

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky 2007

Obsah:

Predslov	3
Nerozpoznané komplikácie po laparoskopickej appendektómii	4
Predčasné prepustenie pacienta z ústavnej zdravotnej starostlivosti	5
Málo času na záchranu	7
Neindikovanie cisárskeho rezu, nedostatočná starostlivosť novorodencovi	8
Nesprávny manažment pacienta s NCMP lekárom pre dospelých	10
Aj v dnešnej dobe sa objaví meningoencefalitída	12
Stereotyp v manažmente pacientov s hrudníkovou bolesťou	14
Iatrogénne poškodenie pri zavádzaní centrálného venózneho katétra	16
Príznaky difúznej peritonitídy vyžadujú neodkladnú intervenciu	18
Podcenenie zdravotného stavu pacienta	20
Operačné riešenie onkologického ochorenia prsnej žľazy	22
Žiadal sa radikálnejší zákrok s odstránením tumoru	24
Kontraindikácia antikoncepcnej liečby	26
Podcenenie rizika anestetickkej komplikácie	29
Nerozpoznaná meningitída pod klinickým obrazom virózy	31
Nerozpoznaný rozvoj sterkorálnej peritonitídy	33
Nozokomiálna nákaza s použitím vnútrožilového anestetika	35
Zabudnutý cudzí predmet v dutine brušnej	38
Prepadnutý pupočník do pôrodných ciest	40
Nezvládnutá peroperačná komplikácia	41
Náhla smrť kojenca na chirurgickom oddelení	43

Podobne, ako predchádzajúcimi vydaniaми kazuistík zo zistení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, aj týmto chceme prispieť k rozvíjaniu medicínskej profesionality, k zvyšovaniu úcty k hodnotám. Lebo tie, ktoré vznikajú v zdravotníckom prostredí sú oveľa citlivejšie vnímané a posudzované, než v ktorejkoľvek inej oblasti nášho života.

Kazuistiky, ktoré sme vybrali zo stovák dohľadov v zdravotníckych zariadeniach, prevažne poukazujú na pochybenia. Napriek tomu ich považujeme za potrebný príspevok úradu pri vytváraní databázy informácií, pre diskusie a riešenia v klinickej praxi.

Vybrané kazuistiky možno nezodpovedajú teoretickým predstavám o tom, že by mali byť niečím atraktívne. Všetky sú však osobité už tým, že sú z reálnej medicínskej praxe. Zdravotnícki pracovníci ich museli riešiť a riešili bez odbornej literatúry v ruke. Každý podľa svojich vedomostí a schopností.

Osobitosť publikovaných kazuistík je aj v tom, že sú v nich zaznamenané nielen liečebné postupy a diagnostika, ale aj stanoviská významných osobností z príslušných medicínskych odborov. Sú v nich hodnotenia a poznatky špičkových slovenských odborníkov, ktorí v dohľadoch – z pochopiteľnej zákonnej ochrany - vystupujú pod jednotným pracovným menom „konzultant“. Oni sa však za toto spoločné meno neskrývajú, za svojimi stanoviskami si stoja a stáli aj v často priamej konfrontácii s reálnymi riešiteľmi dohliadaného medicínskeho problému. Najmä vďaka ich zrozumiteľným medicínskym stanoviskám môže úrad pevne stáť za zisteniami a závermi. Nielen v prípadoch, kde zdravotnícki pracovníci pochybili, ale aj tam kde môžeme konštatovať, že lekári, sestry, či ktoríkoľvek iní zdravotnícki pracovníci pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nepochybili.

V každodennej činnosti úradu nachádzame množstvo dôvodov, aby sme sa so získanými informáciami a stanoviskami podelili so všetkými, o ktorých si myslíme, že o ne stoja.

MUDr. Richard Demovič, PhD.
predseda úradu

P.S.

V podmienkach slovenskej medicíny pracuje množstvo kvalitných profesionálov. Jedni dávajú šancu prísť na tento svet, ďalšie stovky s múdrosťou a láskavosťou pomáhajú prekonávať zdravotné problémy, mnohých dokonca tvrdohlavo odháňajú od márnice. Aj tak sú viac na očiach ich občasné chyby, než množstvo úspešných, často jedinečných výkonov.

Nerozpoznané komplikácie po laparoskopической appendektómii

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

22-ročný pacient bol dňa 23.11.2006 prijatý na lôžkovú časť chirurgického oddelenia za účelom vykonania laparoskopической operácie appendixu.

Po vykonanej laparoskopической appendektómii (24.11.2006) sa následne dňa 25.11.2006 u pacienta prejavili bolesti v oblasti brucha a vznikol hematóm brušnej steny. V ďalších dňoch došlo k zvýšeniu hodnôt zápalových markerov, pacient mal zvýšenú telesnú teplotu až horúčky. Stav pacienta sa nezlepšoval, USG nález dňa 29. a 30.11.2006 vyjadril podozrenie na tvoriaci sa subhepatálny absces, čo potvrdilo aj CT vyšetrenie zo dňa 01.12.2006. Dňa 02.12.2006 bola vykonaná punkcia intraabdominálneho abscesu pod USG kontrolou a v dutine abscesu bol ponechaný drén. V ďalších dňoch došlo k prechodnému zlepšeniu stavu pacienta, sekrécia z drénu sa zmenšovala, USG nález zo dňa 04. a 06.12.2006 poukazoval na zmenšovanie abscesu. Z tohto dôvodu bol drén odstránený. Od 07.12.2006 však dochádza u pacienta k vzostupu telesnej teploty, zápalových markerov a od 09.12.2006 k objaveniu bolesti v pravej polovici brucha. Na USG náleze dňa 08.12.2006 bola viditeľná progresia subhepatálneho abscesu v zmysle nárastu jeho veľkosti. Vykonaný laboratórny rozbor hepatálnych testov vykazoval značnú pozitivitu. CT vyšetrenie brucha dňa 09.12.2006 ukázalo rozsiahle abscesové ložisko v pravej polovici brušnej dutiny, zväčšenie sleziny a prítomnosť voľnej tekutiny (výpotok) v pohrudničnej dutine obojstranne. Napriek týmto skutočnostiam sa u pacienta pokračovalo v konzervatívnej liečbe - dňa 10.12.2006 sa urobila punkcia a drenáž abscesu pod CT kontrolou.

Dňa 11.12.2006 je pacient na vlastnú žiadosť preložený na iné pracovisko (chirurgické oddelenie), kde bol 15.12.2006 reoperovaný. V dutine brušnej bol zistený absces, siahajúci až do retroperitoneálneho priestoru. Paracaeálne v okolí pahýľa appendixu bol zistený ďalší absces. Pri ďalšej revízií bola zistená fistula 1x1 cm v mieste pahýľa appendixu a skĺznutá ligatúra z pahýľa appendixu.

Záver:

Vyhodnotením informácií z dostupných údajov získaných pri výkone dohľadu bolo zistené, že v danom prípade bolo dostatok klinických, zobrazovacích a laboratórnych nálezov pre indikáciu klasickej operačnej revízie brušnej dutiny. Vývoj zdravotného stavu pacienta poukazoval na to, že zvolené miniinvazívne liečebné zdravotné výkony v súvislosti so vzniknutými komplikáciami po laparoskopической operácii nezabezpečili pacientovi včasnú a účinnú liečbu, ale naopak došlo k progresii abscesu a k príznakom sepsy so septickou slezinou a výpotkami v oboch pohrudničných dutinách. Punkciami a drenážou abscesov nebola odstránená ich príčina- fistula.

Porušenie zákona:

Vyššie uvedenými skutočnosťami bolo preukázané, že zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti došlo k porušeniu ustanovenia §4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

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

Predčasné prepustenie pacienta z ústavnej zdravotnej starostlivosti

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

42-ročný pacient, v anamnéze opakované hospitalizácie na internom oddelení v roku 2002 s atakami akútnej pankreatitídy bez biliárnej etiológie.

Dňa 05.04.2006 prijatý na chirurgické oddelenie. Subjektívne udával bolesti celého brucha od rána, pri prijatí bolo maximum bolestí v epigastriu s vyžarovaním medzi lopatky, mal nauzeu, opakovane zvracal, vetry nemal, stolica a močenie v norme.

Diagnóza pri prijatí: *Pancreatitis acuta*.

Počas hospitalizácie vykonané laboratórne vyšetrenia, USG brucha 06.04.2006 -hydrops žlčníka, pancreatitis chronica, hepatopathia; USG brucha 10.04.2006 pancreatopathia s cystickým ložiskom v oblasti hlavy pankreasu, hepatopathia; USG brucha 13.04.2006-pancreatitis chronica acute exacerbans s pseudocystou v oblasti hlavy pankreasu, hepatopathia, voľná tekutina v okolí heparu a medzi črevnými kľúčkami. Pokračovalo sa v konzervatívnej terapii. Podľa záznamov ošetrojúceho lekára v dekurze bol pacient od druhého dňa (t.j. od 07.04.2006) hospitalizácie subjektívne bez ťažkostí, stolicu a vetry mal a objektívne bolo brucho voľné, priehmatné, palpačne nebolestivé. Podľa záznamu sestry v ošetrovateľskej zdravotnej dokumentácii pacient udával bolesť v dňoch 07.04., 09.04., 10.04., 11.04. a 12.04.2006.

Dňa 13.04.2006 pacient prepustený domov. Diagnózy pri prepustení: *Pancreatitis chronica akútne exacerbovaná exsudatívna, novozistený diabetes mellitus, hypercholesterolémia, dyslipidémia*. Pacient mal odporúčané do 3 dní sa hlásiť u svojho obvodného praktického lekára, diétny režim č.4, prísna abstinencia, HMR inzulín 20-16-12 j, kontrola na diabetologickej ambulancii, kontrola GEA /ERCP, kontrolný USG brucha o 14 dní.

Nasledovali Veľkonočné sviatky (piatok-pondelok 4 voľné dni). Dňa 18.04.2006 (utorok) pacient navštívil diabetologickú ambulanciu, odkiaľ bol pre susp. RTG známky obojstrannej pneumónie a reaktívneho pleurálneho výpotku odoslaný na hospitalizáciu na interné oddelenie, kde bol v ten istý deň prijatý.

Pri prijatí diagnostikovaný *Fluidothorax l.sin. v.s. reaktívne pri zápalový procese v dutine brušnej, St.p.ak.pankreatitíde v 04/06, Diabetes mellitus-v.s. sekundárny pri pankreatopatii*.

Počas hospitalizácie vykonané RTG P+S 18.04.2006 -bránice kraniálne vytlačené, pravá bránica klenutá, s tupým later.uhľom, ľavá strana nehodnotiteľná pre homogénny infiltrát v ľavom dolnom pľ.poli, vpravo interlobárna švarta, kontrola 22.04.2006 -bez podstatnej zmeny, RTG brucha v stoji 18.04.2006 -bez hladiniek a voľného vzduchu pod bránicami, kontrola 22.04.2006-meteorizmus hrubého čreva, USG brucha 19.04.2006-pancreatitis acuta abscedujúca forma s reaktívnym ascitom, CT brucha 20.04.2006-známky akútnej hemoragicko-nekrotickej pankreatitídy s exsudáciou aj do malej panvy (podľa Hilla), splenomegalia, t.č. pseudocysty ani abscesy nezistené, pankreas neostro kontúrovaný, jeho časti len naznačené, v okolí pečene, sleziny, pankreasu, pod Gerotovou fasciou v malej panve aj v prerenaálnom priestore vľavo je hypodenzná tekutinová kolekcia. USG asistovaná punkcia dutiny brušnej ad K+C (pôdy ostali sterilné).Chirurgické vyšetrenie:19.4.2006-Pancreatitis chronica acuta exacerbans, Pseudocysta pankreasu v epigastriu, odporúčaná konzervatívna liečba, 21.04.2006 Redon ex, rana kľudná, bez sekrécie.

Terapia na internom oddelení konzervatívna, pankreatická diéta.

Hospitalizácia internom oddelení priebežne bez zlepšenia stavu, rozvíja sa anasarka, progresia dyspnoe.

Diagnózy pri prepustení z interného oddelenia: *Chronická pankreatitída s akútnou exacerbáciou-hemoragicko-nekrotizujúca forma, anasarka, fluidothorax l.sin., diabetes mellitus -v.s. sekundárny pri pankreatitíde*.

Pacient preložený na Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny dňa 25.04.2006. USG brucha 11.05.2006 -stav po hemoragickonekrotickej pankreatitíde s voľnou

tekutinou v okolí hlavy pankreasu, kaudy a v malej panve, CT vyšetrenie 14.05.2006 -akútna hemoragicko-nekrotická pankreatitída s úplnou deštrukciou pankreasu, s kolekciami zasahujúcimi z burza omentalis k hilu sleziny, pred Gerotovu fasciu, do mesenteria a za prednú brušnú stenu, ascites. Progresia CT zmien oproti predchádzajúcemu vyšetreniu .

Chirurgické vyšetrenia: 12.05.2006 –palpačný nález nesvedčí pre náhlu príhodu brušnú vyžadujúcu laparotómiu. Susp.pseudocysta hlavy pankreasu, 14.05.2006 bez príznakov krvácania do gastrointestinálneho traktu a dutiny brušnej, doporučená konzervatívna liečba, CT brucha 15.05.2006 - doporučená konzervatívna liečba.

Terapia na OAIM konzervatívna.

Počas hospitalizácie bol pacient postupne prevedený na spontánnu ventiláciu, pri vedomí. Extubovaný 08.05.2006 a začína prijímať tekutú stravu. 14.05.2006 došlo k zástave obehu a bola nutná kardiopulmonálna resuscitácia s obnovením obehu do 2 minút. V ďalšom období došlo k rozvoju septického stavu, bol vymenený centrálny venózný katéter a odstránené hrudné drény, CT dňa 14.05.2006 vyšetrenie ukázalo progresiu akútnej hemoragicko-nekrotickej pankreatitídy s úplnou deštrukciou pankreasu.

Pacient bol dňa 23.05.2006 preložený na KAIM. 26.6.2006 na základe CT vyšetrenia chirurgom indikovaná urgentná operačná revízia, 1.6.2006 reoperácia z vitálnej indikácie. 9.6.2006 pacient exitoval.

Pitevný nález :

bezprostredná príčina smrti:

- Sepsa

hlavné ochorenia:

- Pancreatitis chronica

- Stav po akútnej pankreatitíde

Zhrnutie úradu, zistené porušenie zákona:

- Počas hospitalizácie na Chirurgickom oddelení neboli vyčerpané všetky diagnostické možnosti. Vzhľadom na zhoršenie USG nálezu a vysoké CRP malo byť vykonané CT vyšetrenie.

Porušenie §4 ods.3 zákona č.576/2004 Z. z. v platnom znení

- Pacient bol prepustený z Chirurgického oddelenia dňa 13.04.2006 napriek tomu, že objektívny nález USG vyšetrení sa zhoršoval a subjektívne pacient udával bolesti, čím nepominuli dôvody pre prepustenie z ústavnej starostlivosti.

Porušenie §9 ods.6 Zákona č.576/2004 Z. z. v platnom znení

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu a v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. Správne konanie nie je ešte ukončené.

Málo času na záchranu

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

23-ročná siedmorodička prijatá na pôrodnícke oddelenie v 38. týždni tehotenstva v neskorých večerných hodinách s nálezom: hrubšia bránka na 5 cm, plodová voda neodteká, uterus tonizuje, pacientka nekrváca. CTG záznam plodu v norme.

Druhý deň o **5.40 hod.** pacientka vyšetrená, zistený nález sa od prijatia nezmenil, uterus slabo tonizuje, urobená amniotómia s nálezom : **vody plodové číre.**

O 8.00 hod. bránka tuhá otvorená na 5-6 cm, kontrakcie stále slabé, preto pridaný Oxytocín Ij. a Buscopan I amp. intramuskulárne.

O 8.40 hod. bránka zašlá, hlavička nemá tendenciu vstupovať, kontrakcie slabé, prítomný hojný krvavý výtok. Rodičke podaná infúzia 10 % glukózy a Ij.Oxytocínu intravenózne, privolaný primár oddelenia.

O 8.45 hod. rodička vyšetrená primárom oddelenia, ktorý potvrdzuje nepostupujúci pôrod, silné krvácanie z uteru už aj v koagulách z dôvodu predčasného odlučovania placenty a preto **indikuje okamžité operačné ukončenie tehotenstva.**

Nasleduje predoperačná príprava, počas ktorej sa ozvy plodu držia na hodnote 120/min, údaj je zaznamenaný o **8.55hod.**

Vzhľadom k tomu, že na troch ihneď dostupných operačných sálach sa operuje, primár oddelenia hľadá **náhradné riešenie.** Do úvahy prichádza ešte zákroková sála, tu je však nedostačujúci anestetický prístroj. Napokon anesteziologička z vitálnej indikácie pristupuje k uspatiu rodičky aj v týchto podmienkach.

O 9.15 vybavený zrelý plod ženského pohlavia, s hmotnosťou 2620 g a s dĺžkou 48 cm, s pupočníkom otočeným okolo krku plodu, ktorý **nejaví známky života.** Okamžite zahájená **kardiopulmonálna resuscitácia** dvoma neonatologičkami, ktorá je však **neúspešná.**

Záver :

Profúzne krvácanie pri predčasne sa odlučujúcej placente viedlo k zníženiu tlaku u matky a následne k neefektívnemu prietoku krvi mozgom plodu, čo malo v konečnom dôsledku za následok smrť plodu.

Z pitevnej správy vyplynula ako bezprostredná príčina smrti **vnútromaternicové udusenie.**

Zhrnutie úradu :

Diagnostický postup bol vykonaný správne, správne bolo aj indikované akútne ukončenie tehotenstva cisárskym rezom. Ten však **vzhľadom na akútnosť stavu bol vykonaný neskoro** a to viedlo k úmrtiu plodu ešte vo vnútri maternice.

Sankcie :

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

Neindikovanie cisárskeho rezu, nedostatočná zdravotná starostlivosť poskytnutá novorodencovi

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Pacientka prijatá na gynekologicko - pôrodnické oddelenie dňa 17.12.2006 o 9.30 hod. Pri prijatí udala odtok plodovej vody a nepravidelnú pôrodnú činnosť.

Odtok plodovej vody bol potvrdený laboratórne. CTG vyšetrenie pri prijatí preukázalo fyziologický záznam. Vaginálny nález – hrdlo na 1 cm, bránka na 4 cm, hlavička balotovala nad vchodom, šípový šev bol priečne. Boli konštatované normálne panvové rozmery s conjugata externa 19 cm. O **12.00 hod.** bola bránka otvorená na 6 cm, hlavička vstupovala do vchodu, kontrakcie boli nepravidelné, ozvy plodu 136/min. O 13.30 hod. bol nález nezmenený, bola napojená infúzia G5% 400 ml + Oxytocin 5 j. O 15.30 hod. bol vaginálny nález nezmenený, ozvy plodu boli 140/min. O 18.10 hod. bol z bránky len cirkulárny 2 cm lem. Hlavička bola malým dielom vstúpená, ozvy plodu boli 140/min., bola odp. FIT lopta. O 19.30 hod. bola pridaná druhá infúzia G5% + Oxytocin 5 j. O **19.45** bola bránka zájdená, hlavička bola v hlbine, rodička začínala tlačiť. O **19.50 hod.** sa pôrodník pre bradykardiu a nespoluprácu rodičky rozhodol **ukončiť graviditu extrakciou plodu pomocou vákuumextraktora.** Plod bol extrahovaný počas jednej trakcie o 19.55 hod., hmotnosť plodu 4200 gramov, dĺžka 52 cm, Apgarovej skóre 4, v piatej minúte 2.

Po narodení dieťa nebolo schopné spontánne dýchať, akcia srdca klesla pod 100/min., bola začatá **resuscitácia** - externá masáž srdca, predýchavanie plodu vakom a maskou a realizovaná intubácia plodu.

O **20.48 hod.**, t.j. 53 min. po pôrode, bola **konzultovaná mobilná jednotka JVSN Perinatologického centra** a bol nahlásený a vyžiadaný transport dieťaťa na JVSN. **Príchod mobilnej jednotky JVSN je zaznamenaný o 22.05 hod.**, dieťa nájdené v šokovom stave, s poruchou vedomia po pôrode vákuumextraktorom, úroveň vedomia SARNAT III, cievny prístup bol realizovaný intraoseálnym podávaním roztokov. Realizovaný prevoz na JVSN, **príchod na vyššie pracovisko je zaznamenaný o 00.15 hod.**

Záver:

V zdravotnej dokumentácii nie je k dispozícii antenatálny kardiokografický záznam z obdobia tesne pre pôrodom. Nie je k dispozícii žiadna informácia o metabolickom stave plodu (astrup, laktát), ktorá by objektívne vedela popísať metabolický stav plodu tesne po narodení. **Perinatálnej strate bolo možné predísť predovšetkým kontinuálnym monitorovaním plodu pred pôrodom pomocou kardiokografie a následne objektívnym dokumentovaním metabolického stavu plodu po pôrode.** Dieťa sa narodilo s ťažkou pôrodnou asfyxiou, ktorú sa napriek resuscitácii nepodarilo zvládnuť.

Podľa **pítevného nálezu** išlo o hypertrofického novorodenca s perinatálnou hypoxiou po komplikovanom pôrode vákuumextraktorom, u ktorého bol zistený hypovolemický šok a ťažká pôrodná asfyxia. Bezprostrednou príčinou smrti bolo zlyhanie dýchacej činnosti pri pôrodnej asfyxii a novorodeneckej pneumopatii. Išlo o úmrtie z chorobných príčin.

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste a prešetrením zdravotnej dokumentácie úrad **zistil u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti porušenie §4 ods. (3) zákona č.576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, podľa ktorého je zdravotná starostlivosť poskytnutá správne ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby, s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby, so zohľadnením súčasných poznatkov lekárskej vedy.

V danom prípade dohliadaný subjekt nevykonal všetky zdravotné výkony (kontinuálne kardiokografické monitorovanie plodu pred pôrodom a vyšetrenie metabolického stavu novorodenca tesne po pôrode na včasné a správne zdiagnostikovanie aktuálneho stavu plodu, resp. novorodenca, v dôsledku čoho nebol následne zabezpečený ďalší včasný účinný postup a liečba.

Sankcie:

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

Nesprávny manažment pacienta s NCMP všeobecným lekárom pre dospelých

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Pacientka hospitalizovaná v Nemocnici s poliklinikou (ďalej NsP) v dobe od 22.6.2007 do 13.7.2007 s dg: Trombotizácia hlbokého venozného systému EDK - v mieste ústia VSM trombus pokračujúci distálnym smerom, st.p.CMP s následnou frustnou pravostrannou hemisymptomatológiou a dyzartriou na ischemickom podklade, hyperkalémia pri príjme, t.č. mierna hypokalémia, artérová hypertenzia III.st. (SZO), chron. ICHS so sínusovou tachykardiou f.sk. NYHA III, inkontinentio urinae et alvi, syndróm immobility.

Po návrate z hospitalizácie bol pacientke doma podávaný **zdravotnou sestrou denne Fraxiparin** s.c. Zdravotná sestra si už 2.8.2007 všimla, že pacientka je somnolentná, ale podľa vyjadrenia ošetrojúcej lekárky oznámila túto skutočnosť ošetrojúcej lekárke až 3.8.2007, keď vnuk pacientky prišiel požiadať ošetrojúcu lekárku o ošetrovanie pacientky.

Podľa vyjadrenia ošetrojúcej lekárky ráno **dňa 3.8.2007** bola požiadaná vnukom pacientky o ošetrovanie pacientky v mieste bydliska, pretože „jeho matka nevie prebrať pacientku“. Po príchode k pacientke ošetrojúca lekárka objektívnym vyšetrením zistila, že pacientka reaguje iba na bolestivé podnety, TK bol 130/90 torr, akcia srdca bola pravidelná s fr. 64/min., ozvy boli ohraničené bez šelestov, dýchanie bolo čisté vesikulárne bez vedľajších fenoménov. Ošetrojúca lekárka predpokladala, že ide o **opakovanú NCMP** a odporúčala hospitalizáciu pacientky na doliečovacom oddelení v NsP. Podľa vyjadrenia ošetrojúcej lekárky sa mala rodina pacientky dohodnúť, či ju budú chcieť hospitalizovať v NsP, kde mali príbuznú, alebo v NsP v mieste bydliska a potom jej to mali prísť povedať. Z vyjadrenia ošetrojúcej lekárky vyplýva, že sa následne vrátila na ambulanciu. Podľa ošetrojúcej lekárky cca o **11.00 hod. prišiel na ambulanciu vnuk pacientky** s tým, aby ošetrojúca lekárka privolala sanitné vozidlo z dispečingu NsP. V čase volania bolo sanitné vozidlo mimo NsP u iného pacienta. Pri príchode sanitného vozidla do miesta bydliska pacientky tam už bola ambulancia Rýchlej lekárskej pomoci (ďalej RLP).

Podľa „**Záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby**“ ambulancie RLP výzva Krajského operačné strediska (ďalej KOS) na vykonanie zásahu bola prijatá o 11.46 hod., na miesto zásahu RLP dorazila o 12.01 hod. Správu o ošetrovaní pacientky ošetrojúcou lekárkou lekár RLP k dispozícii nemal. Objektívnym vyšetrením bolo zistené, že pacientka nereagovala na vonkajšie podnety, prítomná bola frustná ľavostranná hemiparéza, TK bol 160/95 mmHg, pulz 97/min., akcia srdca bola pravidelná, bola znížená hodnota glykémie 3 mmol/l, pacientka dýchala oslabene s apnoickými pauzami.. Lekár RLP zaistil i.v. prístup, zaintuboval pacientku, napojil ju na podpornú ventiláciu, pacientke bolo podané MgSO₄ 10% 1 amp. i.v., Oxyphyllin 1 amp. i.v. a Glukóza 40% i.v. **Diagnostický záver znel: Bezvedomie – NCMP, DM – hypoglykémia.** Pacientka bola odovzdaná na OAIM v NsP o 12.35 hod.

Záver, zhrnutie úradu:

V danom prípade sa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti všeobecný lekár pre dospelých dopustil týchto chýb:

1. Zdravotná sestra poskytovateľa zdravotnej starostlivosti **nesignalizovala včas potrebu ošetrovania pacientky**, u ktorej konštatovala poruchu vedomia už 2.8.2007.
2. Ošetrojúca lekárka u pacientky v bezvedomí predpokladala opakovanú NCMP, napriek tomu **neprivolala RLP**, pacientku neošetrila, vrátila sa na ambulanciu a čakala ako sa rozhodnú príbuzní pacientky ohľadne ďalšieho postupu.

3. Po návrate na ambulanciu ošetrujúca lekárka na podnet rodinného príslušníka volala dispečerku KOS, ktorej v rozpore s predpokladanou diagnózou NCMP a stavom vedomia pacientky povedala, že u pacientky nie je potrebný zásah RLP a transport pacientky, ktorá bola v bezvedomí, **chcela vykonať bežným sanitným vozidlom.**
4. Pacientku v rozpore s predpokladanou diagnózou NCMP a stavom jej vedomia mala v úmysle **transportovať** nie na OAIM, ev. v prípade nadobudnutia vedomia na neurologické alebo interné oddelenie, ale **na doliečovacie oddelenie.**
5. V zdravotnej dokumentácii nebol uvedený **čas ošetrovania, zhodnotenie stavu vedomia** a nebolo v nej **poučenie a informovaný súhlas pacientky**, resp. v danom prípade dcéry pacientky, ktorá bola prítomná pri ošetrovaní pacientky.

V dôsledku uvedených chýb poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke **konal v rozpore s §4 zák. 576/2004 Z.z.** tým, že nezabezpečil u pacientky včasné vykonanie všetkých zdravotných výkonov na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia jej stavu.

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste a prešetrením zdravotnej dokumentácie úrad **zistil u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti porušenie §4 zákona č.576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, podľa ktorého je zdravotná starostlivosť poskytnutá správne vtedy, ak sa vykonávajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby, s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby, so zohľadnením súčasných poznatkov lekárskej vedy.

Úrad zistil u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu aj **iný nedostatok** ako nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorý spočíval v tom, že zdravotná dokumentácia neobsahovala záznam o poučení pacientky a o jej informovanom súhlase, čím dohliadaný subjekt porušil **§21 ods. (1) písm. b) a §6 ods.(1) a ods.(9) zákona 576/2004 Z.z.**

Sankcie:

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

Aj v dnešnej dobe sa objaví meningoencefalitída

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

54-ročný pacient s údajom evakuácie subdurálneho hematómu po úraze hlavy v roku 1989 s organickým psychosyndrómom, bol po druhom vyšetrení na ÚPS (v rozpätí 3 dní) prijatý na hospitalizáciu na interné oddelenie od 16.2.2007 s diagnózou gastroenteritídy, počínajúceho delirantného stavu a obojstrannej, prevažne pravostrannej bronchopneumónie. V popredí jeho klinického obrazu boli febrility, nepokoj až dezorientácia s halucináciami a gastrointestinálne ťažkosti. Manželka pacienta upozorňovala na to, že jej manžel je zmenený a takéto zdravotné ťažkosti nikdy nemal.

Po prijatí na interné oddelenie boli pacientovi vykonané odbery na štandardné vyšetrenia, vykonané rtg a usg vyšetrenie, na 3. deň hospitalizácie CT vyšetrenie mozgu; pacient bol opakovane vyšetrený aj neurológom, ale bez nálezov významnejšej patológie (bez lateralizácie, bez ložiskovej a meningeálnej symptomatológie). Aplikovaná bola infúzna liečba s nootropikami, zameraná aj na rehydratáciu, parenterálna liečba širokospektrálnymi antibiotikami, bol podávaný kyslík a expektorancia, tiež liečba určená na stabilizáciu psychického stavu pacienta.

Pri spomínanom CT vyšetrení bolo popísané iba postkontúzne ložisko parietálne vpravo bez zmeny, s porencefáliou a známky kortikálnej atrofie bifrontálne.

Vzhľadom na nezlepšujúci sa pľúcny nález bola antibiotická liečba zmenená a pacient musel byť v spolupráci s OAİM odsávaný. Pre progresiu neurologického nálezov bol pacient opäť vyšetrený neurológom, ktorý konštatoval iba zhoršenie organického psychosyndrómu po kraniocerebrálnom úraze v minulosti pri febrilnom ochorení.

Dňa 22.2.2007 u pacienta febrility poklesli, ale pre výskyt opakovaných epi paroxyzmov s rozvojom status epilepticus bol preložený na OAİM. Pre pretrvávanie neurologického nálezov bez reakcie na liečbu bolo dňa 25.2.2007 vykonané ďalšie opakované neurologické vyšetrenie s odporúčením zopakovať CT mozgu so zameraním na vylúčenie intrakraniálneho krvácania. Prekvapením bol nález obojstrannej encefalitídy s tvorbou abscesových ložísk a edém mozgu so známkami intrakraniálnej hypertenzie. Následne boli konzultované infekčné kliniky za účelom indikovania ďalšej liečby a eventuálneho prekladu pacienta, ktorý sa neuskutočnil pre celkovo zlý klinický stav a nepriaznivú prognózu. Napriek nasadenej špecifickej liečbe neurologické poškodenie pacienta progredovalo a pacient dňa 4.3.2007 exitoval. Prehliadajúci lekár nariadil pitvu.

PITEVNÝ NÁLEZ

Bezprostredná príčina smrti:

- mozgová smrť

Základné ochorenie:

- obojstranná bronchopneumónia, rinosinusitída

Komplikácie základného ochorenia:

- sepsa
- obojstranná leptomeningoencefalitída
- malígny edém mozgu s kónusom frontálne, bitemporálne a okcipitálne
- sekundárne krvácanie do mozgového kmeňa
- interný hemocefalus
- šokové pľúca
- septická slezina
- šoková nefróza

Iné závažné ochorenia:

- stav po evakuácii subdurálneho hematómu v roku 1989
- postkontúzne ložisko parietálne vpravo

Vedľajší nález:

- akútny edém a venostáza pľúc, vrodená hypertrofia ľavej komory srdca, počínajúca diseminovaná kardiomyofibróza ľavej komory srdca, univerzálna ateroskleróza I. – II. stupňa, fibrolipomatóza pankreasu; nazogastrická sonda, orotracheálna kanylá, permanentný katéter, kanylácia jugulárnej vény vpravo a radiálnej artérie vpravo.

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu na mieste s vyžiadaním odborných stanovísk konzultantov úradu z odboru intervenčná rádiológia a z odboru infektológia zistil **porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.**

Zdravotná dokumentácia na internom oddelení nebola vedená v súlade s ustanoveniami § 19 a § 21 uvedeného zákona.

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledovným konaním:

- 1. Vyšetrenie počítačovej tomografie zo dňa 20.2.2007 bolo nesprávne zhodnotené** – popis: Postkontúzne ložisko parietálne vpravo bez zmeny, porencefalia, známky kortikálnej atrofie bifrontálne; v skutočnosti: Obojstranne v temporálnych lalokoch dorzobazálne a parietálne vpravo nehomogénna hypodenzita s naznačením edematózneho expanzie - zmazanie gyrifikácie. **Na CT snímkach (20.2.2007, 26.2.2007, 1.3.2007) možno hodnotiť dynamiku edematózných zmien** v typickej lokalite temporálnych lalokov, ako aj postupné šírenie zápalového procesu na bázu frontálnych lalokov a insulárnej lokality bilaterálne. **Takýto nález nachádzame** (hypodenzity v temporálnych lalokoch) **pri vírusovej encefalitíde.**
- 2. Napriek progresii neurologickej symptomatológie nebola indikovaná a realizovaná lumbálna punkcia** – až 26.2.2007, kedy bol biochemický a cytologický nález odobratého likvoru vysoko suspektný pre herpetickú encefalitídu. **Päť dní trvajúci febrilný stav s dezorientáciou a progresiou neurologickej symptomatológie kulminujúcej do status epilepticus, je indikáciou na odber likvoru.**
- 3. Pri diagnostických rozpakoch mal byť konzultovaný infektológ** (1. raz až 26.2.2007 - 11. deň ochorenia, Klinika infektológie a geografickej medicíny, Bratislava), pretože **priebeh, nález na CT mozgu, biochemický a cytologický nález v likvore takmer jednoznačne svedčili pre herpetickú meningoencefalitídu a aj bez priameho dôkazu vírusu boli indikáciou k antivírusovej liečbe** (začatá až 26.2.2007).
- 4. Neurologické konziliárne vyšetrenia** (stále sa meniacimi lekármi) **neboli prínosom v diagnostike, ani v liečbe pacienta.**

Sankcie:

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

Poučenie:

Priebeh ochorenia bol pravdepodobne ovplyvnený nedostatočnou erudíciou v oblasti zápalových ochorení mozgu pri neurologických konziliárnych vyšetreniach ako aj hodnotením CT mozgu. Liečba začatá 26.2.2007 už nemohla zvrátiť veľmi ťažký priebeh ochorenia.

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uviedol, že internisti spolu s neurológmi usporiadajú ústavný seminár na tému „Neuroinfekcie a ich management“ s prizvaním infektológa so zopakovaním indikácií lumbálnej punkcie.

Stereotyp v manažmente pacientov s hrudníkovou bolesťou

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

53-ročný pacient podľa zdravotnej dokumentácie bol liečený kombináciou Egilok+Prestarium pre hypertenziu, lieky užíval pravidelne, mal dobre kontrolovanú arteriálnu hypertenziu a bol asymptomatický. Asi 15 rokov už nefajčí, mal v rodinnej anamnéze úmrtie brata na akútnu koronárnu príhodu.

Dňa 22.04.2007 (nedeľa) po raňajkách udával hrudníkové náhle bolesti typu stenokardií. Bol vyšetrený lekárom LSPP. Ten indikoval EKG vyšetrenie, ktoré bolo realizované na internej ambulancii ÚPS NsP so záverom: bez recentných zmien s popisom mikrozmiern STT v inferiorných zvodoch. V ambulancii LSPP dostal inj. Nospa s odporúčením kontroly na druhý deň u svojho lekára.

Na druhý deň 23.04.2007 okrem bolestí mal pacient subfebrílie a navštívil svoju všeobecnú lekárku pre dospelých. Tá pacienta vyšetřila, zmerala TK a pre príznaky faryngitídy ordinovala Klacid. Pacient pokračoval v domácej liečbe do 26.04.2007, kedy začal pociťovať intenzívnu bolesť v ľavej hornej končatine. Znovu navštívil ambulanciu všeobecného lekára pre dospelých (zastupujúcu lekárku) o 11.hod. Spred ambulancie na základe intervencie syna bol dňa 26.04.2007 o 12,20hod. odoslaný na interné oddelenie NsP s diagnózou akútneho infarktu myokardu inferiornej steny. Po uložení na lôžko bol opakovane defibrilovaný pre komorovú fibriláciu. Po 13 hodinách bola znovu nutná kardiopulmonálna resuscitácia a v obraze elektromechanickej disociácie.

Pacient zomrel o 02,54 hod. dňa 27.04.2007.

Pitevný nález:

Bezprostredná príčina smrti:

- Tamponáda srdca
- Masívny čerstvý transmurálny infarkt zadnej steny ľavej komory s ruptúrou steny
- Celkové kornatenie tepien, prevažne vencovitých tepien srdca ťažkého stupňa

Zhrnutie úradu, zistené porušenie zákona:

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov.

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledovným konaním:

- Službukonajúci **lekár LSPP** správne indikoval EKG vyšetrenie pri prvosymptomatológii pacienta, ale správnejšie bolo požiadať o vyšetrenie internistu v rámci ústavnej pohotovostnej služby.
- Postup lekára LSPP bol nesprávny najmä z hľadiska správneho manažmentu pacientov s náhlou hrudníkovou bolesťou.
- Službukonajúci **internista** ústavnej pohotovostnej služby urobil EKG bez klinického vyšetrenia pacienta. Pacient s náhlou hrudníkovou algiou typu stenokardie mal byť vyšetrený internistom, najmä keď na EKG boli diskkrétne zmeny, ktoré si vyžadovali sledovanie EKG v odstupe.
- **Všeobecná lekárka pre dospelých** (druhý deň po predchádzajúcom vyšetrení pacienta na ambulancii LSPP) pre sprievodné subfebrílie a spoľahnutie sa na popis EKG internistom nemyslela na diagnózu akútneho infarktu myokardu a preto neindikovala konziliárne vyšetrenie internistom, alebo opakovanie EKG.
- Nesprávne stanovila diagnózu akútnej faryngitídy a odporučila pacientovi kontrolu po ukončení liečby ATB.

Sankcie:

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

Poučenie:

Na nerozpoznaní akútneho koronárneho syndrómu, ktorý skončil fatálnou ruptúrou steny myokardu, sa podieľali chyby lekárov LSPP, ÚPS a všeobecného lekára pre dospelých, ktoré reťazovite na seba nadväzovali a viedli k oneskorenej hospitalizácii pacienta.

Pacient s náhlou hrudníkovou bolesťou **má byť vždy vyšetrený kompletne internistom**, ten má najväčšie možnosti správne rozhodnúť o liečbe a sledovaní pacienta s akútnym koronárnym syndrómom.

Na postupe uvedených lekárov sa zrejme podieľal nesprávny stereotyp v manažmente pacientov s hrudníkovou bolesťou.

Iatrogénne poškodenie pri zavádzaní centrálného venózneho katétra

Anamnéza, objektívnych vyšetrenia - epikritické zhrnutie:

80-ročná pacientka indikovaná nefrológom na dialyzačnú liečbu. Pacientka liečená a dispenzarizovaná pre chronickú renálnu insuficienciu na podklade chronickej pyelonefritídy s atrofiou ľavej obličky.

Na internom oddelení plánovaný výkon zavedenia centrálného žilového katétra, hospitalizácia a výkon plánovaný, o navrhnutom výkone zavedenia centrálného žilového katétra pacientka preukázateľne informovaná.

Výkon zavedenia centrálného žilového katétra vykonal lekár, internista s viacročnou praxou, so skúsenosťami s touto technikou, k výkonu neboli kontraindikácie. Dialyzačný katéter bol zavádzaný do v. subclavia vľavo. Infraklavikulárnym prístupom zistená mechanická komplikácia - zavedenie katétra do arterie, ihla vytiahnutá a miesto vpichu komprimované.

V časovom odstupe 20 min. od prvého pokusu lekár opakovane pokus o zavedenie centrálného žilového katétra - vpich kontralaterálne - do v. subclavia vpravo, bezprostredne po vpichu u pacientky vznik bolesti pod pravou lopatkou, ventilačné ťažkosti, silné krvácanie - výkon ukončený.

Pacientka prevezená na JIS interného oddelenia – následne zaintubovaná, začatá objemová liečba, indikované OAIM konzílium, CT hrudníka a hlavy. CT vyšetrením zistený hemothorax vpravo a hemomediastinum.

Pacientka preložená na OAIM- hemosubstitúcia, objemová suportácia, obehová podpora, prechodná stabilizácia stavu. Po šiestich hodinách - veľká strata krvi cez drén, hypotenzia

1. neúspešná resuscitácia, exitus letalis 8 hod. od výkonu
2. pitevný nález - druh smrti: komplikácia zdravotníckeho výkonu
Bezprostrednou príčinou smrti pacientky bolo vykrvácanie do pravej pohrudničnej dutiny a následný hemoragický šok, ku ktorému došlo v dôsledku krvácania z poškodených podklúčkových ciev vpravo (tepna aj žila), pričom k ich poškodeniu došlo počas akútnej punkcie podklúčkovej žily z dôvodu akútnej kanylácie pre potreby dialýzy.
3. riešenie vzniknutých komplikácií na OAIM bolo bez nedostatkov

Zhrnutia úradu:

Úrad výkonom dohľadu konštatoval nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledujúcim konaním

- po neúspešnom zavedení dialyzačného katétra do v. subclavia sinistra nemal byť v časovom intervale 20 min. indikovaný pokus o zavedenie katétra do kontralaterálnej polovice hrudníka - do v. subclavia dextra.
- vzhľadom k tomu, že sa nejednalo o stav v ohrození vitálnych funkcií, bol výkon odložiteľný najmenej o 12 - 24 hod. s tým, že bolo potrebné objektívizovať stav po neúspešnej punkcii (realizáciou RTG vyšetrenia) a zhodnotiť stav pľúcneho parenchýmu.
- kontralaterálny prístup bezprostredne po komplikovanom pokuse o zavedenie dialyzačného katétra bol zhodnotený ako **non lege artis**.

Poučenie:

Inzerciu dialyzačného katétra vykonal lekár so skúsenosťami s touto technikou.

Pre neúspešnosť inzercie žilového katétra vľavo sa rozhodol v časovom rozpätí 20 minút pre zavedenie katétra z pravého infraklavikulárneho prístupu.

Pri zákroku došlo po punkcii pravej vény subclavia aj k iatrogénnemu poškodeniu pravej artérie subclavia, ktorá sa natrhla až do šírky 2,5 cm.

Štāv vyústil k masívnemu krvácaniu a po preklade na OAIM do 8 hodín od výkonu došlo k úmrtiu pacientky.

Napichnutie artérie pri zavádzaní žilových katétrov nie je neobvyklou komplikáciou, uvedomenie si tohto faktu však môže predísť následným komplikáciám.

Riziko komplikácií stúpa s každým vykonaným pokusom. Ako alternatívny spôsob inzercie katétra do centrálneho venózneho riečiska v danej situácii sa javil vstup z tej istej strany cez v. jugularis, v. femoralis.

Kanylácia centrálneho žilového systému so zavedením centrálneho žilového katétra je zdravotný výkon neodkladnej i štandardnej zdravotnej starostlivosti.

Pre tento druh invazívneho výkonu sú vypracované indikačné kritériá, vrátane optimalizácie kvality a bezpečnosti tohto výkonu: *Metodický pokyn SSAIM, platný od 16.11.2006* „Odporúčaný postup pri kanylácii centrálnych žíl a zavedení centrálnych katétrov u dospelých“

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi sankciu (pokutu) a nápravné opatrenie (návrh na odborné preškolenie dotknutého lekára a vypracovanie modelu manažmentu pri kanylácii centrálnych ciev - žíl u dospelých).

Príznaky difúznej peritonitídy vyžadujú neodkladnú intervenciu

Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

52-ročná pacientka bola vyšetrená LSPP (09.06.2007 o 12,00 hod.) pre pretrvávajúcu bolesť pod pravým rebrovým oblúkom a pod pravou lopatkou. Obj. jazyk mierne povlečený, brucho voľne priehmatné, bolestivé pod pr. rebrovým oblúkom. Tappotement vpravo +/-, moč chem. negat.

Dg záver: Colica abdominalis, podaný Algifen 1 amp. i. m., dopor. diéta, kľud, kontrola pri zhoršení ihneď. Pre recidívu bolesti (po piatich hod.) opakovane vyšetrená LSPP a odoslaná na odborné chirurgické vyšetrenie do NsP.

Vyšetrenie na **chirurgickej pohotovostnej ambulancii NsP** (09.06.2007 o 20, 51 hod.). Subj. - 2 dni pobolievanie v pravom podrebrí, bez dyspepsie, nezvracala, propagácia bolesti do lumbálnej oblasti, moči bez ťažkostí. Obj. abdomen pod niveau hrudníka, dychová vlna bez retardácie, inguiny voľné, brucho voľne priehmatné, bez rezistencie, bez peritoneálneho dráždenia, citlivosť v pravom epi-mesogastriu, Murphy negat, peristaltika v norme, otras bruchom nebolestivý, palpácia pri pravej lopate bedrovej voľná, psoasový príznak a tapotment vpravo negat, per rectum bpn. T:37,0, P 78. **Sono bil. traktu negat, susp. konkrement pravej obličky.**

Záver chirurgického vyšetrenia: Urolithiasis l. dx – t. č. bez známk NPB, odporučené urologické vyšetrenie.

Vyšetrenie na **urologickej ambulancii NsP** v ten istý deň (09. 06. 2007 o 21, 00 hod.). Subj. - ako na chirurg. ambulancii. Obj. Lumbokostálne uhly voľné, vpravo na otras citlivý, abdomen priehmatné, bez citlivosti a rezistencie. Moč B negat., sediment ojed. Ery. USG: Obličky bilat. bez ložiskových zmien, vpravo dilatácia KPS aj subrenálneho ureteru Gr. I., prekážku nevidno, m. m. vyprázdnený.

Terapia: Algifen 1 amp. i. m. Dg: Colica renalis l.dx. Ureterolithiasis l. dx. susp. Odporučené: Vysoký príjem tekutín, kontrola na spádovej urologickej ambulancii o 2 dni - rtg kompletizácia.

Dňa 11. 06. 2007 (pondelok) – pacientka odoslaná všeobecnou lekárkou kvôli od piatka pretrvávajúcim bolestiam brucha opätovne na urologické vyšetrenie. Záver vyšetrenia potvrdil predchádzajúce urologické vyšetrenie v NsP). Pacientke bol podaný Algifen 1 amp. i. v. , odporučený Algifen tbl. p. p., objedná sa na i.v. urografiú, pri recidíve ťažkostí hospitalizovať na urolog. oddelení.

V ten istý deň (**11. 06. 2007**) o **21, 00 hod.** je pacientka pre pretrvávajúce a zintenzívnenie bolesti v podbrušku, vystreľujúcich smerom doprava k obličke **hospitalizovaná na urologickom oddelení NsP.** Podaná infúzia ½ F+Mesocain, Algifen. Bolesti naďalej pretrvávali aj v noci. Ráno urobená i. v. urografia so záverom: vľavo správne vylučovanie v štandardných časoch, bez mestnania v KPS. Vpravo oneskorené vylučovanie prítomné až na snímke po 3 hodinách, kde dilatácia KPS a celého ureteru až po juxvesikálnu časť, kde susp. prekážka, nie je vylúčený ani extraluminózný útlak. Po 6 hodinách hypotonický celý ureter, zvýraznený nefrogram + KPS –juxtavesikálna ureterolithiáza? Z laborat. vyš. FW 32/60, Leuko- 14,06 , ostatné v medziach normy.

Po 17,00 hod. pacientka slabá prekolapsová. Objektívne TK: 100/60 torr, PF:86/min., abdomen voľné, minimálna palpačná citlivosť v pravom hypogastriu, t. č. bez známk NPB, tapp. sporne pozit. vpravo, abdomen v niveau hrudníka. Podaná Inf.500 ml 1/1FR i. v., Mesocain.

Vizita **o 20,00 hod.**- subjektívne sa má zle, bolesti brucha. Objekt.- TK 90/60 torr, bledá, dyspnoická, vynútená poloha s pokrčenými nohami, prešoková, abdomen – nárast rezistencie v abdomene (od 18,00 hod.), brucho nad niveau hrudníka, palp. výrazná citlivosť - v. s. **obraz akútnej difúznej peritonitídy.** Po vylúčení urologického dôvodu vzniku peritonitídy konzultovaný znova chirurg. – **chirurgické konzílium o 22,00 hod.- záver – známky peritonitídy**, indikovaný preklad na JIS chirurgické oddelenie k operačnej

revízií. Vzhľadom k absencii gynek. vyšetrenia cestou ešte vylúčenie gynek. orrīga, doplnenie predoperačného rtg hrudníka a natív abdomenu. Preklad realizovaný o 23,00 hod.

Počas prekladu došlo u pacientky **k zlyhaniu vitálnych funkcií**. Začatá KPR so znovu obnovením cirkulácie, pretrvávala areflexná kóma pri UPV. Pacientka **prijatá na OAIM** vzhľadom na nevyhnutnosť inotropnej a vasopresorickej podpory cirkulácie a doplnenie intravaskulárneho objemu. Chirurgom urobená laváž peritonea s nálezom 2000 ml purulentnej tekutiny. Podľa záznamu chirurga aktuálny stav pacientky neumožňoval ani z vitálnej indikácie realizovať operačnú revíziu dutiny brušnej, z toho dôvodu ponechaná laváž, a začatá antibiotická liečba. Následne nastal rozvoj tachyarytmie s progresívnym poklesom tlaku krvi bez odpovede na intervencie. **Dňa 13.06.2007 o 7,00 hod. konštatovaný exitus letalis.**

Pitevný nález:

Klinicko – patologická pitva preukázala ako **príčinu smrti multiorgánové zlyhanie pri zápale pobrušnice** s rozvratom vnútorného prostredia a **so septickým šokom**, ktorý sa vyvinul ako komplikácia **perforovaného akútneho vredu duodena**. Pitvou boli zistené aj **konkrementy v močovom mechúre** a **stav po lithiáze v pravej obličke**.

Zhrnutie úradu:

Pri prednemocničnom chirurgickom vyšetrení nebol u pacientky diagnostikovaný akútny duodenálny ulkus. Keďže pacientka mala prolongované bolesti, neustupujúce po spasmolytikách, bolo potrebné ju hospitalizovať.

Počas hospitalizácie na urologickom oddelení nebola venovaná dostatočná pozornosť leukocytóze v súvislosti s možnou zápalovou komplikáciou. Napriek nepotvrdeniu intraluminálnej blokády ureterov bola pacientka liečená ako renálna kolika.

Difúzna peritonitída, ktorá sa rozvinula počas hospitalizácie na urologickom oddelení, bola diagnostikovaná až v terminálnom štádiu. Už pri prvom podozrení na náhlu prírodu brušnú mala byť pacientke urobená urgentná diagnostická laparoscopia, alebo laparotómia.

Uvedeným konaním došlo zo strany dohliadaného subjektu k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

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

Podcenenie zdravotného stavu pacienta

Anamnéza, objektívne a laboratórne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Dňa 26.04.2007 (štvrtok) cestuje 51 ročný pacient z Bratislavy domov – lebo nevládze pracovať – žiada príbuzných telefonicky o pomoc pri zavezení zo stanice k praktickému lekárovi. Lekárom všeobecnej zdravotnej starostlivosti je vyšetrený o 13,30 hod. pre bolesti v driekovej chrbtici a trpnutie dolných končatín. Záver vyšetrenia: Vertebrogénny algický sy lumbálnej chrbtice, Ikterus sklér k dodiferencovaniu.

Podaná 1 amp. Almira i. m., predpísané lieky: Coxtral tbl, Dorsiflex tbl. Objednaný na odber krvi na nasledujúci deň. Piatok 27. 04. 2007 po bolestivej noci uskutočnený odber krvi a odoslaný na neurologické vyšetrenie.

Neurologické vyšetrenie dňa 27. 04. 2007 o 8,19 hod. so záverom: Akútna diskogénna lumbalgia, radikulárny sy L4,5 l. dx, Susp. coxartróza. Odporúčaný kľud na lôžku, Rtg lumbosakrálnej oblasti, coxy, kontrola o 2 týždne. Liečba: Diclobene 150 tbl. retard, Tralgit tbl. 100 mg. Napriek liečbe sa stav pacienta nezlepšoval, bolesti sa stupňovali, takže v nedeľu (29. 04. 2007) vyhľadali pomoc na neurologickom oddelení v NsP.

Vyšetrenie na **neurologickej pohotovostnej ambulancii** NsP dňa 29.04.2007 o 19,25 hod. Subj.- pacient udáva asi týždeň trvajúce bolesti v PDK, po fyzickej práci, začali v kolene a vnútornej strane predkolenia, potom po prednej strane stehna a v slabine. Lieky predpísané ambulantom neurológom nezačal užívať, užíva lieky odporúčené OL, výraznejšiu úľavu po nich nepociťuje. Objekt. – Pri vedomí, orientovaný, horné končatiny - nález fyziologický. Na DK reflexy L2-L4 sym., L5-S2 nižšie, pyram. javy neprítomné, Lassegue l.dx. od 70 st., l. sin. od 90 st., vľavo oslabená dorz. flexia. Chrbtica- lumbosakrálna v ose, anteflexia asi do 2/3, extenzia naznačená, inklinácie do 1/3, na poklop nebolestivé. Záver- Diskogénna lumbalgia s koreňovým sy L4,5 l.dx., Susp. coxartróza. Podaná Inf. FR + MSG??, Tramal i.m. Odporuč.: Kľudový režim, Rtg lumbosakrálnej oblasti a coxy bilater. **Odoslaný do domácej liečby cca o 22 hod.**

30.04.2007 ráno všeobecný lekár po obdržaní laboratórnych výsledkov (odobratých v piatok 27.04.2007) a objektivizovaní hypotenzie (TK: 90/60 torr) u pacienta privolal Záchranú zdravotnú službu a pacient bol odtransportovaný na internú príjmovú ambulanciu NsP. Počas transportu mu bola podávaná infúzia 1/1F 250ml.

Na internej príjmovej ambulancii NsP vyšetrený o 09,00 hod. Subjektívne- asi týždeň sa necíti dobre, predtým udáva „v ľahu“ príjem alkoholu. T. č. bolesti DK, celková slabosť, vertigo, nechutenstvo, nauzea, brucho ho nebolí, ožltol. Častejšie močí bez dysúrie, stolica bez problémov, nekrvácal, berie lieky pre lumbalgiu, ordinované všeobecným lekárom. Objektívne – pri vedomí, kontakt primeraný, tremor HK, orientovaný, odpovede adekvátne, spolupracuje. Poloha aktívna, eupnoe, koža ikterická, bez cyanózy, suchá, polohu v ľahu toleruje, afebrilný. Orientačne neurolog. v norme, pavúčik. névy, v oblasti pravej coxy hematóm. Hlava, krk - skléry ikterické, inak bpn., Hrudník: pulmo – dýchanie vesikul., čisté, expírium voľné, cor – akcia pravidelná, fr.118/min., TK 95/60 torr, abdomen mierne nad niveau, palp. ťažšie priehmatné, nebolestivé v celom rozsahu, hepar tuhej konzistencie siaha k umbiliku, lien nehmatný, tapotment bilaterálne negat, bez peritoneálneho dráždenia, peristaltika prítomná, DK bilaterálne perimaleolárne opuchy. Akrá teplé prekrvené. Per rectum – bez známok hemorágie. Zrealizované odbery krvi na hematologické a biochemické vyšetrenia, EKG vyšetrenie a rgt natív. snímka hrudníka a brucha.

Záver: Chronická v. s. toxometabolická hepatopathia – t. č. metabolicky dekompenzovaná, s progresiou ikteru, hepatomegáliou, Predelirantný syndróm, Sekundárny dyspeptický syndróm so zníženým perorálnym príjmom, dehydratáciou, nauzeou, Hypotenzia, Diskogénna lumbalgia s koreň. syndrómom L4-5 l. dx., Kombinovaná hyperlipoproteinémia v dokumentácii, Obezita, Polyneuropathia DK v. s. toxometabolická. Odoslaný na hospitalizáciu na interné lôžkové oddelenie.

30.04.2007 o 11,00 hod.– bol pacient uložený na nemocničné lôžko – na štandardnú izbu interného oddelenia NsP kde bol o 15,55 hod. konštatovaný exitus letalis. Od prijatia na interné lôžkové oddelenie sa v dekurze pacienta nenachádza žiadny záznam o objektívnom stave pacienta, ani o poskytnutej zdravotnej starostlivosti. V ošetrovateľskej dokumentácii sa nachádzal záznam: pacient nájdený bez známkov života. O okolnostiach smrti pacienta nie je rovnako v zdravotnej dokumentácii žiadna zmienka.

Pitevný nález:

Klinicko – patologická pitva

Dg: Cirrhosis hepatis micronodularis decomp.,
Atherosclerosis universalis praecipue aortae calcificans et exulcerans et aa. coronarium cordis stenotisans,
Hypertrophia excentrica myocardi ventr. cordis.,
Fluidothorax bilater., oedema pulmonum, oedema cerebri,
Ascites, Dystrophia organorum cavi abdom.,
Varices oesophageales a ďalšie chronické dg.

Bezprostrednou príčinou smrti bolo kardiorespiračné zlyhanie pri dekompenzovanej mikronodulárnej cirhóze pečene, celkovej ateroskleróze s výrazným postihom koronárnych tepien a pri excentrickej hypertrofii myokardu.

Zhrnutie úradu:

Zdravotná starostlivosť, poskytnutá vitálne ohrozenému pacientovi počas hospitalizácie na internom lôžkovom oddelení nebola zo strany ošetrojúceho personálu dostatočná. Nebolo zabezpečené sledovanie jeho vitálnych funkcií a napriek jeho kritickému stavu mu nebola poskytnutá bezodkladná zdravotná starostlivosť a liečba. Pacient mal byť prijatý na JIS a mala mu byť venovaná intenzívna zdravotná starostlivosť.

Štádium ochorenia a jeho mimoriadne rýchly priebeh u danej diagnózy boli natoľko závažné, že aj pri adekvátnej a intenzívnej liečbe bola malá pravdepodobnosť prežitia, alebo remisie ochorenia u pacienta, vzhľadom na jeho multiorgánové postihnutie.

Uvedeným konaním došlo zo strany dohliadaného subjektu k **porušeniu § 4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z.** v znení neskorších predpisov.

Sankcie:

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

Operačné riešenie onkologického ochorenia prsnej žľazy u 46 ročnej pacientky

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení:

46-ročná pacientka odoslaná pri preventívnej prehliadke ambulantnou gynekologičkou na odborné mamografické vyšetrenie. Záver mamografie poukázal na léziu nebenignej etiológie a atribútov, BIRADS 4c, odporučené chirurgické riešenie.

Operácia realizovaná formou kvadrantektómie - **chirurgom extirpovaný vnútorný dolný kvadrant pravého prsníka**. Operatér pristúpil k operačnému zákroku bez predchádzajúcej konfrontácie palpačného nálezu so snímkami NM, USG, eventuálne konzultácie s lekárom rádiodiagnostikom.

Perioperačná histológia: benígna mikrocystická dysplázia

Záver definitívneho histologického vyšetrenia:

Mamárny exstirpát - v tukovom väzive sporadické cystické štruktúry, diferencované.

Po pol roku kontrolné ambulantné gynekologické vyšetrenie: zistený tumor v pravom prsníku. Pacientka objednaná na kontrolné mamografické vyšetrenie, ktoré potvrdilo **pretrvávajúcu léziu, väčšiu ako pri predchádzajúcom RTG vyšetrení**. USG nález odpovedá hypoechogénnej nepravidelnej lézii s patologickou vaskularizáciou.

Pacientke odporučená konzultácia na prsníkovej ambulancii a core cut biopsy s následným opakovaným chirurgickým riešením. Pacientka bola vyšetrená v prsníkovej ambulancii vyššieho klinického pracoviska.

Záver vyšetrenia: jednoznačne hmatný tumor malígnej povahy. Core cut biopsy: potvrdená malignita.

Pacientka následne operovaná na vyššom klinickom pracovisku. V priebehu operačného zákroku odstránený tumor veľkosti cca 1,5 x 1 cm **z horného mediálneho kvadrantu pravého prsníka** in toto s dostatočnými resekčnými okrajmi a diskontinuitne exenterovaná axila. Malignita potvrdená rýchlym rezom.

Záver definitívneho histologického vyšetrenia: potvrdená malignita s vyšetrením receptorov, potvrdené negatívne resekčné okraje a negatívne vyšetrenie lymfatických uzlín. V súčasnosti je pacientka po rádioterapii, do liečby zaradený hormonálny preparát - antiestrogén Tamoxifén na obdobie 5 rokov - táto liečba je však spojená so zvýšeným rizikom karcinómu maternice a venózneho tromboembolizmu.

Zhrnutia úradu:

Úrad výkonom dohľadu konštatoval nedostatky **v zmysle porušenia § 4 ods. 3 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

K porušeniu zákonného ustanovenia došlo nasledujúcim konaním:

- operatér pri prvotnom vyšetrení pacientky nesprávne vypalpoval podozrivé ložisko bez korelácie klinického nálezu so snímkami z NM, prípadne USG
- po odstránení kvadrantu palpačne nevyšetril zvyšný parenchým prsníka

RDG vyšetrením mal tumor jednoznačne atribúty malignity. V danom prípade perioperačná histológia bola negatívna - táto skutočnosť mala operátora stimulovať k ďalším krokom za účelom verifikácie, že daný tumor bol extirpovaný - napríklad perioperačne sonograficky alebo aj pooperačnou NM. Uvedené kroky by potvrdili, že tumor nebol chirurgom primárne extirpovaný

Poučenie:

- záchyt karcinómu narastá pri použití skríningu v kombinácii mamografia - USG

- pre úspešnú chirurgickú liečbu malígnej lézie je potrebná kompletná diagnostická dokumentácia:
 - a) predoperačná palpácia ložiska
 - b) korelácia nálezu so snímkami z NM, USG
 - c) predoperačná lokalizácia lézie Frankeho vodičom pod USG
- pri indikácii pacientky na chirurgický zákrok je potrebné vyšetriť prsníky - všetky kvadranty v sede, ale aj v leže
- po odstránení kvadrantu je potrebné palpačné vyšetrenie zvyšného parenchýmu prsníka, nakoľko palpácia umožňuje diagnostikovať duplicitný nález, prípadne pravý tumor, ktorý nebol predoperačne diagnostikovaný. V prípade dotknutej pacientky pri palpačnej revízií bol predpoklad zistenia operačným zákrokom neodstráneného tumoru, ktorý bol hmatný už rádiodiagnostikom pri prvotnom vyšetrení
- pri negatívnom perioperačnom histologickom náleze je nutná verifikácia rozsahu operačného zákroku
- v prípade nedostatočného personálneho alebo technického zabezpečenia pracoviska je opodstatnené pacientku odoslať na pracovisko s požadovaným vybavením a skúsenosťami
- pacientka by mala byť upovedomená o dedičnej povahe rizík karcinómu prsníka a malo by sa jej odporučiť, aby členovia rodiny boli informovaní o možnosti genetického vyšetrenia a stratégiách včasnej prevencie a detekcie.

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu a nápravné opatrenie v zmysle § 50 odsek 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. a nápravné opatrenie odborné preškolenie dotknutého lekára – operátora v oblasti mamologickej problematiky.

Žiadal sa radikálnejší zákrok s odstránením tumoru

Anamnéza, objektívne vyšetrenia - epikritické zhrnutie:

61- ročný pacient, v minulosti liečený sporadicky pre chronickú hepatopatiu (pri etylizme), artériovú hypertenziu. Pri náhlom zhoršení stavu bol vyšetrený v ambulancii praktickej lekárky v mieste bydliska, sťažoval sa na difúzne bolesti brucha.

Z uvedeného dôvodu bol odoslaný na chirurgickú ambulanciu príslušnej nemocnice, kde ho vyšetřili a odoslali na USG vyšetřenie brucha s podozrením na renálnu koliku. S výsledkom sa mal dostať späť na chirurgickú ambulanciu.

Napriek poučeniu sa k chirurgovi nevrátil, ale o niekoľko dní vyhľadal praktickú lekárku v mieste bydliska so žiadosťou o poukaz na nefrologické vyšetřenie z dôvodu patologických zmien na oboch obličkách pri USG. Lekárka ho poukázala na odborné nefrologické vyšetřenie, kde bol pacient dispenzarizovaný sedem mesiacov, počas tejto doby bol medikamentózne liečený pre nefrogénnu hypertenziu pri chronickej renálnej insuficiencii.

Pri poslednom nefrologickom vyšetření sa pacient sťažoval na pocit nafúknutia, objektívne mal meteoristické brucho, bez hmatnej rezistencie. Nefrológ odporučal pokračovať v liečbe hypertenzie a navrhol ďalšiu kontrolu o 6 mesiacov.

O týždeň nato bol pacient vyšetřený v ambulancii obvodnej lekárky, **sťažoval sa na výrazné bolesti brucha, trvajúce cca týždeň, udával, že zvracia posledné 3 dni, schudol cca 6 kg.** Z dôvodu akútne zhoršeného zdravotného stavu bol ihneď odoslaný na hospitalizáciu do nemocnice na chirurgické oddelenie, kde bol bezodkladne prijatý a toho istého dňa operovaný z vitálnej indikácie pre RTG známky črevnej nepriechodnosti-hladinky, vysoké hodnoty FW, CRP a glykémie. Operačným výkonom bola enterotómia, anastomóza tenkého čreva s tenkým črevom.

Operačným nálezom bol absces v oblasti hypogastria a ľavej inguiny, inoperabilný tumor descentného kolonu, penetrujúci do prednej brušnej steny a flegmóna prednej brušnej steny. V pooperačnom období bol pacient liečený trojkombináciou antibiotík, bola aplikovaná infúzna liečba, pre dezorientáciu a nepokoj boli podávané sedatíva a pacient bol fixovaný k lôžku.

Na štvrtý pooperačný deň bol pacient preložený na OAIM pre rozvrat vnútorného prostredia, renálnu insuficienciu, respiračnú insuficienciu, kvalitatívnu poruchu vedomia. Na OAIM pokračovali v intenzívnej starostlivosti. U pacienta boli prítomné klinické aj laboratórne známky multiorgánového zlyhávania. Počas celej hospitalizácie bola nutná totálna parenterálna výživa cez kaválny katéter, antibiotiká podľa citlivosti, volumexpandery, kompenzácia diabetu. Cirkulácia bola udržiavaná kombináciou vazopresorov. Stav pacienta bol pravidelne sledovaný chirurgom.

Na desiaty pooperačný deň po prvej operácii bola v celkovej anestézii vykonaná incízia abscesovej dutiny v ľavej inguine, nekrektómia skrota.

Na osemnásty pooperačný deň bola v celkovej anestézii vykonaná incízia brušnej steny za účelom revízie, v mieste pôvodnej operačnej rany bola uvoľnená sutúra, evakuované boli abscesové hmoty, excidované nekrotické časti fascie a podkožia prednej brušnej steny. Napriek intenzívnej liečbe sa stav pacienta nezlepšoval, **22 dní** po prvej operácii bol konštatovaný **exitus letalis**.

Podľa prehliadajúceho lekára bolo bezprostrednou príčinou smrti viacorgánové poškodenie so zlyhaním orgánov, predchádzajúcou príčinou bol rozvrat vnútorného prostredia a prvotnou príčinou bol tumor hrubého čreva s ileom. Pitva nebola navrhnutá.

Záver:

Od prvej návštevy lekára z dôvodu zhoršenia zdravotného stavu až po urgentnú operáciu nebola u pacienta stanovená diagnóza, a to napriek tomu, že bol opakovane vyšetřovaný. Podľa dostupnej dokumentácie žiaľ aj samotný pacient v priebehu liečby opakovane nerešpektoval rady a odporúčania lekárov, neprišiel na dohovorenú kontrolu, nedostavil sa

s výsledkami vyšetrení, čím negatívne ovplyvnil možnosti stanovenia diagnózy ako aj samotný priebeh ochorenia.

Po prijatí na hospitalizáciu v akútnom stave, s klinickou symptomatológiou sepsy a s pracovnou diagnózou inkarcerovanej hernie bola vykonaná laparotómia. Operačný nález nepotvrdil inkarcerovanú herniu, ale pri laparotómii bol nájdený konglomerát kľúčiek tenkého čreva fixovaný k prednej brušnej stene a nástennému peritoneu v tuhej infiltrácii s hmatným tumorom descendentného kolonu. Chirurg sa rozhodol v danom čase riešiť stav výlučne paliatívne, enteroenteroanastomózou, s perspektívou radikálneho výkonu po stabilizácii stavu pacienta. Materiál na histologické vyšetrenie nebolo možné počas operácie odobrať. **Nebola vykonaná histologizácia tumoru**, ktorý bol s najväčšou pravdepodobnosťou benígny, na podklade divertikulitídy, ktorá perforovala, následkom čoho sa vytvorili abscesy so zápalovou infiltráciou tenkého čreva. Pri paliatívnej operácii boli abscesy iba drénované, ich príčina nebola odstránená.

Zhrnutie úradu:

Pri urgentnej operácii mal byť vykonaný radikálnejší zákrok s odstránením tumoru a postihnutých kľúčiek tenkého čreva. Takýmto postupom by sa predišlo pooperačným komplikáciám, ktoré viedli u pacienta k protrahovanému septickému šoku a následnému multiorgánovému zlyhaniu. Za hrubú chybu považujeme aj skutočnosť, že **nebola nariadená pitva**.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k **porušeniu §4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.**

Sankcie :

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

Kontraindikácie antikoncepcnej liečby

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

17-ročná pacientka, v anamnéze bez vážnejších ochorení, ambulantne vyšetrená gynekológom pre dysmrenoreu a hypermenoreu, po príslušných vyšetreniach bol pacientke predpísaný Regulon.

Po dvoch mesiacoch užívania antikoncepcie bola pacientka vyšetrená v rámci povinnej preventívnej prehliadky u príslušného praktického lekára pre deti a dorast, neudávala žiadne subjektívne ťažkosti, objektívny nález bol v medziach normy, hladina cholesterolu (6.42) bola mierne zvýšená, hepatálne testy boli v medziach normy.

S odstupom dvoch týždňov bola pacientka vyšetrená v ambulancii príslušnej praktickej lekárky pre deti a dorast, udávala viac dní trvajúce neurčité pichavé bolesti na hrudníku, ktoré sa zväčšovali po záťaži, v posledných dňoch sa tieto bolesti vyskytovali aj v pokoji. Praktická lekárka poukázala pacientku na kardiologické vyšetrenie.

Kardiológ pri vyšetrení zistil sínusovú tachykardiu, v obraze subjektívnych ťažkostí dominovali bolesti na hrudníku, pacientka bola vo vynútenej polohe. Na základe uvedených skutočností kardiológ indikoval hospitalizáciu na detskej klinike.

V dobe prijatia na hospitalizáciu bola pacientka afebrilná, udávala bolesti na hrudníku so šírením do ľavého ramena, dýchanie bolo plytšie, zrýchlené, auskultačne bez vedľajších fenoménov, akcia srdca pravidelná, tachykardia, P:140/min, TK:135/100mmHg. Z laboratórnych vyšetrení bola zvýšená zápalová aktivita (CRP 85,39), hypercholesterolémia (celk. cholesterol 6,44), ostatné biochemické a hematologické parametre boli v norme. Z dôvodu zvýšeného zápalového markera bola nasadená ATBN liečba.

Na druhý deň hospitalizácie došlo ku vzostupu telesnej teploty do 38.5stC, pokračovala ATB liečba. Na tretí deň hospitalizácie bolesti na hrudníku ustúpili. Teploty do 39st.C pretrvávali aj piaty deň hospitalizácie, preto bola realizovaná kontrolná RTG snímka hrudníka s nálezom pleuropneumónie vľavo s malým množstvom výpotku. Vzhľadom na rozvoj pleuropneumónie pri antibiotickej liečbe bola ordinovaná zmena antibiotika. EKG vyšetrenie preukázalo sínusovú tachykardiu, bez známk hypertrofie komôr a predsiení. Pri liečbe došlo k poklesu teplôt ako aj regresii RTG nálezu a ku miernemu zlepšeniu klinického stavu.

Pacientka bola počas hospitalizácie kompletne vyšetrená za účelom vylúčenia sekundárnej príčiny hypertenzie. Vyšetrený bol kompletný hormonálny profil v pokoji i po záťaži, vyšetrené boli obličky funkčne aj morfológicky. USG vyšetrením brucha bol zistený cystický útvar v oblasti pravých adnexov. Pre zvýšené hodnoty TK bol realizovaný Holter monitoring, ktorý nepotvrdil hypertenziu. Pre objektivizovanú nočnú tachykardiu bola pacientka objednaná na EKG Holter, vyšetrenie bolo plánované v kardiologickej ambulancii po prepustení z kliniky.

Pacientka bola prepustená domov. Ešte 2 dni mala užívať ATB, bolo odporúčané sledovanie pacientky u kardiológa (objednaná na EKG Holter), endokrinológa, gynekológa a v očnej ambulancii.

Štyri dni po prepustení z hospitalizácie bola pacientka vyšetrená v ambulancii príslušnej praktickej lekárky pre deti a dorast za účelom kontrolného vyšetrenia po hospitalizácii. Objektívny interný nález bol v norme.

Šesť dní po prepustení z hospitalizácie pacientka navštívila v sprievode matky gynekologickú ambulanciu, podľa písomného stanoviska gynekológa nemala pri sebe prepúšťaciu správu. Neudávala žiadne subjektívne ťažkosti. Gynekológ odporúčal pokračovať v užívaní antikoncepcie. Nasledujúceho dňa, týždeň po prepustení z hospitalizácie, bola pacientka vyšetrená v kardiologickej ambulancii, nasadený bol EKG Holter, ďalšia kontrola bola naplánovaná na vyhodnotenie monitoringu o 3 dni. V termíne kardiologickej kontroly matka pacientky v ranných hodinách priniesla Holter na vyhodnotenie a informovala kardiológa, že dcéra sa cíti dobre a chystá sa do školy. V tejto dobe (toho istého dňa v ranných hodinách) však došlo ku náhlemu dramatickému zhoršeniu zdravotného stavu pacientky,

ktorá kolabovala pred zdravotných strediskom v obci, bola potrebná okamžitá kardiopulmonálna resuscitácia, ktorú zabezpečili lekári strediska.

Pacientka bola ešte pred príchodom vozidla RLP intubovaná, bola vykonávaná vonkajšia masáž srdca, dýchanie AMBU vakom, zaistený žilový prístup, podané vazoaktívne látky a infúzia. Vozidlom RLP bola prevezená na najbližšie OAIM, na hospitalizáciu bola prijatá ako kardiálne zlyhanie.

Ihneď bola napojená na UPV, na EKG zázname bol prítomný idioventrikulárny rytmus, pacientka bola desaturovaná, s inefektívnym obehom, fixovanou mydriázou, nemerateľným TK, s nízkym ETCO₂. Idioventrikulárny rytmus sa striedal s aberantnými QRS komplexami, s pomalou fibriláciou predsiení, s trifascikulárnou blokádou. Vzhľadom k auskultačnému nálezu vľavo, extrémnemu odporu v periférnom dýchacom systéme a ku klinickému obrazu „modrej masky“ nebolo možné vylúčiť embolizačnú príhodu. Myokard bol rezistený voči katecholamínom a voči kardiopulmocerebrálnej resuscitácii, po 90 min. trvajúcej KPCR došlo k asystólíi a bola konštatovaná smrť. Bezprostrednou príčinou smrti podľa Listu o prehliadke mŕtveho bolo biventrikulárne kardiálne zlyhanie so suspektnou embolizáciou do arterie pulmonalis.

Súdno-lekárska pitva

bola vykonaná nasledujúceho dňa po úmrtí, podľa pitevného nálezu boli bezprostrednou príčinou smrti masívne trombotické vmetky do pľúcnice obojstranne. Pitva ďalej preukázala stav po prekonej ľavostrannej pleuropneumónii, stav po kardiopulmonálnej resuscitácii, skôrnatenie srdcovnice a jej vetiev.

Odborné stanoviská konzultantov úradu: v odbore **detská kardiológia, pediatria a rádiológia**. Podľa písomného stanoviska konzultanta úradu v odbore detská kardiológia počas hospitalizácie na klinike neboli u pacientky odhalené dôležité anamnestické údaje: užívaná antikoncepcia a pozitívna RA v podobe trombopatie a náhleho úmrtia tety pacientky na pľúcnu embóliu. Nebol analyzovaný údaj výrazného menštruačného krvácania. Nebola dostatočne analyzovaná príčina výrazných bolestí na hrudníku, nebol analyzovaný nález oslabeného dýchanie vľavo. Nebola dostatočne analyzovaná tachykardia a lividnosť končatín. V prepúšťacej správe nebol popísaný EKG nález. Pacientka bola aj pri teplotách a bolestiach vyšetovaná pomerne náročnými vyšetrovacími metódami na diferenciáciu sekundárnej hypertenzie. Na určenie správnej diagnózy by bola stačila scintigrafia pľúc. Pri klinickom podozrení na pľúcnu embóliu je metódou voľby kontrastné CT pulmoangiografické vyšetrenie, alebo kontrastné špirálové CT vyšetrenie pľúcneho arteriálneho riečiska.

Záver:

Tromboembólia arterie pulmonalis nie je častým ochorením v adolescentnom veku, prebieha atypicky a málokedy sa myslí na jej možnosť v tomto veku. Na základe rozboru priebehu ochorenia možno konštatovať, že **počas hospitalizácie pacientky na klinickom pracovisku boli prehliadnuté viaceré skutočnosti a symptómy, nebola im venovaná dostatočná pozornosť a neboli brané do diferenciálnej diagnostickej úvahy**. Pri ošetrovaní pacientky neboli vyčerpané všetky dostupné diferenciálne diagnostické a následne aj terapeutické postupy.

Zhrnutie úradu:

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas hospitalizácie 17-ročnej pacientky na klinickom pracovisku bolo hodnotené ako nesprávne. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti **porušil ustanovenia § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z.z.**

Sankcie :

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

POUČENIE PRE PRAX:

Upozorniť gynekológov, aby **pri predpisovaní hormonálnej antikoncepcie dostatočne informovali pacientky** a upozornili ich aj na sledovanie rizík a potrebu oboznámiť sa s informáciami o liekoch z príbalových letákov **ako aj okamžite hlásiť zmeny zdravotného stavu a upozorňovať lekárov o užívaní antikoncepcie.**

Považujeme za potrebné upozorniť pediatrov, všeobecných lekárov pre deti a dorast a detských kardiológov, aby nezabúdali pri odoberaní anamnézy na to, že denne sa stretávame so stále mladšími dievčatami, ktorým je predpisovaná **hormonálna antikoncepcia, kde medzi nežiaduce účinky na prvom mieste patrí venózna trombóza a pľúcna embólia.**

Podcenenie rizika anestetickej komplikácie

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

17-ročný pacient, v rokoch 2005 a 2006 liečený na akútnu sínusitídu, genéza ktorej bola s veľmi vysokou pravdepodobnosťou v alergickej rinitíde. S dôvodov sťaženého dýchania nosom, otorinolaryngológ v júni 2007 indikoval chirurgickú septoplastiku pre výraznú deviáciu nosovej priehradky. Pacient predoperačne vyšetrený pediatrom so záverom: kardiopulmonálne kompenzovaný, klinické a laboratórne vyšetrenia v norme.

Pacient následne prijatý na hospitalizáciu na ORL kliniku. Plánovaná septoplastika po predoperačnej príprave urobená v celkovej anestézii. Počas anestézie nebol pacient dostatočne monitorovaný. Približne 15 minút pred ukončením operácie bolo u pacienta diagnostikované zastavenie obehu (pričom sa zachytila asystólia). Bezodkladne sa začala kardiopulmonálna a farmakologická resuscitácia (adrenalin). Po obnovení efektívnej cirkulácie sa operácia nosovej priehradky dokončila. Pacient po operácii extubovaný a v doznievajúcej anestézii, spontánne dýchajúci s ústnym vzduchovodom bol ponechaný na prebúdzacej izbe, asi od 10,00 do 14,00 hod. Okolo 14.00 hod. sa však zistilo, že pacient sa z celkovej anestézie nepreberal, mal poruchu vedomia, podľa hodnotiacej škály GCS 4 stupňa. Z vyššie uvedených dôvodov bol pacient endotracheálne intubovaný, uvedený do umelého spánku a napojený na umelú ventiláciu pľúc. Pacient bol preložený na lôžkovú časť KAIM a pred transportom bolo urobené CT vyšetrenie mozgu, na ktorom nezistila evidentná ložisková patológia a ani edém mozgu alebo mozgového kmeňa.

Počas hospitalizácie na KAIM pacient udržiavaný vo farmakologickom útlme, sledovaný vnútrolebečný tlak a sledovaná aj metabolická aktivita a oxygenačné parametre krvi odoberanej z bulbus v. jugularis. Po skončení umelého spánku z dôvodov zabezpečiť lepšiu toaletu dýchacích ciest, ako aj vytvoriť lepšie podmienky pre odpájanie z umelej ventilácie pľúc bola urobená tracheotómia a pacient nechaný na spontánnom dýchaní.

Pri vyšetrení magnetickou rezonanciou sa potvrdil obraz anoxickej encefalopatie s difúznymi, zrejme nezvratnými poškodeniami v rôznych častiach mozgu ako následok dlhodobej hypoxie kôrových mozgových buniek. Pri neurologickom vyšetrení sa zistilo, že pacient má otvorené oči, ale okolie nesleduje, zrenice sú izokorické s pomalou reakciou na osvit. Pri odsávaní dýchacích ciest pacient reaguje flečnými spastickými pohybmi horných končatín, spastickou grimasou plaču a s postupným ústupom spasticity a len s občasnou reakciou na algický podnet. Stav sa diagnosticky uzatvoril ako hypoxické poškodenie mozgu, pričom klinický obraz zodpovedá dekortikačnému syndrómu ťažkého stupňa.

Príčinu asystólie počas operácie je veľmi ťažké jednoznačne stanoviť. Počas anestézie a operačného výkonu sa pacient primerane monitoroval. Operovala sa nosová priehradka, ktorá bola podľa dokumentácie výrazne vybočená. Tvárová oblasť je známa ako významná reflexogénna oblasť, kde sa nachádzajú mnohé nervové zakončenia, ktoré pri dráždení počas operácie v tejto oblasti prenášajú stimuly do centrálnych jadier n. trigeminus, ktoré komunikujú s centrami n. vagus, so zakončením v srdci. Pri aktivácii tohto reflexného oblúka sa môže aktivovať aj n. vagus, čo sa prejaví náhle vzniknutou bradykardiou alebo asystóliou. Pri aktivácii tzv. trigeminokardiálneho reflexu, sú dôležité aj ďalšie faktory, ktoré sa môžu pri aktivácii n. vagus uplatniť. Medzi ne patrí mladý vek, plytká anestézia, podanie opiátov. Z dokumentácie je zrejme, že v prípade anestetickej komplikácie sa uplatnili minimálne tri faktory: mladý vek, plytká anestézia (počas operácie došlo k pohybu ľavou rukou). Anestézia sa viedla inhalačným anestetikom Sevoran v kombinácii s podávaním krátko pôsobiacich opiátov, ktoré sa podali na úvod do anestézie a potom aj počas anestézie pri zvýšení krvného tlaku pacienta. Asi v polovici operačného výkonu sa zaznamenala bradykardia 59/min., pre ktorú sa ihneď podal vnútrožilovo atropín. Bezprostredne po jeho podaní si anestéziológ všimol, že na monitore vymizla krivka z pulzného oximetra a krivka ET_{CO}₂. Pacient bol cyanotický a po 20 min. od zistenia bradykardie sa diagnostikovalo zastavenie obehu pre

asystóliu. Ihneď na to sa začala KPR, ktorá mala trvať len krátko (1-2 min.) a u pacienta po podaní adrenalínu a po krátkej externej masáži srdca prišlo k obnoveniu spontánnej cirkulácie. Je otázne, či sa závažná porucha srdcového rytmu zaznamenala včas. Viac by mohlo objasniť skoré vyšetrenie krvných plynov a acidobázickej rovnováhy, tieto vyšetrenie však boli urobené až po prijatí na KAIM t.j. viac ako štyri hodiny od ukončenia operácie.

Po skončení operácie a anestézie sa pacient extuboval a spontánne dýchajúci sa preložil na prebúdzaciu izbu, kde zostal štyri hodiny. Okrem toho, že pacient sa na prebúdzacej izbe neprebral k vedomiu, neboli zaznamenané žiadne mimoriadne udalosti. Z dokumentácie sice vyplýva, že pacient dýchal spontánne a dostatočne, adekvátnosť ventilácie nebola žiadnym spôsobom objektivizovaná. O tom, že pacient počas pobytu na prebúdzacej izbe nebol pri vedomí a ani sa neprebral, bol anestéziológ opakovane informovaný. Po zhodnotení všetkých dostupných údajov a okolností konštatujeme, že pacient sa mal bezprostredne po skončení operácie ešte v celkovej anestézii a na umelej pľúcnej ventilácii previesť na KAIM. Pri komplikácii aká vznikla u 17-ročného pacienta sa po skončení operácie mali urobiť základné laboratórne vyšetrenia vrátane acidobázickej rovnováhy a krvných plynov, mali sa urobiť CT vyšetrenia mozgu v intervale šiestich hodín a až po tomto časovom intervale sa malo začať uvažovať o prebúdzaní pacienta a jeho ponechaní na spontánnom dýchaní.

Záver a zhrnutie úradu:

Ponechanie pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii na prebúdzacej izbe sice spontánne dýchajúceho, no bez znakov zlepšujúceho sa stavu vedomia a bez akýchkoľvek laboratórnych vyšetrení a bez konzultácie s vedúcim pracoviska nemožno považovať za postup lege artis. Anestéziológ podcenil riziko anestéziologickej komplikácie a úrad dohľadom na mieste zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

Sankcie

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

Nerозpoznaná meningitída pod klinickým obrazom virózy

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

19-ročný pacient v sobotu ráno udával bolesti hlavy, mal zvýšenú teplotu 38,0 °C, bol mu podaný Paralen tbl. Okolo 13,00 hod. dochádza k zvýšeniu teploty na 40,0 °C, objavia sa prudké bolesti hlavy, vracanie a hnačky. (Deň predtým bol na brigáde, večer okolo 22,00 hod. išiel na diskotéku, odkiaľ sa vrátil domov nad ránom okolo 3.00 hod. taxíkom, lebo sa zle cítil). Príbuzní sa snažili telefonicky privolať RZP prostredníctvom 112 a 16155, kde im však bolo oznámené, že ktakýmto prípadom RZP neposielajú. Odporúčali im, aby pacientovi znížili teploty zábalmi a antipyretikami.

Okolo 14,00 hod. pacienta priviezli príbuzní na ÚPS FNsP, službukonajúci lekár konštatuje virózu a odporúča mu dietetickú stravu, predpíše Immunal roztok a tbl. proti hnačke. Pacienta posielajú do domáceho ošetrovania. Subjektívne príznaky pretrvávajú aj doma, večer mu matka nájde na tele modré fľaky a okamžite ho odvezie do nemocnice na Kramáre, kde je prijatý na JIS Kliniky infekčnej a geografickej medicíny dňa 10.9.2005. K úmrtiu dochádza 3 dni po prijatí, napriek adekvátnej liečbe s diagnostickým záverom: septický šok na podklade meningokokovej infekcie.

Dg. záver: septický šok na podklade meningokokovej infekcie.

Multiorgánové zlyhanie (CNS, obeh, pľúca, koagulácia, obličky, GIT, pečeň, vnútorné prostredie)

Meningokoková meningitída (Neisseria meningitidis typ B)

ARDS (akútny respiračný distress – syndróm), hemorag. pľúc. infiltráty bilat.

Fluidothorax bilat.

ARI (akútna renálna insuficiencia)

Hepatomegália

Ascites

DIC, hypokoagulačný stav

SAH (subarachnoidálna hemorágia)

Stp. kanylácií v. femor. l. dx., a rad. l. sin

O vyjadrenie boli požiadaní 4 konzultanti – 2 internisti, všeobecný lekár pre dospelých a infektológ.

Záver:

Na základe uvedených skutočností konštatujeme, že pacientovi **nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. nakoľko neboli využité všetky diagnostické možnosti pri vyšetrení na ústavnej pohotovostnej službe službukonajúcim lekárom.** (vyšetrenie lekárom na UPS bolo hodnotené ako povrchné, chýbali údaje o TK, P, údaj o telesnej teplote, vyšetrenie meningeálnych príznakov, prípadné zmeny na koži.)

Porušenie zákona:

Na základe uvedených skutočností úrad konštatuje, že pacientovi nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť v súlade s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, nakoľko neboli využité všetky diagnostické možnosti pri stanovení diagnózy službukonajúcim lekárom.

Poučenie:

U pacienta išlo o foudroyantný priebeh závažného bakteriálneho ochorenia - hnisavej meningitídy, ktorá v priebehu 3 dní viedla k exitu pacienta. Preto sa môže zdať zarážajúce, že k tomu došlo u mladého, zdravého pacienta. Stav podľa priebehu spočiatku imponoval ako bežné vírusové ochorenie. V tomto štádiu bez špecifických príznakov možno vytknúť povrchné vyšetrenie bez zmerania TK, P, telesnej teploty a pri bolestiach hlavy aj nevyšetrenie meningeálnych príznakov.

Až objavenie sa petechiálneho krvácania v zmysle Waterhouse – Friderichsenovho syndrómu viedlo k podozreniu na meningokokovú sepsu.

Sankcie:

Úrad podal oznámenie na Generálnu prokuratúru.

Nerpozpoznaný rozvoj sterkorálnej peritonitídy po perforácii vredu dvanástnika

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie :

44-ročný pacient si dňa 05.06.2007 o 11.31 hod. sám volal ZZS pre bolesť a prudké zvracanie. Udával 2 roky problémy s bolesťami v bruchu, výrazné schudnutie, stále mal problémy s chronickým alkoholizmom. Vzhľadom na palpačný nález – brucho tvrdé, ťažko priehmatné, bol pacient privezený do NSP k diferenciálnej diagnostike.

Dňa 05.06.2007 bol prijatý na JIS chirurgického oddelenia s bolesťami brucha v pravom hypogastriu a opakovaným zvracaním od predchádzajúceho dňa. V anamnéze udával bolesti posledného pol roka, úbytok na váhe, v stolici pozoroval občas prímies krvi. Pri prijatí afebrilný, stabilizovaný, pri vedomí, orientovaný, dýchanie vesikulárne, bez stázy, akcia srdca prav., P 94/min., TK 80/64. Abdomen – **palpačne citlivé s peritonizmom v pravom hypogastriu, Blumberg, Plenies pozitívny**, Rousing negatívny, bez známok peritoneálneho dráždenia a hmatnej rezistencie, peristaltika chabá, per rectum – ampula prázdna, Douglas nebol vyklenutý.

Prijatý s dg: Colica abdominalis k diferenciálnej diagnostike, kachektizácia. Zrealizované laboratórne vyšetrenia (hypokalémia), RTG hrudníka a abdomenu (bez známok hladín a pneumoperitonea), sono abdomenu (výrazne dilatovaný žalúdok vyplnený prelievajúcim sa obsahom, inak bpn), zavedená NGS. Interné predoperačné vyšetrenie zrealizované dňa 05.06.2007 o 17,30 hod., v objektívnom náleze je uvedené: **abdomen difúzne bolestivé až doskovité, nepriehmatné**. Záver: pylorostenóza s ťažkou hypokalémiou susp., kachektizácia, kardiopulmonálne kompenzovaný. O 18,00 hod. zápis: pacient sa cíti lepšie, lokálny nález bez zmeny, t. č. operáciu nevyžaduje.

Dňa 06.06.2007 ráno pri vizite udával pacient zlepšenie zdravotného stavu, preložený na oddelenie, zrealizované gastrofibroskopické vyšetrenie so záverom: Pylorostenóza s infiltráciou okolia pre prístroj nepriechodná (odobratá histológia).

O 18,45 hod. pacient udával bolesti brucha, objektívny nález: pacient schvátený, abdomen palpačne difúzne citlivé, bez peritoneálneho dráždenia, zavedená NGS. O 20,00, hod. zápis v dokumentácii o úľave po zavedení sondy. O 23,00 hod. zápis: telefonicky hlásený TK 80/50, odporučený preklad na JIS. O 23,05 hod. došlo u pacienta k náhlej zástave vitálnych funkcií, preklad na JIS, volaný službukonajúci lekár a lekár OAIM.

Na JIS bola zrealizovaná KPCR, pacient bol napojený na UPV, zavedený centrálny venózný katéter. Lekárom OAIM bolo odporučené interné vyšetrenie (zrealizované o 00,30 hod. so záverom: st. po KPCR pre zástavu dýchania a obehu, šokový stav s nutnosťou vasoaktívnej liečby), ev. bronchoskopia (z orotracheálnej kanyly pri intubácii bolo odsaté minimálne množstvo žalúdočného obsahu), medikamentózna liečba.

Dňa 07.06.2007 o 07,00 hod. je v dekurze zápis (kontrolné vyšetrenie lekárom OAIM): pacient komatózny, pretrváva hypotenzia, oligoanúria, fixovaná mydriáza, prognóza pacienta zlá. K vylúčeniu perforácie bol chirurgom zavedený peritoneálny katéter. O 08,15 hod. dochádza u pacienta k opakovanej zástave srdca, KPCR nezahájená, konštatovaný exitus letalis.

Patologicko – anatomická pitva bola vykonaná dňa 08.06.2007. Záver pitevného protokolu: Príčinou smrti bolo zlyhanie kardiovaskulárneho systému a minerálne metabolický rozvrat, ku ktorému došlo **pri perforácii akútneho vredu duodena, s vývojom difúznej sterkorálnej peritonitídy**.

Klinickými pracovníkmi nebola poznaná perforácia akútneho vredu s vývojom difúznej peritonitídy i keď pri prijatí na chirurgické oddelenie boli prítomné v náleze prijímajúceho lekára lokálne známky peritoneálneho dráždenia -Blumberg, Plenies pozit., peritonizmus v pravom podbrušku. Lokálny nález bol potvrdený aj internistom- brucho difúzne bolestivé, až doskovité, nepriehmatné. V celkovom náleze hypotenzia s tachykardiou.

Pomocné vyšetrenia boli nepriekazné, rozhodujúci bol klinický obraz, ktorý svedčil pre difúznu peritonitídu a potrebnú operáciu.

Známe z patofyziológie priebehu perforácie vredu je, že **chemická peritonitída s búrlivými príznakmi prechádza do štádia zriedenia obsahu, čo vedie ku klamnému zlepšeniu stavu pacienta. Ochorenie však v tretej fáze prechádza do štádia difúznej purulentnej peritonitídy s irreverzibilným septickým šokom.**

V štádiu septického šoku bol už pacient inoperabilný. Úplne nepochopiteľným postupom bola probatórna punkcia a laváž dutiny brušnej s opačným výsledkom – namiesto potvrdenia diagnózy došlo k prederaveniu tenkého čreva a exitu pacienta.

Záver zhrnutie úradu:

Prípád bol opakovane prerokovaný v odbornej komisii predsedu

1. U pacienta sa počas hospitalizácie nepoznala perforácia dvanástnikového vredu s rozvojom sterkorálnej peritonitídy.
2. Napriek tomu, že samotný popis klinického obrazu zdravotného stavu pacienta indikoval operačnú revíziu, chirurgický výkon nebol vykonaný.
Išlo o hrubé zanedbanie povinností.

Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá v súlade s § 4 ods.(3) zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, nakoľko na chirurgickom oddelení došlo k vážnemu poškodeniu zdravia s následkom smrti.

Sankcie :

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu a nápravné opatrenie v zmysle § 50 odsek 2 zákona č. 581/2004 Z. z. a podal oznámenie na generálnu prokuratúru.

Nozokomiálna nákaza - použitie vnútrožilového anestetika Propofol 1% na celkovú anestéziu

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Maloletá 10-ročná pacientka prijatá na hospitalizáciu do zdravotníckeho zariadenia z dôvodov plánovaného odstránenia osteosyntetického materiálu z predlaktia.

Operácia urobená v celkovej vnútrožilovej anestézii, s použitím anestetika Propofol 1%. Asi 2 hod po operácii začalo dieťa zvracať, malo riedku stolicu a telesná teplota vystúpila na 40°C.

Druhý deň po operácii sa dieťa sťažovalo na bolesti hlavy a celého tela. Dieťa vyšetřil pediater a neurológ so záverom meningizmus, hyperpyrexia a folikulárna angína. V ďalšom priebehu sa rozvinul septický stav, čo bol dôvod na preloženie dieťaťa na klinické pracovisko už v štádiu rozvinutého septického šoku.

Po intenzívnej liečbe sa upravila hemokoagulačná porucha a upravili sa aj poruchy metabolizmu vody a elektrolytov. Mikrobiologickými vyšetreniami sa nepodarilo dokázať pôvod sepsy a septického šoku.

Maloletý 14-ročný pacient prijatý na hospitalizáciu do toho istého nemocničného zariadenia o 9 dní po predchádzajúcej pacientke. Dôvodom hospitalizácie bolo plánované odstránenie osteosyntetického materiálu z vretennej kosti predlaktia.

Operácia urobená v celkovej vnútrožilovej anestézii Propofolom 1% - 50 ml. Približne o 40 min po ukončení anestézie sa začalo dieťa sťažovať na silné bolesti hlavy, opakovane zvracalo a telesná teplota mu vystúpila na 37,8°C. Pri pediatickom vyšetrení dieťaťa bolo vyslovené podozrenie na sepsu, čo bol dôvod na preloženie dieťaťa na klinické pracovisko. Klinický stav sa zhoršoval, už počas transportu bola potrebná podpora obehu katecholamínmi a pri prijatí na kliniku už dominoval nález multiorgánovej dysfunkcie, diseminovanej interavaskulárnej koagulopatie a prejavy krvácania s potrebou masívnej substitúcie krvnými derivátmi. U dieťaťa súčasne došlo k vzniku akútneho syndrómu respiračnej tiesne, ktorý vyžadoval 6-dňovú umelú ventiláciu pľúc.

Po komplexnej a intenzívnej liečbe došlo k poklesu zápalových markerov, upravovali sa poruchy funkcie jednotlivých orgánov, dieťa bolo odpojené z umelej pľúcnej ventilácie, preložené na interné oddelenie a neskôr do domácej starostlivosti.

V ten istý deň ako predchádzajúci pacient bola operovaná **maloletá 9-ročná pacientka** pre plánované odstránenie implantátu po operačnej liečbe epifyzeolýzy kosti predlaktia. Operácia urobená v celkovej vnútrožilovej anestézii a opäť bolo použité intravenózne anestetikum Propofol 1% z 50 ml liekovky.

Dieťa sa bezprostredne po zobudení sťažovalo na silné bolesti hlavy, ktoré sprevádzal vzostup telesnej teploty na 39,2°C. Aj toto dieťa vyšetřil pediater, pretože malo horúčku triašku, bolesti brucha a zvracalo.

Vzhľadom k poanestetickým a pooperačným komplikáciám s vyslovením podozrenia na rozvoj sepsy, bolo dieťa preložené na klinické pracovisko. Stav dieťaťa pri prijatí vyžadoval podporu obehu katecholamínmi, došlo k rozvoju závažného hypokoagulačného stavu a potrebe masívnej substitúcie mrazenou plazmou. Pri komplexnej a intenzívnej liečbe sa stav postupne zlepšoval a dieťa sa mohlo byť preložené do domácej starostlivosti.

Maloletý 11-ročný pacient bol operovaný ako tretí v poradí v ten istý deň ako predošlé dve deti, v tom istom zdravotníckom zariadení. Dôvodom operácie bola plánovaná extrakcia implantátu po operačnej liečbe zlomeniny oboch kostí predlaktia.

Operácia urobená v celkovej anestézii, znovu použité vnútrožilové anestetikum Propofol 1% z tej istej 50 ml liekovky.

Približne hodinu po skončení anestézie a operácie dieťa začalo vracat', telesná teplota vystúpila na 38°C a dieťa sa sťažovalo na bolesti chrbta. Po pediatrickom vyšetrení, počas ktorého dosiahla telesná teplota 40°C, opäť vyslovené podozrenie na vznik septického stavu, čo bol dôvod prekladu dieťaťa na klinické pracovisko.

Klinický stav dieťaťa sa v čase prekladu hodnotený ako septický šok s laboratórnymi znakmi začínajúcej diseminovanej intravaskulárnej koagulácie a začínajúcej dysfunkcie viacerých orgánových systémov. Po komplexnej intenzívnej liečbe sa, ako u predchádzajúcich detí, stav dieťaťa zlepšil a mohlo byť preložené do domácej starostlivosti.

Vzhľadom na skutočnosť, že u troch detí po podaní vnútrožilového anestetika podávaného toho istého dňa, v tej istej operačnej sieni a z toho istého balenia Propofolu 1% 50 ml, vznikli závažné, septické, život ohrozujúce komplikácie, primárka OAIM nariadila urobiť mikrobiologické vyšetrenie zvyšku (asi 10 ml) Propofolu 1%. Mikrobiologické vyšetrenie zistilo kontamináciu zvyšku anestetika baktériou Klebsiela.

Počas výkonu dohľadu na mieste zdravotnícki pracovníci, ktorí sa zúčastnili na anestetickú starostlivosť prehlásili, že k úvodu do anestézie sa použilo originálne balenie, 50 ml liekovka, ktorá sa mala otvoriť tesne pred podávaním anestézie. Jednoznačne odmietli možnosť, že by sa na anestéziu 3 detí použili zvyšky Propofolu, ktoré mohli zostať z predchádzajúcich dní.

Anestetické sestry však uvádzali aj iné praktiky pri manipulácii s Propofolom. Keď liekovka Propofolu 1%, vzhľadom na veľkosť jej balenia nebola spotrebovaná, zvyškové množstvá Propofolu sa zvykli uchovávať takým spôsobom, že gumová zátku liekovky bola prelepená dezinfikovaným tampónom a liekovka uložená do pôvodnej papierovej krabičky do skrine, kde sa uchovávali ďalšie balenia anestetík a iných liekov.

Záver

U troch detí, ktoré boli operované toho istého dňa, výskyt poanestetických komplikácií súvisí s podaním vnútrožilového anestetika Propofol 1%.

Tento záver je vzhľadom na mikrobiologický nález vo zvyšku anestetika z 50 ml liekovky jednoznačný. Sme toho názoru, že dôvodom vzniku podobných poanestetických komplikácií u dieťaťa operovaného 9 dní pred tým, je existencia spoločného faktora, ktorý pôsobil v oboch prípadoch. Mohla ním byť organizácia práce a spôsob manipulácie s použitými liekovkami anestetika.

ÚDZS jednoznačne konštatuje, že manipulácia a podávanie Propofolu 1% na úvod do celkovej anestézie viacerým pacientom z jednej liekovky nebolo v súlade s odporúčaniami výrobcu. Liekovka alebo ampulka tohto i.v. anestetika je určená iba pre jedného pacienta, jeho podávanie sa musí začať ihneď po otvorení ampulky alebo liekovky. Propofol 1% je lipidová emulzia bez antimikrobiálnych konzervačných prísad, čo môže potencovať rýchly rast mikroorganizmov. Propofol 1% je určený na jednorazové podanie jednému pacientovi. Z dostupnej dokumentácie sa nedá jednoznačne určiť spôsob kontaminácie, ale možno oprávnené predpokladať, že k nej došlo (alebo dochádzalo) pri opakovanom napichovaní liekovky s nedodržaním zásad asepsy a pri nesprávnej manipulácii so sterilným materiálom s vnútrožilným vstupom a s použitými liečivami.

Pri vnútrožilovom podaní Propofolu 1% je bezpodmienečne nutné dodržať podmienky aplikácie z nasledujúcich dôvodov:

Emulzia pre intravenózne použitie je zmesou vaječného lecitínu, sójového oleja a kyseliny olejovej, ktoré tvoria veľmi dobrú živnú pôdu na rozmnožovanie mikroorganizmov.

Výrobca upozorňuje na maximálne možnú dobu spotrebovania liekovky, respektíve ampulky do 6 hodín od jej otvorenia.

Dodržiavanie podmienok asepsy pri otváraní anestetika a pri jeho aplikácii je bezpodmienečne nutné.

Jednoznačná požiadavka je použitie jedného balenia vo forme ampulky alebo liekovky, len pre jedného pacienta a to ihneď po ich otvorení. Ak došlo k použitiu jednej liekovky Propofolu 1% pre viacerých pacientov, ide o neštandardný a nesprávny postup pri manipulácii s rizikovým liekom pre možnosť jeho mikrobiálnej kontaminácie.

Zhrnutie úradu

Zdravotnícki pracovníci dohliadaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súvislosti s celkovou anestéziou anestetikom Propofol 1% nepostupovali správne, nerešpektovali dôrazné upozornenia výrobcu o výnimočne rizikovitom lieku pre možnosť mikrobiologickej kontaminácie, čím porušili ustanovenie § 4, ods. 3, zákona č. 576/2004 Z. z.

Sankcie

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

Zabudnutý cudzí predmet v dutine brušnej po predošlej operácii

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Dňa 12.7.2006 pacientka prijatá na gynekologické oddelenie, kde po vyšetrení dňa 13.7.2006 podstúpila operačný zákrok pre suspektný absces pravých adnex. Počas operácie odhalená aj divertikulitída sigmy, pre ktorú bol privolaný chirurg, ktorý pokračoval v operácii. Bola vykonaná resekcia perforovaného segmentu sigmy s primárnou anastomózou, drenáž pelvického priestoru a derivačná transverzostómia.

Priebeh hospitalizácie v ďalších dňoch až na subfebrilitu zodpovedal rozsahu a charakteru operačného výkonu, od 17.7.2006 bola pacientka afebrilná. Postupne nastúpila črevná peristaltika. Z laboratórnych výsledkov pretrvávala 18. a 19.7.2006 leukocytóza. V dňoch medzi 18. a 21.7.2007 je v dekurze zápis /bez spresnenia dátumu/ o indikácii RTG natívnej snímky brucha v stoji: či bolo realizované poskytovateľ nevedel preukázať – popis, alebo zmienka o výsledku toho vyšetrenia v dokumentácii chýba.

27.7.2006 prepustená v dobrom stave, s funkčnou kolostómiou do domáceho ošetrovania.

Dňa 25.9.2006 bola pacientka prijatá na druhú hospitalizáciu, za účelom oklúzie stómie. Pacientka v predoperačnej príprave absolvovala **irigografické** vyšetrenie s nálezom: Až po stómii sa colon voľne plní bez známok stenózy. **V oblasti ľavej lopaty artefakt neznámej etiológie.**

Dňa 6.10.2006 bola pacientke v celkovej anestéze uzavretá stómia s primeraným pooperačným priebehom, bez komplikácií. **Dňa 12.10.2006 bola pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti.**

Keďže pacientka aj naďalej pociťovala pichavé bolesti v dutine brušnej a pridali sa aj bolesti chrbtice, navštívila svoju všeobecnú lekárku. Boli jej urobené odbery krvi a doporučené neurologické vyšetrenie.

Dňa 18.12.2006 pacientka absolvovala v rámci neurologického vyšetrenia aj CT vyšetrenie chrbtice so záverom: vo výške stavcov L4-5 vľavo objavený atypický guľatý útvar o priemere cca 8 cm, vo vnútri ktorého bol kovový materiál.

Pacientka s cudzím telesom v dutine brušnej(od júla do decembra), po predchádzajúcich operáciách, na vlastnú žiadosť prijatá v inom zdravotníckom zariadení na doriešenie zdravotného stavu.

Po príprave v ATB clone bola pacientka operovaná v celkovej anestéze s nálezom **početných zrastov a abscesu obkoleseného kľučkami tenkého čreva v centre, príčinou ktorého bola operačná rúška. Vykonaná obtiažna extirpácia operačnej rúšky a adheziolýza.** Po obnovení pasáže bola pacientka prepustená do domáceho liečenia.

Záver:

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti došlo k:

- **porušenie §4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.** v tom, že poskytovateľ nezabezpečil po prvej operácii dostatočnú kontrolu počtu operačných rúšok, pričom jedna z nich zostala po operácii pacientke v dutine brušnej a spôsobovala jej zdravotné ťažkosti.

- pri irigografickom vyšetrení bol popisovaný artefakt nejasného pôvodu, ktorému nebola zo strany ošetrovujúcich lekárov venovaná pozornosť.

- **porušenie § 79 ods. 1 písm. a/ zákona č. 578/2004 Z. z.** v tom, že zdravotná dokumentácia neobsahovala údaje v súlade s § 19 ods. 2 písm. c/ zákona č. 576/2004 Z. z., v zdravotnej dokumentácii neboli údaje o priebehu a výsledkoch vyšetrení, nebol založený RTG snímok, ani jeho popis, aj keď ordinácia v dekurze bola jasná.

Sankcie :

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

Poučenie:

Zodpovednosť za poslednú revíziu operačného poľa leží na pleciah operátora, ktorý operačný výkon končí. V otázke operačných rúšok použitých pri operačnom výkone je povinnosťou vedúceho operačnej skupiny, aby urobil všetky opatrenia k tomu, aby žiadny inštrument ako aj operačná rúška v dutine brušnej nezostali.

Je povinnosťou operátora pred uzatvorením dutiny brušnej sa opýtať operačnej sestry, či počet nástrojov a operačných rúšok súhlasí s počtom na začiatku operácie. Spočítanie operačných rúšok a odsúhlasenie s počtom pred operáciou je aj povinnosťou operačnej sestry.

Tesne pred druhou operáciou bola u pacientky vykonaná irigografia, ktorá konštatovala, že v oblasti lopaty bedrovej kosti vľavo je artefakt neznámej etiológie. Tomuto údaju nebola venovaná pozornosť zo strany lekárov. Bolo nutné realizovať vyšetrenie, ktoré by objasnilo o aký artefakt ide, a čo najskôr, keďže pacientka mala stále klinické ťažkosti.

Prepadnutý pupočník do pôrodných ciest

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

35-ročná rodička prišla do nemocnice na pôrod druhého dieťaťa. Mala nadštandardnú prenatalnú starostlivosť pre prekonanie depresívneho ochorenia a užívanie antidepresív na začiatku gravidity. Mala realizovaný exaktný prenatalný skrining vrátane farmakologického konzília, sonografické vyšetrenia a transabdominálnu amniocentézu so stanovením karyotypu plodu.

Rodička bola prijatá na gynekologicko-pôrodnické oddelenie o 18.35 hod., v 40 týždni gravidity, po odtečení plodovej vody, bez spontánnych kontrakcií.

O 20.00 hod začala pôrodná činnosť. Pacientka bola sledovaná pôrodnou asistentkou a službukonajúcim lekárom. Pri kontrolnom vyšetrení o 22.00 hod. bola bránka otvorená na 5 – 6 cm. Rodička bola odoslaná na toaletu. Po príchode z toalety pôrodná asistentka zistila, že v pôrodných cestách je prepadnutý pupočník. O 22.20 privolala službukonajúceho lekára, ktorý sa pokúsil pri bránke 8 cm vysunúť hlavičku. O 22,30 hod. privolal operačnú pohotovosť. Lekár- operačná pohotovosť (prišiel z domu) o 22.55 hod. použil vákuumextraktor na extrakciu hlavičky (chýba popis a dĺžka trvania zákroku). Pre neúspech bolo o 23.23 pristúpené k operačnému riešeniu. Mŕtvy plod bol vybavený o 23.28 hod. Z dokumentácie vyplynulo, že operačná pohotovosť bola volaná o 10 minút a aktivácia operačnej sály bola zahájená až o 40 minút po zistení vzniknutej urgentnej situácie. Celkový časový interval od diagnostikovania akútnej príhody po vybavenie plodu bolo 68 minút – čo prakticky nedalo plodu žiadne šance na prežitie. Tento časový úsek je neúmerne dlhý a svedčí o závažných chybách v zabezpečovaní pôrodnickej starostlivosti

Záver:

Predmetom sťažnosti rodičky bol časový úsek pôrodu od 22.20 hod. do vybavenia plodu. Prepadnutie pupočníka je akútna pôrodnická príhoda, ktorá sa vyskytuje v 0.28 % pôrodov. Podľa literatúry, ak sa dieťa neporodí do 5 minút, umiera 36% plodov. Podľa odporúčenia American College of Obstetricians and Gynecologists musí organizácia pôrodnice byť schopná zvládnuť pravidlo 30 minút od diagnostikovania dramatickej situácie po vybratie plodu. Zvolené liečebné postupy boli správne, ale časová nadväznosť jednotlivých uskutočnených zdravotníckych výkonov a dĺžka ich trvania nebola správna. Privolanie operačnej pohotovosti a aktivácia operačnej sály malo byť vykonané bezprostredne po zistení prepadnutia pupočníka do pôrodných ciest.

Zhrnutie, zistené porušenie zákona::

- porušení § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá včas v dôsledku oneskorenej časovej nadväznosti jednotlivých uskutočnených zdravotníckych výkonov a v dĺžke ich trvania, čím došlo k odumretiu plodu pri pôrode,
- porušení § 79 ods. 1 písm. a zákona č. 578/2004 Z. z. v tom, že zdravotná dokumentácia neobsahovala údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti - popis a dĺžku trvania zákroku vákuumextrakcie, čo je v rozpore s ustanovením § 19 ods. 2 písm. d zákona č. 576/2004 Z. z.

Sankcie:

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

Nezvládnutá peroperačná komplikácia

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

33-ročná žena od septembra 2003 sledovaná pre benigne intrahepatálne tumorózne ložisko v segmente 4a pečene, histologicky verifikované ako hamartóm heparu.

Dňa 15.3.2007 prijatá na onkochirurgické pracovisko za účelom operácie nádoru pečene pre výrazný útlak VCI dokázaný MR a MSCT vyšetrením. Na MR vyšetrení z dňa 2.1.2007 bol nádor veľkostne (104x70x58 mm) stabilizovaný v porovnaní s MR vyšetrením zo septembra 2006. Z interného hľadiska neboli kontraindikácie k operačnému zákroku, pacientka mala hepatopatiu s ľahkou alteráciou transamináz, kolísavú hypertenziu a výraznú obezitu (103 kg pri výške 169 cm).

Operácia pacientky sa uskutočnila dňa 19.3.2007. Po uvoľnení závesných ligament pečene sa operatér rozhodol ako prvé ošetriť **pečeňové vény** a priame spojky do dolnej dutej žily. Podľa popisu operácie napriek spoľahlivej ligatúre uvedených žíl pokračovalo krvácanie a k operácii bol privolaný ďalší operatér, ktorý prebral operáciu s konštatovaním, že v oblasti pod pravou hepatickou vénou, dorzálne od pečeňového parenchýmu je prítomné krvácanie – presakovanie. Pomocou opichových stehov sa nedarilo dosiahnuť hemostázu. Ľavá a stredná hepatická vena boli už prerušené a ligované s dobrou hemostázou, vazobiliárne štruktúry v hile pečene ošetrené neboli a vzhľadom k prerušenej venóznej drenáži ľavého laloka bola jeho resekcia nevyhnutným ďalším postupom. Pre pokračujúce krvácanie pri strate cca 7 – 8 l krvi sa urobila totálna vaskulárna exklúzia pečene. Pacientka bola ťažko hypotenzná, tachykardická, v hemoragickom šoku s centralizovaným obehom – prázdna v. cava inf. Narýchlo bola dokončená resekcia ľavého laloka pečene, prerušil a ligoval sa ramus sin.a. hepaticae, dc. hepaticus sinister a ľavá vetva v. portae. Resekčná plocha bola ošetrená opichovými ligatúrami, surgicelovou sieťkou, hemostatickou penou a sutúrou predného a dorzálneho okraja pečene. Po kontrole ponechanej časti pečene a cievnych štruktúr sa vložili tygové drény a uzatvorila sa operačná rana po anatomických vrstvách. Po operácii bola menovaná prevezená na OAIM o 15,20 hod. v ťažkom hemoragickom šoku (straty krvi asi 9 l), anurická, komatózna s centralizáciou cirkulácie s TK 70/50 Torr, P 133/min, ťažkou posthemoragickou anémiou a s akútnym MODS pri protrahovanom šoku. Napriek masívnej hemosubstitučnej liečbe a vysokej podpore vazopresorov, trval ťažký šokový stav s veľmi nízkymi hodnotami systolického krvného tlaku, podávali sa lieky na ochranu mozgu, kortikoidy, transfúzie trombocytov, erymasy a čerstvej mrazenej plazmy a dostupných koagulačných faktorov (Prothromplex TIM 4 Total 600 j, Antithrombín III Immuno 1000j, Baxter). Cirkuláciu pacientky sa nedarilo udržať dvojkombináciou vazopresorov, preto sa nasadil adrenalín v kontinuálnej infúzií. Aj v pooperačnom období pokračovali vysoké krvné straty do tygon drénu – 1100 ml/2 hod. Službukonajúci chirurg bol o krvácaní pacientky informovaný, zvolil konzervatívny prístup. Do 18,00 hod. boli krvné straty do drénu 1700 ml, od 18,00 hod. do 20,00 hod. ďalších 1300 ml – spolu 3000 ml krvi. Napriek vyčerpávajúcej konzervatívnej terapii sa postupne pre pokračujúce masívne krvácanie rozvinulo irreverzibilné štádium hemoragického šoku, ktoré prestalo reagovať na volumoterapiu i liečbu vazopresormi. Kardiopulmonálna resuscitácia a opakované defibrilácie boli neúčinné a o 21,00 hod. bol u pacientky konštatovaný exitus letalis.

Patologicko – anatomickou pitvou sa potvrdila bezprostredná príčina smrti – protrahovaný hemoragický šok.

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu konštatoval nedostatky v zmysle porušenia § 4 ods. 3, zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov .

Vzhľadom na charakter ochorenia a klinické príznaky, nebola operácia pacientky plne indikovaná. Operácia do príchodu ďalšieho operátora bola vykonávaná technicky neobvyklým spôsobom.

Sankcia:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu a podal na Generálnu prokuratúru SR oznámenie o podozrení zo spáchania trestného činu podľa ustanovenia § 224 ods. 2 Trestného zákona.

Náhla smrť kojenca na chirurgickom oddelení

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Dňa 11.5.2007 bol na chirurgické oddelenie prijatý 3-mesačný chlapček s pracovnou diagnózou granuloma umbilici na dodiagnostikovanie a operačné riešenie. Pri prijíme bol hydratovaný, dostatočne oxidovaný, nezvracal. Pre zistený soor oris bol dieťaťu nasadený Nizoral lokálne a Diflucan p. o. Pre polyp na pupku so suspektným vyústením omfaloenteriku bola u dieťaťa naplánovaná fistulografia (dňa 14.5.2007) a cystografia (dňa 15.5.2007).

Na druhý deň hospitalizácie bolo chlapcovi realizované USG vyšetrenie pyloru a GER pre zvracanie (podľa záznamu v zdravotnej dokumentácii „vytekla z neho strava“), kde bol nález v medziach normy a počas vyšetrenia nebol GER prítomný.

Dňa 14.5.2007 u dieťaťa fistulografiou potvrdený ductus omphaloentericus. V ten istý deň bol u chlapca pri kontrole nočnou službou zistený nepokoj - plač, preto bol zdravotnou sestrou uložený na bok, do zvýšenej polohy. V pláne ošetrovateľskej starostlivosti z tohto dňa zápisy sestier chýbajú. Je len jeden zápis o 20,30 hod. o zanesení pacienta na ARO, kedy bolo dieťa zdravotnou sestrou nájdené v polohe na bruchu, bledé, bez spontánnej dychovej aktivity. Privolaní anesteziológovia skonštatovali, že chlapec je areflexný, bez akcie srdca, výrazne podchladený. Bola zahájená kardiopulmonálna resuscitácia s intubáciou, podávaním O₂, adrenalínu do OTI a externá masáž srdca, ktorá nebola úspešná a po 20 min. u dieťaťa konštatovaný exitus.

V anamnestickéj časti sesterskej dokumentácie je záznam o tom, že spánok dieťaťa je bez problémov, ale vzápätí je sestrou stanovený ošetrovateľský problém S 140-narušený spánok. V pláne starostlivosti je riešenie problému narušeného spánku uvedené vyvetraním izby, večerným kúpeľom a nočným kľudom.

V pláne starostlivosti ako zabezpečiť kľudný spánok ale nie je myslené na veľmi častý faktor, ktorý v značnej miere zneprijemňuje „komfort“ dieťaťa, na hromadenie vzduchu v žalúdku, ktorý dieťa do seba naťahá počas kŕmenia. Ak si dieťa po kŕmení neodgrgne, môže sa stať, že potravu vyvracia, je nepokojné, meteorické, má bolesti brucha, čo môže byť príčinou prerušenia spánku. Ak sa pritom obsah žalúdka dostane do ústnej dutiny, pri nesprávnej polohe sa môže daný obsah dostať do dýchacích ciest a výsledok môže byť fatálny. Na tento problém mali sestry myslieť už pri zostavovaní ošetrovateľského plánu pri prijatí dieťaťa na oddelenie.

Pitevný nález preukázal opakovanú aspiráciu žalúdočného obsahu s rozvojom bronchopneumónie, chronická granulomatózna choroba, ductus omphaloentericus persistens, mnohopočetné subpleurálne petéchie.

Zhrnutie úradu:

Úrad výkonom dohľadu konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá v súlade s § 4 ods. 3, zákona č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ust. § 19 až 21, citovaného zákona č. 576/2004 Z. z.

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

Sankcie:

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

Kazuistiky 2007

Odborní recenzenti:

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

Doc. MUDr. Martin Hušan, CSc. - odbor chirurgia

Doc. MUDr. Milan Májek, CSc. - odbor anesteziológia a intenzívna medicína

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

Pripravili:

MUDr. J. Hlavatý

MUDr. E. Chlebovičová,

MUDr. Z. Kubová, MPH

MUDr. K. Špačková

MUDr. A. Markovičová

MUDr. O. Grollmusz,

MUDr. Z. Flešarová

MUDr. Š. Lipčák

MUDr. E. Némethová

MUDr. O. Mancová

MUDr. V. Stanislavský

MUDr. M. Palková

PhDr. V. Šebeková

PhDr. M. Sklenková

Zostavila a upravila:

MUDr. Beata Černáková, MPH

Tlač:

Cicero s.r.o

Náklad:

6000 kusov

www.udzs.sk

© UDZS 2008