizovaná na chirurgickom oddelení nemocnice od 5. 8. 2005 do 10.8.2005 pre 6 dní trvajúce bolesti brucha a príznaky akútnej kalkulóznej cholecystitídy (podľa USG). Dostala parenterálnu antibiotickú liečbu, diétu, po zlepšení stavu bola pacientka bez subjektívnych ťažkostí prepustená do domáceho liečenia. Vzhľadom na indikovanú laparoskopickú cholecystektómia bola objednaná na prijatie na 12. 9. 2005. Po prijatí v tento deň bola pacientka informovaná o podstate operácie, o celi výkonu a rizikách, nežiaducich účinkoch, komplikáciách a iných dôležitých skutočnostiach vrátane možného poranenia žľových ciest, ktoré sa v niektorých prípadoch zistí až pooperačne a ktorého liečba si vyžaduje reoperáciu. Pacientka dala na výkon informovaný súhlas, v rámci ktorého svojím podpisom potvrdila, že bola v úplnom rozsahu oboznámená s laparoskopickou operáciou žľčníka, jej priebehom, možnými rizikami, boli zodpovedané všetky jej otázky a že odpovediam porozumela. Svojím podpisom pacientka potvrdila, že sa pre operáciu rozhodla slobodne, bez nátlaku, pri plnom vedomí, a že súhlasí s jej vykonaním.

Dňa 13. 9. 2005 bola vykonaná laparoskopická cholecystektómia. Podľa operačného nálezu počas operácie bol nájdený hrubostenný, výrazne naplnený žľčník, z ktorého sa vypungovalo 30 ml hydropickej tekutiny. Bol prerušený ductus cysticus a arteria cystica. Pri preparácii mezocholecysty z mediálnej steny sa objavila žľč. Predpokladal sa aberantný, resp. zdvojený ductus cysticus vychádzajúci z ductus choledochus, resp. z ľavého ductus hepaticus, ktorý bol po naložení troch centrálnych svoriek prerušený. Následne sa uskutočnila retrográdna subserózna cholecystektómia. Pri toalete v oblasti Caltovho trojuholníka žľč prítomná nebola. Subhepatálne bol zavedený Redonov drén a laparoskopicky extrahovaný žľčník primeranej veľkosti s výrazne zhrubnutou stenou, slatinovitou sliznicou a v lumene s jedným konkrementom veľkosti čerešne.

Dňa 14. 9. 2005 sa pacientka občasne sťažovala na mierne bolesti a nauzeu. Laboratórne bol zachytený vzostup bilirubínu a transamináz. Secernácia z drénu prítomná nebola. Dňa 15. 9. 2005 sa uskutočnilo USG vyšetrenie, ktorým sa zistila len minimálna dilatácia intrahepatálnych žľčovodov bez voľnej tekutiny v subhepatálnej oblasti a prítomnosť malého množstva voľnej tekutiny v cavum Douglasi. Dňa 16. 9. 2005 sa vykonalo kontrolné USG vyšetrenie brucha a brušných orgánov, ktorým sa zistila prítomnosť malého množstva voľnej tekutiny v hepatorenálnom uhle a v cavum Douglasi. Ductus choledochus mal vo viditeľnej časti priemerne 7 mm bez prejavov litiázy. Vzhľadom na vzostup laboratórnych hodnôt bilirubínu a pretrvávajúcu eleváciu hepatálnych testov bol dňa 16. 9. 2006 vykonaný pokus o ERCP, avšak pre zlé anatomické pomery a napriek opakovaným pokusom bol neúspešný. Pre pretrvávajúce ikteru s nemožnosťou vylúčiť léziu žľových ciest bolo kontaktované referenčné pracovisko, na ktoré bola 16. 9. 2005 pacientka preložená a 17. 9. 2005 sa uskutočnila operačná revízia, pri ktorej bola našitá hepatickojejunoanastomóza podľa Rouxa.

■ Epikritické zhrnutie

Pacientka po iatrogénnej lézii ductus choledochus pri laparaskopickej cholecystektómii bola preložená na špecializované pracovisko, na ktorom sa po doplňujúcich vyšetreniach urgentne vykonala operačná revízia. Urobená hepatokejunoanastomóza sec. Roux Y. V pooperačnom priebehu pri ATB liečbe nastal výrazný pokles transamináz, afebrilná, rana zhojená per primam, v dobrom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti 26. 9. 2005.

■ Zhrnutie úradu a uložené sankcie

Pochybenie v liečebnom postupe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti spočíva v tom, že pri operácii pacientky 13. 9. 2005, počas ktorej došlo k poškodeniu ductus choledochus, neuskutočnil konverziu na štandardnú laparotómiu, ktorou by zabránil následnej biliárnej peritonitíde, ale spoľahol sa na ošetrovaním. Následkom tohto rozhodnutia došlo v nasledujúcich dňoch k zhoršeniu zdravotného stavu pacientky, čo si vyžiadalo operačnú revíziu.

Dohľadom na mieste sa zistilo, že v poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Úrad na základe rozhodnutia osobitnej komisie predsedu úradu uložil pokutu vo výške 100 tis. Sk poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti.

■ Poučenie

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľ postupoval v súlade so štandardnými teraupetickými postupmi až do momentu poškodenia ductus choledochus, keď predpokladal anatomickú anomáliu (ktorú pred operáciou nebolo možné zistiť) a ktorú sa snažil ošetriť klipovaním. Konverzia na štandardnú laparotómiu by zabránila následnej biliárnej peritonitíde z poškodenia žľčových ciest.

„Nepodceňujte anamnestické údaje rodičov“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

4-ročné dieťa (pacient) opakovane liečené v roku 2004 na zápal horných dýchacích ciest, ktorý sa opakoval aj koncom roku 2004 a začiatkom roku 2005. Bolo opakovane preliečené antibiotikami. Ošetrojúca lekárka (praktická lekárka pre deti a dorast) okrem zápalu nosohltana nezistila iné klinické prejavy ochorenia, preto nepovažovala za potrebné vyšetriť krvný obraz. Ten bol vyšetrený až v imunologickej ambulancii začiatkom roku 2005 imunologičkou, ktorá našla petéchie na tvári a krku. V krvnom obraze bola prítomná leukocytóza, trombocytopenia a anémia. Výsledky zaslala praktickej lekárke pre deti a dorast, ktorú v tom čase zastupoval nemenovaný lekár, ktorý pacientovi naordinoval liečbu železom. Vzhľadom na zhoršujúci sa zdravotný stav (subfebrility, únava, modriny), rodičia zabezpečili vyšetrenie krvného obrazu vo FN a na základe výsledkov bol pacient prijatý s podozrením na akútnu hemoblastózu. V príslušnom zdravotníckom zariadení sa potvrdila diagnóza akútnej lymfatickej leukémie typu T. Pacient tu bol adekvátne liečený cytostatikami, avšak o dva mesiace exitoval s príznakmi pneumónie a septického šoku.

Hospitalizácia – začiatkom februára 2005 pacienta hospitalizovali ako akútny príjem (život ohrozujúci stav) pre akútnu leukémiu s hyperleukocytózou, trombocytopeniou a ťažkou anémiou. Po celom tele mal hematómy, zistila sa hepatosplenomegália (+4/+3cm), uzlinový syndróm (lymfadenomegália). Zahájená bola chemoterapia a chemoterapia. V polovici marca nastalo zhoršenie zdravotného stavu a exitus na príznaky pneumónie.

■ Záver

Ošetrojúca lekárka na základe skutočností: opakované zápaly horných dýchacích ciest a zhoršený klinický stav pacienta, závažné údaje z rodinnej anamnézy (otcova matka zomrela na rakovinu kostnej drene a matkin brat mal leukémiu), ako aj na naliehanie rodičov mala vyšetriť krvný obraz.

Vzhľadom na typ leukémie sa nedá jednoznačne dokázať skutočnosť, či diagnostikovanie akútnej lymfatickej leukémie o niekoľko týždňov skôr by malo podstatný vplyv na priebeh ochorenia.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Podcenenie údajov z rodinnej anamnézy a významu vyšetrenia krvného obrazu pri opakovaných zápaloch horných dýchacích ciest. Zanedbanie kontrolných vyšetrení krvných parametrov s cieľom sledovať dynamiku parametrov po vyšetrení krvného obrazu imunologičkou v januári 2005.

Dohľadom sa zistilo:

1) porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v časti zabezpečenia správne stanovenej diagnózy,

2) porušenie § 19 ods. 2 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z.

■ **Sankcie**

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa § 224 ods. 2 Trestného zákona.

„Nepodceňujte nežiaduce účinky liekov“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

I. hospitalizácia – dieťa vo veku 4 rokov privezené 1. 3. 2005 na detskú kliniku po predchádzajúcej poruche vedomia s krčmi. Základné laboratórne vyšetrenia a očné vyšetrenia poskytli výsledky v medziach normy. Dieťa následne vyšetрил neurológ, na odporúčanie ktorého sa na druhý deň realizovalo EEG vyšetrenie s nálezom patologického grafu. Dieťa bolo nastavené na antiepileptickú liečbu s postupne sa zvyšujúcou dávkou Lamictalu. Doplnené CT vyšetrenie s nálezom známok mozgovej bifrontálnej atrofie, čiastočne i mozočkovej (kôrovej). Na 8. deň hospitalizácie sa stav skomplikoval nozokomiálnou infekciou (enterovírus), čo vyžadovalo parenterálnu rehydratáciu a postupnú realimentáciu pacienta. Na 11. deň bolo dieťa prepustené v dobrom stave do ambulancie starostlivosti s odporúčaním užívať Lamictal á 25 mg 1/4-0-1/4 tbl do 13. 3. 2005, od 14. 3. 2005 1/4-0-1/2, po týždni zvýšiť na 1/2-0-1/2 tbl., tabletu rozžuvať a dispenzarizácia v neurologickej ambulancii.

II. hospitalizácia – dňa 18. 3. 2005 zhoršenie stavu dieťa, rehospitalizácia na detskej klinike pre dyspeptické ťažkosti, ktoré vznikli počas ambulantnej liečby respiračnej infekcie Amoksiklavom. Od nasledujúceho dňa dochádza k zhoršovaniu stavu, výsevu vyrážok na koži končatín a trupu. Stav hodnotený ako nežiaduci účinok liečby Lamictalom aj v kombinácii s Amoksiklavom. Naordinovaná liečba antihistaminikami, postupne sa znižuje dávka Lamictalu, 30. 3. 2005 vysadená, dieťa nastavené na Diazepam. Pre prítomné známky infektu dýchacích ciest a spojiviek pri negatívnych kultiváciách a vzostupe zápalových ukazovateľov v laboratórnych výsledkoch nasadená parenterálna ATB liečba. Dňa 31. 3. 2005 sa mení kožný nález, prítomné sú ojedinelé bulózne eflorescencie na tvári – lokálne ošetrené. Dňa 5. 4. 2005 sa stav dieťaťa ďalej zhoršuje, prítomná dysfónia, dieťa opakovane zvracia, vo zvratkoch prítomné malé množstvo natrávenej krvi. Pre dysfóniu realizované ORL vyšetrenie s nálezom áft na epiglotis aj v hrtane. Vzhľadom na možnú progresiu stavu s nutnosťou ventilačnej podpory dieťa preložené 5. 4. 2005 na kliniku akútnej a intenzívnej medicíny s diagnózou erythema exudativum multiforme – Stevens-Johnsonov sy.

III. hospitalizácia – na klinike akútnej a intenzívnej medicíny v spolupráci s kožným a očným lekárom modifikovaná antibiotická liečba, nasadená antimykotická a virostatická terapia. Antiepileptickú liečbu neurológ vysadil, krčková aktivita neprítomná. Počas liečby sa stav pacienta zlepšil, preložený na detskú kliniku na doliečenie.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Poskytovateľ správne nevyhodnotil príčinu výskytu kožných vyrážok, včas nerozpoznal a nedignostikoval Stevens-Johnsonov syndróm, čo zapríčinilo neskoré vynechanie terapie lamotrigínom, liečba lamotrigínom; pokračovala ešte 14 dní po objavení sa exantému, kortikoterapia bola ordinovaná až

na 11. deň od vzniku exantému, oneskorená požiadavka na konzultáciu odborných lekárov z odboru dermatovenerológie.

Nedostatočné vedenie zdravotnej dokumentácie ordinácie neboli zapísané v dekurzoch, liečba bola zaznamenaná na teplotných lístkoch, na ktorých sa ale neuvádzajú lieky podávané počas služieb (Ibalgin sirup, Dithiaden), zo zdravotnej dokumentácie nemožno zistiť, ako dlho dieťa užívalo Amoksiklav.

V chorobopise nie je založené poučenie zákonného zástupcu (rodičov) dieťaťa a ich informovaný súhlas.

Vzniknutý klinický obraz nebol hodnotený ani hlásený ako nežiaduci účinok lieku.

Postup pracovníkov detskej kliniky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bol non lege artis.

Dohľadom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zistilo

1) porušenie § 4, 6, 21 zákona č. 576/2004 Z. z.,

2) porušenie § 42 zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

Úrad uložil na základe zistení skupiny vykonávajúcej dohľad riaditeľovi zdravotníckeho zariadenia vykonať celonemocničné školenie zamerané na plnenie a dodržiavanie legislatívy zo strany zdravotníckych pracovníkov.

„Pri GER je potrebné myslieť aj na pylorostenózu“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

Dieťa (chlapec) narodené v októbri 2004 s hmotnosťou 3 420 gramov. Od dvoch týždňov veku po najedení zvracia, krmené materským mliekom, prikrmované mliekom BEBA HA. Obvodná lekárka objednáva sonografické vyšetrenie, ktoré bolo uskutočnené v 4. týždni veku. Počas vyšetrenia negrecká, zachytený 4-krát reflux do pažeráka. Záver USG: GER stredného stupňa. Zvýšená plynatosť bez dilatácie črievok. Odporučená antirefluxná liečba, kontrola o 4 mesiace s mliekom, v prípade ťažkostí skôr.

Všeobecný detský lekár na základe uvedeného sonografického vyšetrenia navrhol zmenu stravy na Nutrilon ARI.

Po ďalšom zhoršovaní klinických príznakov bolo mesačné dieťa prijaté na hospitalizáciu na detskom oddelení krajskej NsP – hmotnosť 4 210 gramov. V priebehu hospitalizácie naordinované a realizované konziliárne USG vyšetrenie – žalúdok, žľobové cesty, žľzník, pečeň, pankreas, slezina, obličky. Záver vyšetrenia: normálny nález na vyšetrovaných orgánoch.

Počas hospitalizácie opakovane pozorované ublinkávanie až zvracanie po nakŕmení 2-3-krát denne. Hospitalizácia trvala 5 dní, dieťa bolo prepustené do domácej starostlivosti s hmotnosťou 4 220 gramov s dg. záverom: GER mierneho stupňa. Odporučené: hlásiť sa u všeobecného detského lekára do troch dní, pokračovať v dojčení. Pred dojčením možno pridať Nutrilon (predkrm), podľa potreby dokŕmiť Nutrilonom ARI – na dávku maximálne 100 ml. Zvýšiť polohu. Liečba: Vigantol oil 2 kv. denne, SAB simplex gtt. 3 x 10 kv. Kontrolné USG vyšetrenie so zameraním na GER v treťom mesiaci života.

Druhý deň po prepustení z hospitalizácie vzhľadom na pretrvávajúce ťažkosti – dieťa opakovane doma zvracia, je malátne, spavé, rodičia iniciujú z vlastného podnetu vyšetrenie v DFN, kde je prijaté ďalší deň.

Dieťa vyšetrené gastroenterológom. V deň prijatia realizované USG vyšetrenie s dg. Pylorostenosis hypertrophica. Indikovaný a následne po príprave na druhý deň hospitalizácie vykonaný operačný zákrok – pyloromyotómia sec. F-R-W v piatom týždni života.

■ Záver

Dieťa postoperačne toleruje príjem potravy p. o. Pasáž voľná. Rana sa hojí per primam. Dieťa prepustené celkovo v dobrom stave do starostlivosti pediatra.

■ Pochybenia

V priebehu hospitalizácie na pediatrickom oddelení krajskej nemocnice sa u 5-týždňového dieťaťa nevykonalo sonografické vyšetrenie v oblasti žalúdka – pyloru, aj keď toto vyšetrenie ošetrojúci lekár exaktne nepožadoval. Údaje

o pretrvávajúcom zvracaní, typický vek pacienta – 5-6 týždňov, pohlavie chlapec a údaje matky opisujúce stále ťažkosti dieťaťa navodzovali podozrenie aj na diagnózu pylorostenózy. Skúsený detský gastroenterológ by mal predpokladať pri dg. GER aj možnosť pylorostenózy, aj keď ju v štádiu sonografického vyšetrenia zo dňa 12. 11. 2004, t. j. pri prijíme na hospitalizáciu nemusel identifikovať. Dieťa bolo z hospitalizácie prepustené bez stanovenia pracovnej dg. pylorostenóza, pri prepustení nebol dostatočne zhodnotený stav pacienta vzhľadom na zhoršujúci sa klinický nález – pretrvávali ťažkosti spočívajúce v stagnácii hmotnosti, zvracaní a grckaní, čo nasvedčovalo tomu, že stanovená dg. GER nebola úplná a pacient nebol kompletne diagnostikovaný.

■ Zhrnutie úradu

Na základe nedostatkov zistených pri výkone dohľadu bolo štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti uložené prijať opatrenia na odstránenie dohľadom zistených nedostatkov, a to:

- detská gastroenterologička krajskej nemocnice bola upozornená na porušenie základných povinností zamestnanca v zmysle § 81 Zákonníka práce, ako i pracovného poriadku nemocnice,
- detskej gastroenterologičke bola uložená povinnosť preškoliť sa na SZU Bratislava v oblasti USG gastroenterológia,
- primár detského oddelenia krajskej nemocnice bol upozornený na zistené nedostatky a bolo mu uložené upozorniť lekárov a personál oddelenia na chyby pri diagnostike a liečbe v súvislosti s prípadom.

„Pacient s akútne vzniknutým koronárnym syndrómom patrí na oddelenie intenzívnej medicíny“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

36-ročný pacient v dopoludňajších hodinách medzi 10.00 a 10.30 hod. pri fyzickej námahe (manipulácia s plachtou na nákladnom aute) pocítil asi 30 min. trvajúce bolesti na prsiach a medzi lopatkami s vyžarovaním do oboch horných končatín, subjektívne udával pocit dŕžnosti. V osobnej anamnéze bol údaj o silnom fajčiarovi, iné rizikové faktory nie sú uvedené, iba to, že je sledovaný neurológom pre silné bolesti vyžarujúce z chrbtice.

K obvodnej lekárke sa dostal osobným autom, kde ho doviezla manželka, ktorej volal z mobilného telefónu, aby prišla pre neho. Po vyšetrení obvodnou lekárkou odoslaný ku kardiológovi s odporúčením okamžite absolvovať EKG na poliklinike. Kardiológ po vyšetrení v náleze konštatoval, že u pacienta ešte pretrvávajú ťažkosti na prsiach, medzi lopatkami a v rukách, avšak s menšou intenzitou, ďalej uvádza t. č. eupnoe, bez cyanózy, mobilný, izokoria, náplň JV prim., pulmo dýchanie vezikulárne, čisté, cor-akcia pravid., P-58/min. bez ES, TK – 120/80, abdomen priehmat., hepar v obluku, tappot. negat, DK – bez opuchov, ekg. SR, PQ NH – int. typ, vysoké hroty T-vlny V2-6, min. el. ST V3-4 do 1 mm, fr. 58/min.

Záver: **instabilná angína pectoris**, zmeny na PS podľa ekg., pacientovi bol podaný 1x Nitromint spray s. l. s parciálnym efektom a bol odoslaný na hospitalizáciu na JIS interného oddelenia osobným autom v sprievode manželky do nemocnice. Pacient po príchode do nemocnice o 12.00 hod. vyšetrený na príjmovej ambulancii okresnej nemocnice s poliklinikou. Neudáva už bolesti. Cíti sa dobre. Nedusí sa. Nebol spotený. V osobnej anamnéze údaj i o bolestiach chrbtice. Lekár prehodnotil preto záver vyšetrenia a stanovil diagnózu vertebrogénneho syndrómu (algický thorakálny syndróm). Ekg. hodnotil ako syndróm včasnej repolarizácie. Prijal pacienta na observáciu. Prijatý bol na interné oddelenie.

Po prijatí na interné oddelenie (12.50 hod.) stav pacienta hodnotený ošetrojúcou lekárkou až do konca pracovného času ako dobrý, bez udania ťažkostí v zmysle stenokardií, palpitácií, dyspnoe, vertiga alebo nausey.

Priebeh ÚPS popísaný ošetrojúcou lekárkou: podľa záznamov cca o 16.10 hod. pacient udáva, že sa necíti dobre (je mu na vracanie), o 16.15 hod. službukonajúci lekár zaznamenáva klinický stav pacienta aj ekg.. Pacient udáva tlakové bolesti na hrudníku, bolesti chrbta i rúk, nauseu, frekvencia srdca je 50/min., bez porúch rytmu, cirkulačne stabilizovaný (TK). Podľa popisu ekg. nevykazuje známky akútnej lézie myokardu a pri porovnaní so záznamom ekg. z kardiologickej ambulancie nedošlo k zmenám.

O 20.00 hod. pacient udáva celkovú slabosť a o 20.45 hod. volaná službukonajúca lekárka k pacientovi. Je v bezvedomí, bez pulzu, apnoický. Začatá kardiopulmo-

nálna resuscitácia sestrou, zavolaní službukonajúci lekári, lekári RZP, lekár z JIS, vykonávaná KPR externou masážou srdca, pacient zaintubovaný, opakovane aplikovaná defibrilácia, celkove 8-krát, i. v. aplikované lieky (Adrenalin 2 mg, 16 mg Dexamed, 1 amp. Degan, Cardilan, Oikamid, MgSO₄). Endotracheálne podaný Adrenalin a Atropín. Po viac ako 30 min. trvajúcej KPR (20.52 - 21.37 hod.) sa obnovila akcia srdca 110 - 120/min., merateľný systolický tlak krvi 140 mmHg, pacient spontánne dýcha, bezvedomie však pretrváva, zrenice rozšírené bez reakcie na osvit. Po dohode pacient prevezený na OAIM krajskej nemocnice, odovzdaný cca o 22.00 hod.. Z kardiologického hľadiska nález uzavretý ako **anteroextenzívny infarkt myokardu**.

Z vyjadrenia z hospitalizácie na OAIM – neurologicky sa v ďalšom priebehu pacient postupne prebral z bezvedomia do coma vigile s incipientným vývojom spastického držania končatín vľavo akcentovaným na HK.

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Podcenenie zdravotného stavu pacienta napriek závažným klinickým príznakom (kardiológom odporúčaná hospitalizácia na JIS). Pacient zostal prakticky bez ďalšej medikácie a odoslaný na hospitalizáciu na JIS vlastným vozidlom, len v sprievode manželky. U pacienta už v čase prijímu v nemocnici boli prítomné klinické známky akútneho koronárneho syndrómu, potvrdené klinickým vyšetrením a ekg. záznamom. Vysoké hodnoty leukocytov a spomínané klinické príznaky, ako i nález na ekg. mali už viesť k prijatiu pacienta na JIS a primeranému monitorovaniu (odoslaný kardiológom ako nestabilná angina pectoris). Neboli vykonané ani potrebné kompletne laboratorne vyšetrenia vrátane kardiošpecifických enzýmov na spresnenie diagnostiky. Pri podozrení na akútny infarkt myokardu treba venovať úsilie najmä na vykonanie reperfúznej liečby (buď PCI, alebo TL). Ponechanie pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii na spontánnom dýchaní počas prevozu nie je tiež v súlade so štandardnými terapeutickými postupmi.

Dohľadom boli zistené nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

■ Poučenie

- 1) Etický rozmer – nerešpektovanie postupu v liečbe pacienta s akútnym infarktom viedlo k jeho invalidizácii s poškodením funkcie CNS.
- 2) Spoločenský rozmer – pacient s akútne vzniknutým koronárnym syndrómom patrí na jednotku intenzívnej starostlivosti.
- 3) Odborný rozmer – je zhrnutý v stanovisku úradu.
- 4) Poznámka – sťažnosť ešte ďalej rieši súd.

„Údaj o páde na hrudník treba brať vážne“

■ Z anamnézy

57-ročný muž vo večerných hodinách pri pozeraní televízie náhle pocítil pichavú bolesť na hrudníku. Bolesť prišla v pokoji, náhle, pocítil nevoľnosť, mravenčenie rúk, ťažko sa mu dýchalo, hlavne pri nádychu, spotil sa a zvracal. Privolaná RZP podala Digoxin, Syntophyllin, Solumedrol a odviezla ho na ARO s podozrením na vývoj akútnej koronárnej príhody, susp. aneurizmu aorty. Pacient pri prijíme udával bolesť v prekordiu zvyrazňujúcu sa pri hlbokom nádychu a uviedol, že asi pred týždňom si udrel zadnú časť hrudníka pri páde.

■ Z objektívnych vyšetrení

Pri prijatí bol pri vedomí, orientovaný, algický, schvátený s polohou v polosedě, pri TK: 105/70 torr, P: 84/min., z anamnézy udával asi pred týždňom pád na zadnú časť hrudníka. Z objektívneho vyšetrenia pri prijatí bola akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, dýchanie vezikulárne, čisté bez vedľajších fenoménov.

Krátko po prijatí však došlo k zhoršeniu stavu pacienta, k zvyrazneniu bolesti na hrudníku, pacient zvracal a upadol do bezvedomia, P: 90/min., 114/min., TK nemerateľný.

Napriek PKCR po troch hodinách od prijatia na ARO exitoval.

■ Z laboratórnych vyšetrení

KO: Hb: 130g/l, HTK: 40,8 %, Er: 4,56 g/l, Leu 9,1 g/l, Tr: 311, Quick: 79,1 %, Glyk: 12,1 mmol/l, Urea: 5,3 mmol/l, AST: 0,55 ukat/l, ALT: 0,86 ukat/l, ekg. záver: ekg.: SR, AP, f 90/min, PR:0,144s, QRS:0,092s, depresia ST I, II, V6, ischémia laterálnej steny.

Kontrola: SR, AP, f 114/min., PR: 0,128 s, QRS: 0,084 s, depresia ST I, II a VF, V4-V6 sinusová tachykardia, prehlbenie ischémie laterálnej steny.

■ Epikritické zhrnutie

Krátko po prijatí došlo k zhoršeniu stavu pacienta, k zvyrazneniu bolesti, ktorá nereagovala na analgetickú liečbu, silné bolesti v prekordiu, pacient zvracal a upadol do bezvedomia. Napriek PKCR zahájená objemová náhrada, podané sympatomimetiká, pre respiračnú insuficienciu pacient okamžite zaintubovaný, napojený na UVP Galileom, pri asystólii zahájená externá masáž srdca s medikamentóznou resuscitáciou: Adreanlin, Atropin, opakovaná defibrilácia, 300, 350J, spolu 6-krát. Napriek resuscitácii sa nepodarilo obnoviť akciu srdca, pacient naďalej v bezvedomí, bez spontánnej dychovej aktivity, TK nemerateľný, pulz periférne nehmatný, centrálné nepočuteľný, zrenice mydriatické, reakcia na osvit neprítomná, prítomná centrálna aj periférna cyanóza, ekg. - izoelektrická čiara. Po 60 minútach nedochádza k obnove vitálnych funkcií a vzhľadom na nález sa nepokračovalo v KPCR. Po troch hodinách od prijatia na ARO pacient exitoval.

Klinické diagnózy v prepúšťacej správe: kardiorespiračné zlyhanie, stav po kardio-

pulmonálnej resuscitácii, susp. ruptúra aneuryzmy hrudnej aorty, hypovolemický šok.

■ Pitva

Prvotná príčina – zlomeniny rebier v paravertebrálnej oblasti na ľavej strane s porušením medzirebrových ciev, stav po úraze, vykrvácanie do ľavej pohrudnicovej dutiny, hemoragický šok.

Z pitevného protokolu:

- Popis srdca: srdce hmotnosti 365 g, vonkajšie rozmery 13 x 10 x 5 cm, osrdcovník a osrdce sú jemné, lesklé, hladké, v osrdcovej dutine sa nachádza malé množstvo čirej, bleďožltej osrdcovníkovej tekutiny. Dutiny srdca bez obsahu. Vnútroblana srdcová a chlopňový aparát majú anatomickú štruktúru. Trabekuly a papilárne svaly sú mierne zhrubnuté. Na reze má srdcový sval červenohnedú farbu, tuhú konzistenciu. Srdcovnica a vencovité tepny srdca majú na viacerých miestach na výstelke tuhé prúžky a pláty žltej farby, mierne vyvýšené nad povrchom výstelky, aneuryzma sa nezisťuje!!!!

- V ľavej pleurálnej dutine je 2 700 ml tekutej krvi a krvných koagul 740 g. Z horného laloka pravých pľúc vyteká trocha mierne spenenej nezakalenej tekutiny. Na parietálnej pleure hlavne pozdĺž chrbtice na ľavej strane sú prítomné splývavé hematómy hrdzavočervenej farby a ojedinelá trhlina parietálnej pleury v oblasti XI. rebra v lopatkovej čiare.

■ Zhrnutie úradu

Na základe nesúladu medzi klinickými diagnózami stanovenými počas života a diagnostickými závermi po vykonaní pitvy bol prípad prešetrený na odbornej komisii predsedu úradu a dohľadom na mieste, kde sa zistilo:

Pacient sa pred deviatimi dňami pri vystupovaní z vane pošmykol a utrpel úraz, udel si ľavú stranu chrbta o umývadlo. Pre bolesti pri hlbokom nádychu a zmenách polohy bol ošetrený chirurgom vo večerných hodinách počas ústavnej pohotovostnej služby na chirurgickej ambulancii. Vykonané rtg. ľavého hrudníka nepreukázalo žiadne traumatické zmeny na skelete a snímka bola hodnotená ako negatívna. Pacient bol po lokálnom ošetrovaní rany a podanom analgetiku odoslaný domov s diagnostickým záverom: Contusio partis dorsalis thoracis l. sin cum excoriationem superf. Odporúčené bolo telesné šetrenie, analgetiká p. p. a kontrola u obvodného lekára na druhý deň podľa klinického obrazu a ultrasonografie abdomenu a kontrola na chirurgickej ambulancii o týždeň. Pacient sa osobne dostavil k obvodnej lekárke až na tretí deň, neudával žiadne ťažkosti, cítil sa dobre, odmietal pracovnú neschopnosť. Vyšetrenia moču a ultrasonografie brucha boli negatívne. Na odporúčanú chirurgickú kontrolu sa vôbec nedostavil.

Odborná komisia po predložení rtg. snímky hrudníka, ktorá bola urobená v deň úrazu pacienta, konštatovala, že **na snímke rtg. hrudníka** neboli zobrazené čerstvé zlomeniny X. a XI. rebra, nebola prítomná tekutina v pleurálnej dutine ani aneuryzmatické rozšírenie hrudnej aorty. **Snímka časovo nesúvisela s nálezom pri pitve a popis snímky vykonaný v deň úrazu bol správny.** Vychádzajúc zo skutočnosti, že pri narušení celistvosti medzirebrových tepien,

■ Kazuistiky 2005

ktoré sú priamymi tepnami hrudnej aorty, rezultuje v nich vysoký krvný tlak, a teda aj možnosť výrazného krvácania z týchto ciev. K posunu úlohmok rebier mohlo prísť pravdepodobne až v období, keď sa začali akútne ťažkosti pacienta, t. j. večer v deň hospitalizácie.

Vzhľadom na uvedené fakty a skutočnosť, že pacient sa nedostavil na kontrolné chirurgické vyšetrenie a nebol známy jeho pohyb v časovom intervale medzi vyšetrením na chirurgickej ambulancii a prijatím na ARO oddelenie, prípad nebol uzavretý ako zanedbanie zdravotnej starostlivosti.

■ Poučenie

1) Spoločenský rozmer

- prečo pacient nešiel na kontrolné chirurgické vyšetrenie?
- prečo bagatelizoval úraz a odporúčanie odborného lekára?
- nerobil pacient doma po úraze nejakú činnosť, ktorá viedla k poraneniu medzi-rebrových tepien?

2) Odborný rozmer

- o rozhodnutí chirurgickej ambulancie predvolať pacienta na chirurgickú kontrolu až o týždeň možno polemizovať, bolo by vhodné zopakovať rtg. snímku hrudníka za 2-3 dni od úrazu pre možnosť vzniku pneumothoraxu alebo fluidothoraxu, ako aj kontrolu na **spoznanie prípadnej zlomeniny, ktorú nemuselo byť vidieť na úrazovej snímke,**

- za nedostatok v diagnostickom postupe na ARO oddelení možno pokladať, že pri prijatí pacienta nebola urobená rtg. snímka hrudníka, keď sa predpokladala aneuryzma aorty a pri náhlom poklese TK, t. j. pri podozrení na susp. ruptúru hrudnej aorty nebol skontrolovaný krvný obraz,

- ako to, že fyzikálne vyšetrenie pri prijatí (pred exitom) nespoznalo krvácanie do pohrudnicovej dutiny?

3) Poznámka

Podrobnejšia anamnéza o úraze a rešpektovanie potreby kontroly mohli zabrániť nešťastnému koncu.

„Záznam lekára LSPP musí byť po vyšetrení pacienta podložený objektívnymi nálezmi“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

Dňa 15. 10. 2005 pacientov brat navštívil lekára LSPP počas pohotovostnej služby s prosbou o pomoc alebo radu pre brata (bezdomovca), ktorý býva v lese asi 14 dní a momentálne sa nachádza na vlakovej stanici a je v zlom zdravotnom stave.

Vo večerných hodinách, keď už pacient v sprievode brata prišiel do ambulanciu, službukonajúci lekár pacienta nevyšetрил, ale kládol mu otázky, na ktoré pacient odpovedal. Pacient bol v čase vyšetrenia pri jasnom vedomí, prosil si od sestričky vodu.

Brat pacienta opakovane prosil lekára LSPP o momentálnu zdravotnú pomoc a zdôrazňoval, že potrebuje odbornú pomoc a nie protialkoholické liečenie v budúcnosti.

Lekár však bezprostrednú lekársku pomoc odmietol, vystavil potvrdenie o návšteve a odporučil navštíviť pacientovu praktickú lekárku pre dospelých. Lekár na výmennom lístku dokumentoval: Status socialis s odporúčaním pacienta do domu sociálnej starostlivosti.

Zo zdravotnej dokumentácie pacienta vedenej praktickou lekárkou pre dospelých sa zistilo:

Pacient v opatere praktickej lekárky od septembra 1997. Pacient je nedisciplinovaný, chronický alkoholik. Nedodržiaval liečebný režim, neďával si predpisovať lieky. Opakovane bol hospitalizovaný pre polyradikuloneuritídu a polyneuropatiu, congelatio pedis bilat. cum necrosis digitorum.

Bola vykonaná operácia bedrového kĺbu vľavo (r. 1999), protialkoholická liečba. Stav po opakovaných zápaloch pľúc (TBC pľúc).

Posledná návšteva 31. 8. 2005, keď bol vystavený preukaz o trvaní dočasnej PN.

Nasledujúci deň (16. 10. 2005) sa zdravotný stav pacienta rapídne zhoršil, prestal komunikovať. Brat pacienta opakovane išiel na pohotovosť, kde mal službu iný lekár LSPP, ktorého oboznámil so zhoršujúcim sa zdravotným stavom svojho brata, pričom predložil záznam z predchádzajúceho dňa z pohotovosti LSPP. Nato lekár zabezpečil transport pacienta do nemocnice sanitným vozidlom.

Pacient 16. 10. 2005 o 21.30 hod. exitoval v nemocnici na ARO napriek úsiliu službukonajúcich lekárov.

Pacient počas vyšetrenia na OCP v moribundnom stave, bez verbálnej komunikácie, lapavé dýchanie, vychudnutý, podchladený (teplota 35,5° C) tlak nemerateľný, pulz 50/min., filiformný, akcia srdca nepočuteľná, zrenice mydriatické bez korneálneho reflexu. DK studené, cyanotické, stav po amputácií PDK 2 prsta, EDK 3 prsty. Na ekg. prítomná fibrilácia predsieň frekv. 51/nmin. Celkový moribundný stav, podchladenie, na čo bol pozvaný lekár OAIM .

Lekár OAIM vyšetřil pacienta o 11.45 hod so záverom:

Pacient v bezvedomí, podchladený, bez fotoreakcie a korneálneho reflexu. Akro-

■ Kazuistiky 2005

cyanóza, TK nemerateľný, bradykardia, bradyarytmia, rektálne teplota 35.4° C bradypnoe. Príjem na OAIM NsP. Zahájené aktívne ohrievanie, oxygenoterapia. Stav sa prechodne zlepšil, nadobudol vedomie po zohriatí. Pre známky respiračného zlyhávania bol zaintubovaný a ventilovaný.

Výšetreniami zistený ťažký rozvrat vnútorného prostredia, akútne renálne zlyhanie a rozsiahla pneumónia vpravo.

V ďalšom priebehu znovu zrútenie obehu, výrazné známky respiračnej insuficiencie, v ktorej pacient exitoval.

Diagnózy:

- ťažké podchladenie,
- bronchopneumónia l. dx,
- fibrilácia predsieni s pomalým prevodom na komory,
- akútne zlyhanie obličiek,
- mnohopočetné odreniny a hematómy na oboch DK,
- stav po operácii krčka ľavého stehna,
- exitus letalis - 16. 10. 2005 o 21.30 hod.

■ Pitevný nález

Bezprostredná príčina smrti:

- obojstranný splyývajúci lalôčkový zápal pľúc,
- chronický zápal obličiek, akútne hnisavo vzplanutý,
- chronický zápal močového mechúra.

Základné porušenie zdravia:

- celkové podchladenie.

■ Záver

Službukonajúci lekár LSPP (15. 10.) dospel k chybným medicínskym záverom **bez objektívneho vyšetrenia pacienta.**

■ Zhrnutie úradu

Pochybenie v konaní poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Údaj v zdravotnej dokumentácii pacienta na výmennom lístku z LSPP **nebol podložený objektívnymi nálezmi (pacient nebol vyšetrený), napriek tomu lekár konštatoval, že pacient zdravotné ťažkosti nemá a aj vo svojom písomnom vyjadrení uvádza, že nedošlo k zhoršeniu stavu.**

Lekár, ktorý vykonal pitvu nebohého, potvrdil, že v čase návštevy na LSPP dňa 15. 10. 2005 pacient mal zápal pľúc a obličiek.

Absentuje objektívne vyšetrenie zdravotného stavu pacienta, aby sa zistila odôvodnenosť indikácie hospitalizácie na psychiatrickom oddelení (z dôvodu protialkoholického liečby).

Dohľadom na mieste boli zistené nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 a §21 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

„Neposkytnutie pomoci“

■ Z anamnézy, epikritické zhrnutie

Úrad zaevidoval sťažnosť pozostalej dcéry vo veci nespokojnosti s postupom praktickej lekárky pre dospelých a zdravotníckych pracovníkov (sestier Zdravotného operačného strediska oddelenia urgentnej medicíny) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti matke sťažovateľky – 45-ročnej pacientke s jej následným úmrtím.

Dňa 11. 3. 2005 sused 45-ročnej pacientky (na žiadosť druhu nebohej) volal rýchlu prvú pomoc o 8.30 hod. na telefónne číslo 155, nakoľko došlo k zhoršeniu zdravotného stavu pacientky (udával, že má vysoké teploty a nemôže dýchať, že „asi má zápal pľúc“).

Staničná sestra zo ZOS (Zdravotného operačného strediska) prijatú informáciu 11. 3. 2005 o 8.30 hod. (ktorú však získala len sprostredkované od volajúceho a nie priamo od druhu pacientky) **podala ošetrujúcej lekárke, ktorá prisľúbila, že pacientku navštívi, čo sa však neuskutočnilo a pacientka o 11.35 hod. upadla do bezvedomia. Kým prišla prvá pomoc o 11.45 hod., pacientka už bola mŕtva.** Podľa zvukového záznamu zo ZOS hovor medzi volajúcim a staničnou sestrou sa uskutočnil o 8.42 hod. a medzi sestrou a ošetrujúcou lekárkou bol realizovaný o 8.46 hod. Z prepisu telefonického rozhovoru vyplýva, že o 11.42 hod. znovu volal sused pacientky a oznámil, že menovaná je asi mŕtva. Hovor medzi volajúcim a lekárom RLP realizovaný o 11.43 hod. Pokyn na výjazd vozidiel RLP vydaný o 11.44 hod., hovor medzi sestrou ZOS a ošetrujúcou lekárkou o 11.46 hod.

45-ročná pacientka podľa vyjadrenia ošetrujúcej lekárky bola síce v zozname jej pacientov, avšak jej ambulanciu nenavštevovala. Posledný záznam v ZD u ošetrujúcej lekárky je z marca 1997 a týkal sa zmeny jej zdravotnej poisťovne. Menovaná ošetrujúca lekárka mala evidovanú pacientku podľa vyjadrenia riaditeľky jej zdravotnej poisťovne od 7. 7. 1998 do 17. 3. 2005 len raz, a to 11. 3. 2005, teda v deň úmrtia s diagnózou R50 (horúčka neznámeho pôvodu). Pacientka nebola liečená pred touto udalosťou u obvodnej lekárky, ani nebola dispenzarizovaná na žiadne ochorenie.

■ Pitva

V pitevnej správe bolo zistené:

- vonkajšou obhliadkou: slabšia výživa a neprítomnosť známok násilia,
- vnútornou obhliadkou: **zápal dolného laloka ľavých pľúc aj s hnisavým zápalom popľúcnice, opuch mozgu, opuch pravých a horného laloka ľavých pľúc**, stukovatenie pečene, tri drobné myómy maternice a sklerotické zmeny srdcovnice a vencovitých tepien srdca I.-II. stupňa.

Histologickým vyšetrením zistený v pravých pľúcach opuch, olúpané pneumocyty, makrofagická alveolárna reakcia a zástoj krvi, v dolnom laloku ľavých pľúc masívny splývavý zápal s prítomnosťou polymorfonukleárných leukocytov a ojedinelých fibrínových vlákien alveolov.

■ Zhrnutie úradu

Sťažnosť bola uzatvorená ako opodstatnená, boli zistené nedostatky v zmysle

■ Kazuistiky 2005

porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledujúcim konaním osôb:

- sestra neodborne komunikovala s volajúcim a nepožadovala od volajúceho, nech ju spojí s príbuzným pacientky,
- neúplne zistila stav nebohej na základe nedostatočne kladených otázok, a tak nemohla dostatočne posúdiť, či ide o osobu v kritickom stave,
- nezabezpečila spojenie medzi volajúcim a lekárom RLP, ktorý mal službu,
- nezabezpečila spojenie volajúceho ani s ošetrojúcou lekárkou, ani lekárom RLP,
- praktická lekárka napriek výzve sestry ZOS nevykonala návštevu pacientky ihneď,
- nepožadovala, aby jej sestra ZOS sprostredkovala spojenie s volajúcim, aby zistila potrebné a doplňujúce informácie o zdravotnom stave pacientky.

■ Sankcie

Úrad podal na Generálnu prokuratúru SR trestné oznámenie pre podozrenie zo spáchania trestného činu neposkytnutia pomoci v zmysle § 207 ods. 2 Trestného zákona.

Súčasne bol požiadaný zriaďovateľ (MZ SR) o prijatie opatrení na odstránenie zistených nedostatkov.

Úradu bolo doručené upovedomenie z okresnej prokuratúry, že policajný orgán odboru skráteneho vyšetrovania Úradu justičnej a kriminálnej polície okresného riaditeľstva Policajného zboru Slovenskej republiky začal trestné stíhanie pre trestný čin ublíženia na zdraví podľa § 224 ods. 1 Trestného zákona.

„Komplexný pohľad na polytraumatického pacienta z hľadiska diagnostických možností“

■ Z anamnézy, objektívnych a laboratórných vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

74-ročný pacient utrpel polytraumu, keď ho ako chodca zrazilo motorové vozidlo. Sanitkou RZP bol privezený do nemocnice na traumatologické oddelenie, kde bol po vyšetrení prijatý na hospitalizáciu. Vyšetrujúci lekár konštatoval pri prijatí triestivú pertrochanterickú zlomeninu pravej stehennej kosti. Asi dve hodiny po prijatí na oddelenie sa u pacienta objavili bolesti dolnej časti brucha. USG vyšetrenia brucha, ktoré bolo urgentne vykonané, preukázalo **prítomnosť voľnej tekutiny** v brušnej dutine v množstve cca 300 ml a intestinálnu paralýzu s dilatáciou tenkých kľúčiek. Vyšetrujúci traumatológ vyslovil podozrenie na možnú intraperitoneálnu príčinu bolesti brucha už v deň prijatia na hospitalizáciu, pomocné USG vyšetrenie brucha toto podozrenie potvrdilo.

Na druhý deň hospitalizácie sa vykonalo v celkovej anestéze operácia zlomeniny pravej stehennej kosti, repozícia, intramedulárna osteosyntéza podľa Endera.

V nasledujúcich dňoch sa realizovalo kontrolné USG vyšetrenie brucha, množstvo voľnej tekutiny v brušnej dutine bolo hodnotené ako zmenšené. Charakter a zloženie voľnej tekutiny v brušnej dutine sa nezisťovalo.

Na tretí deň hospitalizácie bola v závere hodnotenia USG vyšetrenia brucha popísaná napnutá brušná stena a výrazný meteorizmus, **progresia črevného nálezu** – výrazne rozšírené črevné kľučky v pravom mezo-a hypogastriu, oslabená peristaltika. Pacient sa sťažoval na bolesti brucha a pocit nafúknutia, nechutenstvo, vyšetrenie krvného obrazu preukázalo pokles hemoglobínu, preto bola indikovaná transfúzia krvi. Doplňujúce rtg. vyšetrenie brucha preukázalo enormnú dilatáciu žalúdka, dilatáciu črevných kľúčiek. Privolaný chirurg hodnotil stav ako **paralytický ileus**, odporučil parenterálnu infúznú liečbu.

Na štvrtý deň hospitalizácie v skorých ranných hodinách lekár pri vizite popísal napnutú brušnú stenu, neprítomnosť peristaltiky, somnolentné vedomie. Stav sa postupne zhoršoval, dýchanie bolo plytké a zrýchlené, krvný tlak klesal, pulzová frekvencia stúpala. Chirurg indikoval urgentnú operačnú revíziu brušnej dutiny. Pri preklade na operačný stôl došlo k náhlej asystolii, vyvráteniu veľkého množstva žalúdočného obsahu. Kardiopulmonálna resuscitácia bola neúspešná, konštatovaný exitus letalis.

■ Pitva

Z protokolu zo súdnolekárskej a patologickoanatomickej pitvy vyplýva, že priamou príčinou smrti bola difúzna purulentná peritonitída a predchádzajúcou príčinou roztrhnutie steny čreva.

■ **Záver**

Pacient bol privezený do nemocnice po dopravnej nehode, vstupné vyšetrenie preukázalo zlomeninu stehnovej kosti. Asi dve hodiny po prijatí sa objavili bolesti brucha, ktoré sa hodnotili ako nepodstatné, nedávali sa do priamej súvislosti s dopravným úrazom. Na druhý deň hospitalizácie vykonaná v celkovej anestéze osteosyntéza stehnovej kosti. Pacient bol po operácii saturovaný analgetikami pre bolesti operovanej končatiny. **Poranenie čreva a následná peritonitída neboli včas rozpoznané, čo viedlo k úmrtiu pacienta na štvrtý deň po dopravnom úraze.**

■ **Zhrnutie úradu**

Pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Podcenenie poranenia brucha a hrudníka pri dopravnej nehode, ošetrojúci lekári sa sústredili na riešenie zlomeniny pravej dolnej končatiny, poranenie orgánov brušnej dutiny a vnútrohrudné poranenie unikli pozornosti, nebola rozpoznaná ani sériová zlomenina rebier vpravo vzadu. **Celková anestézia, ako aj operačná trauma zastreli rozvoj abdominálnych príznakov, znemožnili včasnú diagnózu rozvíjajúcej sa peritonitídy, a tým aj včasnú revíziu brušnej dutiny, ktorá mohla zabrániť rozvoju difúznej peritonitídy (označenej pitvajúcim lekárom ako bezprostredná príčina smrti).**

Operačný výkon bol na štvrtý deň hospitalizácie indikovaný z vitálnej indikácie pre známky peritoneálneho dráždenia, k operácii však už nedošlo, pretože pacient pri preklade na operačný stôl zomrel.

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Pre nesúlad klinickej a pitevnej diagnózy podanie prerokovala odborná komisia predsedu úradu a hodnotila ho ako opodstatnené.

■ **Sankcie**

Z dôvodu prebiehajúceho trestného konania úrad nepodáva oznámenie na Generálnu prokuratúru SR o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia §224 ods. 2 Trestného zákona.

Zriaďovateľovi (MZ SR) oznámil výsledky dohľadu a jeho možnosti uplatniť ďalšie nápravné opatrenia.

© ÚDZS 2006

