

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky 2010

Obsah:

Predslov	3
Gynekologické „déja-vu“	4
Nerozpoznanie gravidity gynekológom	6
Nesprávny manažment tehotnej v peripartálnom období	8
Zanedbanie štandardného postupu pri pooperačnej komplikácii	10
To nie je naše ...	13
Nedostatočná liečba hojenia operačnej rany na chirurgickej ambulancii	15
Správny diagnostický postup pri „ľahkom úraze“ hlavy mohol zachrániť život	17
Nerozpoznané iatrogénne poškodenie pacientky	19
Pozor na dostatočne zdokumentovanie úrazového deja počas hospitalizácie!	22
Podcenenie úrazu hlavy	25
Nerozoznanie iniciálnych prejavov náhlej príhody brušnej	28
Neracionálna liečba respiračného infektu	30
Opomenutie pozitívneho výsledku vyšetrenia stolice na okultné krvácanie	31
Jednostranná tonzilotómia u dieťaťa a následky nepozornosti pri operačnom zákroku	32
Komplikácia ezofagoskopie a následky nesprávne vyplnenej žiadanky na RTG vyšetrenie	34
Nesprávny postup pri diferenciálnej diagnostike akútneho koronárneho syndrómu	36
Užívanie kardiostimulátora – dôvod na ohlasovaciu povinnosť lekára	38
Pochybenie v diagnostike karcinómu žalúdka s oneskorením liečby	40
Nesprávna diagnostika stavu pacienta lekárskou službou prvej pomoci	43
Nesprávny (neprehľadný) manažment všeobecným lekárom	45
Nesprávny manažment pacienta s podozrením na ochorenie chrípkou (H1N1)	47
Nedostatočný postup všeobecného lekára pri zápale pľúc s následkom úmrtia	49
Nediagnostikovaný infarkt myokardu lekárkou RLP	50
Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť lekárom RLP	52
Metodologická chyba v riadení CT vyšetrenia rádiológom	53
Makroskopická hematória- varovný symptóm!	55
Zanedbanie ošetrenia devastačného poranenia nohy	56
Správny postup - Kardiológ pri liečbe nepochybil	58
Správny postup - pri resuscitácii pacienta posádkou RLP	61
Správny postup - Vezikovaginálna fistula ako komplikácia cisárskeho rezu	63
Správny postup - Iatrogénne poškodenie čreva pri sekcii úrad vylúčil	64

Predslav

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za šesť rokov svojej existencie prijal dovedna vyše 8300 podnetov, ktoré sa týkali poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podobne ako po minulé roky, aj teraz ponúkame vybrané prípady, ktoré v roku 2010 úrad riešil dohľadmi – v publikácii Kazuistiky 2010.

Úrad prijal v roku 2010 celkove 1461 podnetov, z nich sme ukončili 1201 (82,2%), pričom 760 (63,3%) podnetov sa týkalo správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Za opodstatnené sme vyhodnotil 154 (20,3 %) ukončených dohľadov, 606 (79,7%) bolo neopodstatnených.

Výkon dohľadu je náročná činnosť z hľadiska komplexného a objektívneho posudzovania informácií a poznatkov. Každý prípad, ktorý úrad rieši, je podkladom na definovanie postupov pre riešenie budúcich podobných prípadov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Existencia týchto pravidiel je nevyhnutným predpokladom na vyhodnocovanie medicínskych postupov v medziach *lege artis*.

Cieľ, ktorý sledujeme prezentovaním poznatkov a informácií získaných pri dohľadoch v našich publikáciách, je posunúť ich širšej odbornej medicínskej verejnosti na poučenie, no najmä na vaše posudzovanie podobných situácií, medicínskych komplikácií.

Práca v zdravotníckom prostredí je poslaním, ktoré si vyžaduje veľký rešpekt a ešte väčšiu zodpovednosť. Preto verím, že všetci, ktorí využijú poznatky z kazuistik úradu nájdu v nich veľa užitočných upozornení a informácií pre svoju prácu pre lepšie zvládanie situácií v takom špecifickom a jedinečnom prostredí akým zdravotníctvo je.

Zároveň si dovoľujem vyjadriť poďakovanie za zostavenie Kazuistik 2010 všetkým odborným konzultantom – špecialistom v príslušných medicínskych odboroch, ale aj zamestnancom úradu – lekármi, ktorí boli pracovne spojení s jednotlivými dohľadmi. Ich vyhodnocovanie na viacerých úrovniach, počnúc lekármi prijímajúcimi podnety, cez špecialistov v príslušných odboroch, až (v zložitých prípadoch) po odbornú komisiu úradu, je predpokladom objektívneho posúdenia udalostí, ktoré v tom - ktorom prípade mali rozhodujúci vplyv na priebeh liečebného procesu.

Ján Gajdoš

Gynekologické „déjà-vu“

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

42-ročná pacientka navštívila ambulanciu súkromného gynekológa 6. 8. (po cca piatich rokoch od posledného vyšetrenia!), pre asi 2 mesiace trvajúce nepravidelné bolesti v podbrušku, výtok a krvácanie pri styku.

Obj: Pri vyšetrení zistená **masívna kolpitída**, čípok bez lézie, uterus mierne citlivý, ľavé adnexa a parametria **zhrubnuté a bolestivé**. Odber na cytológiu ani kolposkopia **neboli** vykonané. Stanovená diagnóza **adnexitídy** a naordinovaná lokálna aj celková antibiotická liečba. Kontrola určená na **19.8.**

Na kontrolu sa pacientka dostavila **19 dní po** určenom termíne. Naďalej udávala bolesti a nepravidelné krvácanie. Pre pretrvávajúci zápal opäť **nebola** odobratá cytológia ani vykonaná kolposkopia. Obj.- pri vyšetrení nález: čípok krehký, prítomný zápal, palpačný nález nezmenený voči predchádzajúcemu vyšetreniu.

Záver: Metrorrhagia, Adnexitis l. sin., Colpitis bact..

Ďalšia kontrola **24.9.** Obj.: pri vyšetrení čípok kontaktne **krvácal**, palpačný nález negatívny. **Vaginálne USG:** vľavo za uterom hypoechogénny útvar cca 4 cm. Pacientke urobené odbery na HCG, CRP a onkomarkery (zvýšený onkomarker CYFRA 21-1), stanovená **diagnóza** Colpitis et Cervicitis subacuta a stanovená kontrola **o 7 dní**.

Pacientka prišla na kontrolu **o 24 dní**, opakovane udávala nepravidelné pobolievanie v podbruší, krvácanie neudávala. Vyšetrením znovu zistená **kolpitída a cervicitída**. V pákach odobratý materiál na **cytológiu**. Výsledok cytológie svedčil na prítomnosť strednej až ťažkej **dysplázie** v oboch vzorkách (z exocervixu i endocervixu).

Dňa **20.11.** pri kontrole pre kolpitídu a cervicitídu nereagujúcu na bežnú ATB liečbu pacientke nasadená liečba **Deoxyomykoinom** na 21 dní.

Ďalšie vyšetrenia v gynekologickej ambulancii absolvovala ešte **30.11.** a **11.12.** - bez vyslovenia podozrenia na nádorové ochorenie.

Až **4.1.** po kontrolnom **internom** vyšetrení pacientka odoslaná na hospitalizáciu na **gynekologické oddelenie**. Nález pri prijatí **11.1.:** vulva bpn, pošva voľná, bez známkov krvácania, čípok hypertorfický, deformovaný, pri vyš. v spekulách kontaktne krvácajúca lézia na č. 9 a 5-7, palp. uterus v strednom postavení, tuhý, zv. do grav. m. III, deformovaný myomatóznymi uzlami, adnexa bilat. bpn, parametria vľavo skrátané.

Po histologickom potvrdení **karcinómu krčka** maternice pacientka odoslaná na vyššie - onkologické pracovisko, kde **26. 1.** nález zhodnotili ako **inoperabilný**.

Zhodnotenie úradom a záver:

Zdravotná starostlivosť pacientke **nebola** poskytnutá dostatočne a správne. Diagnostický a liečebný postup bol sústredený na liečbu zápalu pošvy a čípku, preto nebolo včas rozpoznané prebiehajúce **nádorové ochorenie**. Okrem anamnestických údajov, prvou indíciou na možné nádorové ochorenie mala byť zvýšená hodnota **onkomarkeru CYFRA 21-1** už z **11.9.** **Cytologický nález** strednej až ťažkej **dysplázie** (26.10.) mal definitívne viesť k **neodkladnému** rozhodnutiu odoslať pacientku na **excíziu z čípku**, na histologické vyšetrenie!

Poučenie:

Nádorový proces v kanáli krčka maternice, nemusí byť viditeľný pri vyšetrení v pákach, avšak **kolposkopia** a odber **cytologie** z povrchu ako aj z kanálu krčka maternice, pomôže takýto endocervikálny proces odhaliť.

Namiesto zdĺhavej snahy o opakovane neúspešnú liečbu zápalu u **nespolupracujúcej** pacientky, ktorá navyše navštívila ambulanciu po viac ako **5-tich rokoch** od posledného vyšetrenia, bolo potrebné menovanú neodkladne odoslať na vyššie pracovisko na odber materiálu na histologické vyšetrenie .

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

Nerozpoznanie gravidity gynekológom

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

16-ročná pacientka bola opakovane vyšetrená v gynekologickej ambulancii, naposledy 3 dni pred pôrodom donoseného novorodenca; napriek tomu nebola u nej gravidita rozpoznaná, dieťa sa narodilo so závažným postihnutím.

Neplnoletá pacientka navštívila 19.5. gynekologickú ambulanciu s údajmi: posledná menštruácia 15.04., sexuálny styk 2 mesiace; žiadala antikoncepciu. Bola vyšetrená s nálezom: mohutnejší uterus, mala predpísanú antikoncepciu a bola poukázaná na ultrazvukové vyšetrenie; tehotenský test nemala urobený. Diagnóza lekára N 91.1 – sekundárna amenorea.

Pri nasledujúcom vyšetrení 19.12. v lekárskom náleze uvedené: posledná menštruácia dňa 23.11., nález v norme, gravidita, baby test negat., diagnóza N 91.1.; znovu poukázaná na ultrazvukové vyšetrenie.

Posledné vyšetrenie na ambulancii 29.12., t. j. 3 dni pred pôrodom. V zdravotnej dokumentácii sa nachádza: posledná menštruácia 26.12./1 deň slabo, palpačne v norme, cysta vpredu, diagnóza N 91.1.; znova poukázaná na ultrazvuk.

Dňa 1.1. (nasledujúci rok) pacientka porodila záhlavím za pomoci vákuumextraktora pre nepokračujúci pôrod v II. dobe pôrodnej. Plod v odhadovanom 40. gestačnom týždni ženského pohlavia s hmotnosťou 3500 g a dĺžkou 52 cm. Dieťa po narodení hypotonické a cyanotické, po odsatí vitálne (Apgarovej skóre 8/10). Zistený caput succedaneum, ktorý sa po 24 hod. zresorboval. Obvod hlavy 39 cm, ale rýchlo dochádzalo k jeho zväčšovaniu s neurologickými príznakmi (hypertonus až opistotonus, dráždivosť, nystagmus, globálny rozostup švov s obrovskými fontanelami – veľkou aj malou); dieťa sa ťažko prisalo k prsníku matky. Detský neurológ na základe výsledkov so záverom komplexnej vrodenej chyby mozgu (lysencefalia, pachygýria, mikrogýria) s intrakraniálnou hypertenziou a hypertonicko-extrapiramídovým syndrómom indikoval preklad na vyššie pracovisko, kde pre kongenitálny obštrukčný hydrocefalus sa 16.1. uskutočnila implantácia rezervoára a 27.1. ventrikuloperitoneálny shunt.

Zhodnotenie:

Úrad zistil, že v období od 19.5. do 1.1. nasledujúceho roka pacientka bola na ultrazvukovom vyšetrení celkom 2x – 17.12. po odoslaní z ambulancie detskej lekárky pre bolesti brucha; vtedy pri USG abdomenu konštatovaná gravidita, 31.12. (1 deň pred pôrodom), kedy vyšetrenie vykonal iný gynekológ v rámci ústavnej pohotovostnej služby.

Ambulantný gynekológ udával, že na posledné dve vyšetrenia (19. a 29. decembra) prišla pacientka s plochým, takmer rovným bruškom, pre neskorý príchod nemohol vykonať odbery a nespolupracovala, preto ju nemohol riadne vaginálne vyšetriť; tiež nechodila na odporúčané USG vyšetrenia.

Neskôr uviedol, že vykonal iba palpačné vyšetrenie brucha, pričom pri vyšetrení pacientka napínala brucho, nebola uvoľnená a vôbec nespolupracovala; 19.12. prišla na gynekologické vyšetrenie s bolesťami brucha, avšak neuviedla, že bola na ultrazvukovom vyšetrení na odporúčanie detskej lekárky. Údajne opakovane ju aj jej matku poučil o nevyhnutnosti odberov krvi, vaginálneho palpačného vyšetrenia a ultrazvukového vyšetrenia.

Zhrnutie úradu:

Išlo o neplnoletú, nedisciplinovanú pacientku, ktorá dezinformovala lekára o svojich dátumoch menštruácie, to však nevysvetľuje jeho odborné zlyhanie, že nespoznal pri gynekologických vyšetreniach graviditu pri troch návštevách pacientky, kedy bola tehotná a pri poslednom vyšetrení 3 dni pred pôrodom. Lekár gynekológ musí diagnostikovať

graviditu v X. mesiaci, pokiaľ pacientku vyšetril. Pri vyšetreniach stále diagnóza N 91.1, čiže sekundárna amenorea. Gynekológ s atestáciou je odborne nemožný, ak nespozná graviditu 3 dni pred pôrodom donoseného plodu a ešte s hydrocefalom, kedy je hlavička lepšie palpovateľná, pričom veľkosť plodu bola 3500 g/52 cm. Diagnóza gravidity pri prvom vyšetrení v II. mesiaci bez USG vyšetrenia a bez tehotenského testu mohla byť problematická, ale **vyšetrenie 19.12. a 29.12. (pôrod bol 1.1.), je odborným zlyhaním a zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá lege artis**, resp. došlo k pochybeniu v diagnostike.

V dôsledku chýbania prenatalnej diagnostiky sa narodilo dieťa so závažnou vrodenou chybou mozgu – kongenitálnym hydrocefalom riešeným operačne; ktoré je závažne motoricky a mentálne postihnuté – s kvadrupatickou formou detskej mozgovej obrny a psychomotorickou retardáciou. Predpokladáme, že **ak by pacientka navštevovala prenatalnú poradňu, bolo možné ultrazvukom diagnostikovať vrodený hydrocefalus s možnosťou ukončenia gravidity. Vzhľadom na to, že nešla na USG vyšetrenie, gynekológom nemohla byť diagnóza stanovená.**

Hydrocephalus intrauterinne by sa ale pravdepodobne zistil až v druhej polovici gravidity, keď je možnosť túto diagnózu stanoviť vyšetrením rozšírenia mozgových komôr intrauterinne u plodu. Preto indikovať potrat už v tomto období by nebolo možné a indikáciou ukončenia tehotnosti je hydrocephalus nezlučiteľný so životom. Takýto ťažký hydrocephalus u plodu pacientky nebol. Podľa výsledkov európskych populačných registrov pre vrodené vývojové chyby (EUROCAT) je ich prenatalný záchyt v priemere 64% (od 25 do 88 %). Retrospektívna epidemiologická analýza prenatalne diagnostikovaných vrodených chýb v ČR v rokoch 1994 – 2006 ukázala, že z 8 705 prenatalne diagnostikovaných vrodených chýb bola tehotnosť ukončená u 6 118. Pomocou ultrazvuku bolo diagnostikovaných 54% - anencefalus bol diagnostikovaný v 100%, hydrocefalus v 67%. Priemerný gestačný týždeň v čase diagnózy bol 19,5 a v čase ukončenia tehotnosti 20,1.

Záver:

Nediagnostikovanie gravidity v dňoch 19.12. a 29.12. u pacientky, napriek tomu, že bola nedisciplinovaná a nechodila na odporučené USG vyšetrenia, **je odborným zlyhaním gynekológa**, ktorý nevedel diagnostikovať graviditu v X. mesiaci gravidity, pričom posledné vyšetrenie bolo už 3 dni pred pôrodom; **zdravotná starostlivosť nebola pacientke poskytnutá v súlade s ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti **povinnosť prijať konkrétne opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin** – prihlásiť sa a absolvovať preverenie vedomostí zo základného špecializačného odboru gynekológia a pôrodníctvo Katedrou gynekológie a pôrodníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave v termíne do 90 kalendárnych dní od podpísania zápisnice. **Po preukázaní splnenia opatrenia začne správne konanie na uloženie sankcie v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.**

Okrem toho **nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie** – chýbanie informovaných súhlasov a nekompletné záznamy z fyzikálnych vyšetrení pacientky v dňoch 19.12. a 29.12. v zmysle ustanovení zákona č. 576/2004 Z. z. **úrad odstúpil úradu samosprávneho kraja ako orgánu príslušnému na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia a kompetentného konať v uvedenej veci.**

Nesprávny manažment tehotnej v peripartálnom období

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

36-ročná pacientka 20.11.2009 o 7,41 hod. vyšetrená v gynekologickej ambulancii nemocničného zariadenia v 41. týždni tehotnosti. Vykonané anamnestické vyšetrenie, gynekologické palpačné vyšetrenie, ultrazvukové vyšetrenie a auskultácia oziev plodu. Vykonanými vyšetreniami neboli zistené patologické zmeny, pôrodný nález primeraný, konštatovaný vitálny plod a pacientka poučená, že ak neporodí, má prísť na príjem do nemocnice dňa 23.11.2009.

V ten istý deň (20.11.) pacientka o **22,10 hod.** prijatá na gynekologicko – pôrodnické oddelenie poskytovateľa s nastupujúcou kontrakčnou činnosťou á 3-4 min. slabej intenzity, nekrvácala, udávala však, že necíti pohyby plodu. USG vyšetrením o 22,22 hod. verifikovaná absencia oziev plodu a diagnostikovaný foetus mortuus. U pacientky vykonané laboratórne hematologické a biochemické vyšetrenia krvi, zistená zvýšená hladina **D-diméru 4860 ng/ml** (norma do 255,0 ng/ml). Pacientka umiestnená na pôrodný sál, kde bola pravidelne monitorovaná. O 18,00 hod. došlo k spontánnemu odtoku plodovej vody. Pacientke ordinovaný nízkomolekulárny heparín. Dňa 21.11. o 7,45 hod. vyšetrená službukonajúcim lekárom, ktorý v liečbe odporúčal: Vulmizolin, Fragmin, Prostin, **Arthrotec forte 6x1 tbl** a v prípade bolesti Buscopan. O 11,45 hod. pacientka začínala tlačíť, o 11,50 hod. došlo k pôrodu mŕtveho plodu s nazelenalou plodovou vodou a o 12,00 hod. k pôrodu placenty. Následne pacientka udávala sťažené dýchanie a napínanie na zvracanie, bola nepokojná, bledá, spotená.

O 12,05 hod. došlo u pacientky k strate vedomia, o 12,15 hod. prítomná asystólia s mydriatickými zreničkami. USG vyšetrením, ktoré bolo realizované za účelom vylúčenia možného krvácania z pôrodných ciest, bola popisovaná dutina maternice bez reziduí. Následne realizované resuscitačné postupy neúspešné a o **14,15 hod.**, t.j. po 2 hod. trvajúcej kardiopulmonálnej resuscitácii konštatovaný exitus letalis.

Podľa **pitevného nálezu** bezprostrednou príčinou úmrtia **plodu** intrauterinná asfyxia pri masívnej aspirácii do pľúc a bezprostrednou príčinou úmrtia **rodičky embólia plodovou vodou**.

Zhodnotenie úradom:

Vykonaným dohľadom u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti zistené nedostatky, ktoré spočívali v tom, že pri ambulatnom gynekologickom vyšetrení 20.11. **nebolo vykonané kardiotokeografické vyšetrenie**. Počas hospitalizácie nebolo u pacientky, napriek extrémne zvýšenej hladine D- Diméru (20 x zvýšenie oproti norme) signalizujúcej poruchu fibrinolytického systému, vykonané **hematologické vyšetrenie, ani interné vyšetrenie**, a to aj pre nevylúčenú možnosť ukončenia plánovaného spontánneho pôrodu cisárskym rezom.

Vzhľadom k hematologickému nálezu boli uvedené konziliárne vyšetrenia v rámci prípravy rodičky k pôrodu mŕtveho plodu plne indikované. U pacientky bol v liečbe **nesprávne ordinovaný Arthrotec forte** tbl. (diklofenak + misoprostol), ktorý je kontraindikovaný u tehotných žien. U pacientky po pôrode placenty **ponechané jej reziduum** v ľavom rohu maternice, **ktoré nebolo zistené** ani postpartálnou vizuálnou kontrolou placenty, ani následne vykonaným USG vyšetrením.

Záver:

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

V danom prípade je však nutné konštatovať, že intrauterinná trombóza umbilikálnych ciev plodu a masívna pľúcna embólia plodovou vodou u rodičky sú akútne chorobné stavy, pri ktorých nie je možné matku ani plod vždy zachrániť. Sú to zriedkavé, ale prognosticky veľmi nepriaznivé komplikácie tehotnosti a pôrodu, ktorých vznik nemožno úplne eliminovať ani pri správne poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Priebeh akútne vzniknutého stavu u rodičky bol rýchly a, vzhľadom na pitvou zistený nález, aj nezlúčiteľný so životom.

Sankcie

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

Zanedbanie štandardného postupu pri pooperačnej komplikácii

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

74-ročný pacient 20.9.2009 ošetrovaný v ambulancii chirurgickej ÚPS. Subj: pre asi 5 dní trvajúce bolesti v oboch podbruškách, najmä v noci - nezvracal a nemal ani nauzeu, stolica a vetry odchádzali, častejšie močil, diétnu chybu neudával, v minulosti bol operovaný pre pravostrannú herniu.

Obj: v lokálnom náleze brucho nad niveau hrudníka, mäkké, priehmatné, pri hlboknej palpácii mierne citlivé v oboch hypogastriách a nad symfyzou, t.č. bez príznakov peritoneálneho dráždenia resp. hmatnej rezistencie, auskult. prítomná peristaltika po celom abdomene. Tapp. negat. bilat. Per rectum okolie konečníka čisté, kľudné, funkcia zvieračov neporušená, ampulla recti priestorná - niečo normálnej stolice na rukavici.

Záver: Stav pacienta hodnotený ako t.č. bez známk akútneho brucha. Odporúčené urol. vyš., appendikografia podľa Czeppa a kontrola s výsledkami v chirurg. amb.

Dňa 21.9. pacient vyšetrený v urologickej ambulancii. Udalal bolesti v oboch podbruškách, viac vpravo, častejšiu mikciu pri zvýšenom príjme tekutín, bez strangúrie, nyktúria 1-3 x, zvýšené teploty. K vyšetreniu priložené výsledky laboratórnych vyšetrení z predošlého dňa – Leu 11, 300, kreat. 113,0, moč sed. bol negat. V obj. náleze brucho priehmatné, ľahko bolestivé v pravom hypogastriu, Blumberg +/-, tapotment negat., prostata palp. zväčšená, symetrická, hladká, elastická, nebolestivá. stav hodnotený ako hyperplázia prostaty, odpor. odber krvi na PSA, ešte v ten deň kontrolné chirurgické vyšetrenie.

Dňa 22.9. pacient prijatý na chirurgické oddelenie ústavného zariadenia s dg. záverom - appendicitis acuta. V obj. lokálnom náleze pri príjme brucho nad niveau, poklop difúzne tympanický, bolestivý v pravom podbrušku, palpačne v celom rozsahu úplne mäkké, voľne priehmatné, bolestivé v pravom podbrušku, patologická rezistencia nehmatná, B+, R+, Pl+, tapotment bilat. negat. Vzhľadom na anamnézu, klinický stav a laboratórny nález u pacienta v deň prijmu indikovaná revízia dutiny brušnej. Po predoperačnej príprave od 13,15 hod. do 14,30 hod. realizovaný operačný výkon – laparoscopia, conversio, appendectomy anterograda, drainage. Cez umbilicus zavedená Veressova ihla a robené pneumoperitoneum, zavedené pracovné porty. Revidovaná oblasť apendixu, ktorý bol odblokovaný kľúčkami čreva. Po minimálnej preparácii nájdený zápachajúci pus, preto robená konverzia a pokračované z pravostranného pararektálneho rezu. Po zrušení zrastov sa operatér dostal do abscesovej dutiny, odobratá vzorka na kultiváciu. Anterográdne preparáciou dosiahnutý hrot apendixu. Drobné krvácajúce cievy opichnuté, oblasť a. appendicularis opichnutá. Toaleta dutiny brušnej. Do pravej parakolickej oblasti a do oblasti Douglasovho priestoru zavedený drén, následne sutúra rany po anatomických vrstvách. Pooperačný priebeh bez komplikácií, rana sa hojila serómom, opakovane drénovaný a preplachovaný. Terapeuticky u pacienta pooperačne ordinovaná ATB liečba (Amoksiklav + Efloran i.v., dňa 26.9. Amoksiklav nahradený Ciphinom), Ranital, analgetiká, Agen, Concor, Torvacard, Milurit, Helicid. Histologicky potvrdený nález gangrenózneho až subakútneho zápalu apendixu.

Dňa 13.10. pacient v celkovo dobrom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti s odporúčením nenafukujúcej, nezapekajúcej diéty a kontroly v chirurgickej ambulancii nemocnice o 2-3 dni.

Dňa 16.10. pacient absolvoval kontrolné vyšetrenie v chirurgickej ambulancii dohliadaného subjektu – subj. stolica bez obtiaží, častejšie močenie. Obj. afebrilný, abdomen - mäkké, priehmatné, palp. nebolestivé, bez hmatnej rezistencie, operačná rana po AE zahojená, len menší defekt v rane 2 mm bez supurácie a retencie. Terapeuticky realizovaná toaleta, lokálne aplikovaný Framykoin, sterilné krytie. Odporúčené doma o dva dni ranu umyť repíkom, kontrola v amb. o 4 dni.

Dňa 20.10. pacient absolvoval druhé kontrolné vyšetrenie v chirurgickej ambulancii. Subj. udával zvýšenú teplotu do 37,7 °C, liečenie na vysoký TK, prostatu. Obj. operačná rana zhojená, bez retencie, bez inflamácie, bez indurácie. Odporúčaná kontrola podľa potreby, inak u svojho lekára.

Dňa 21.10. o 19,00 hod. vyšetrený lekárkou LSPP ZDZS. Udával vysoké teploty (o 3,00 hod. 39,5 °C.....36,5 °C.....o 8,00 hod. 39,5 °C), pálenie, rezanie pri močení. Obj. mal TT 35,0 °C, TK 100/60 Torr, fyzikálny nález v medziach normy, brucho bez patologického nálezu. Stav hodnotený ako uroinfekcia, hypertenzia, st. p. APE. Terapeuticky ordinovaný Sumamed 500 mg, Algifen kvapky, pacient a príbuzní poučení.

Dňa 23.10. vzhľadom k pretrvávaniu vysokých teplôt pacientovi doma dcéra - zdravotná sestra, odobrala krv na cito laboratórne vyšetrenie KO, biochémie a zápalových markerov. Krv vyšetrená dňa 23.10. s hodnotami FW 88/119, v KO: Leu 14.58 g/l, Ery 4.3, Hbg 129, Htk 0.386, bioch.: Glu 8.0 mmol/l, urea 10.7, kreat 132 umol/l, albumín 27 g/l, AST 1.20 ukat/l, ALT 1.01 ukat/l, CRP 278 mg/l, fbg 6.19 g/l, D – dimér 0.68 g/l, moč chem.+sed. negatívny. O uvedených výsledkoch informovaný operatér, ktorý pacienta poslal na USG vyšetrenie brucha a panvy. V náleze USG vyšetrenia z 23.10. sa v pravom laloku pečene sa v dorzálnnej časti subkapsulárne zobrazovali dve pri sebe ležiace približne guľovité ložiská komplexnej echogenity spolu v priemere cca 6 cm - v. s. hemangiómy v pravom laloku pečene. Ascites nebol prítomný. V pravom hypogastriu po appendektómii patol. zmeny neboli pozorované. Hyperplázia prostaty – objemu cca 45 cm. Odporúčené CT brucha so zameraním na pečennopacient nevedel udať, či už bol v minulosti na USG pečene a či bol nález zobrazenej lézie prítomný aj v minulosti.

Následne sa pacient s výsledkom z ultrazvuku a laboratórnych vyšetrení vrátil k operatérovi, ktorý konštatoval, že rana je zahojená a pacient má pokračovať v ATB liečbe Sumamedom aj napriek uvedeným laboratórnym hodnotám. O uvedenom vyšetrení z 23.10. neurobil operatér žiaden záznam do zdravotnej, príp. inej súvisiacej dokumentácie.

Dňa 25.10. pacient o 2,40 hod. vyšetrený na centrálnom prijímacom oddelení ústavného zariadenia, privezený RZS bez lekára pre febrilitu (do 40 °C), opakované záchvaty teploty s následnou triaškou, zimnicou, ako stav po AE. V obj. náleze TK 130/80 mm Hg, P 92/reg, TT 38,9 °C. Pacient pri vedomí, orientovaný, bez dýchavice a cyanózy, anikterický, koža čistá, suchá. Hlava - bpn., dýchanie čisté, cor - akcia pokojná, abdomen - nebolestivé, hepar v oblúku, mierne citlivé v podbrušku, tapot. bilat. negat., DK bpn. stav službukonajúcim lekárom CPO hodnotený ako protrahované febrility, stav po AE, univ. AS, ICHS komp., BHP. Odporúčené odbery, Ekg, USG vyšetrenie brucha, RTG hrudníka, urologické vyšetrenie, chirurgické vyšetrenie, zváženie hospitalizácie. Laboratórne CRP 280, Le – 10.800, Ery 4.3, Hb 131, Htk 0.36, Tr 174, Q 94.2%, INR 1.06, PTT 31.98, ratio 0.94, Glu 9.4, kreatinin 169, ALT 1,40, AST 1,96, bil. 15.9, AMS 0.40, Na 127.8, K 3.66. Následne realizované USG brucha s nálezom ložiskovej komplexnej kolekcie subhepatálne v prednej axilárnej čiare - dif. dg. ložiskový proces, absces?, doporučené CT brucha. RTG hrudníka bez ložiskových zmien na pľúcach, bránica a uhly voľné, srdce nezväčšené. Chirurgom pacient vyšetrený o 4,00 hod., obj. pri vedomí, orientovaný, febrilný, anikterický, brucho v niveau, mäkké, voľne priehmatné, nebolestivé, bez patol. rezistencie, rana po APE kľudná, bez začervenania, per rectum indagácia nebolestivá, tonus sfinkterov v norme, v ampule malé množstvo stolice, stena bez hm. rezistencie, Douglas nevyklenutý, nebolestivý, na rukavici hnedá stolica. Stav pacienta hodnotený ako febrilita, uroinfekt, ložisková lézia pečene (podľa USG), doporučená hospitalizácia na klinike infektológie, parenterálna ATB terapia, CT abdomenu, dif. dg. so zameraním na zdroj infekcie, kontrola podľa výsledku CT. Telefonicky konzultované CT pracovisko, vzhľadom na aktuálnu hodnotu kreatinínu (169) bolo t.č. možné iba natívne CT s malou dif. dg. výpovednou hodnotou.

Dňa 25.10. pacient o 4,28 hod. prijatý na kliniku infektológie na základe rozhodnutia riaditeľskej príslužby, pre podozrenie na pečennový absces. Po prijíme doplnené CT vyšetrenie brucha, kde bolo bližšie špecifikované patol. ložisko v S6 pravého laloka o celkovej veľkosti 8x6 cm - susp. absces, žľčové cesty bez patol. nálezu, bez ascitu v dutine brušnej. Po odbere hemokultúr bolo začaté s agresívnou empirickou ATB liečbou v kombinácii Imipenem +

Metronidazol. Opakovane konzultovaný chirurg, ktorý odporúčal punkciu pečeneového útvaru s drenážou pod CT kontrolou, vzhľadom na triašku pacienta a anatomickú lokalizáciu blízko v. portae sa chirurg rozhodol pre chirurgické riešenie.

Dňa 26.10. menovaný preložený na chirurgickú kliniku za účelom ďalšej liečby. Po prijatí a predoperačnej príprave pacient operovaný s čiastočnou evakuáciou abscesu. Pooperačne došlo k progresii zhoršenia stavu v zmysle vývoja ARDS s nutnosťou UPV, realizovaná CT kontrola s pretrvávaním ložiska, preto robená reoperácia s evakuáciou väčšej časti abscesu s preplachovou drenážou v pooperačnom období. Napriek komplexnej starostlivosti došlo k progresii septického stavu s rozvojom MODS, opakovane realizované mikrobiologické kultivačné vyšetrenia bez záchytu patogénov. Na CT pretrvávanie reziduálneho abscesu, riešené 2. reoperáciou, pri ktorej sa súčasne vykonala tracheostómia a pre rozvoj tenzného PNO vpravo aj hrudná drenáž. Stav refraktérny na liečbu s progresiou cirkulačného zlyhania napriek farmakologickej resuscitácii, UPV, kontinuálnej diuretickej podpore a tolerovanej enterálnej výžive.

Dňa 8.11. u pacienta o 20,20 hod. konštatovaný exitus letalis za príznakov cirkulačného zlyhania v rámci septického šoku. Prehliadajúcim lekárom nebola nariadená patologicko – anatomická pitva zosnulého.

Zhrnutie úradu:

Z uvedeného bolo možné konštatovať, že pacienti nebola v dohliadanom období dohliadaným subjektom poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť.

Pri druhom pooperačnom kontrolnom vyšetrení po prepustení z hospitalizácie udával pacient zvýšenú teplotu, operačná rana zhojená, bez retencie, bez inflamácie, bez indurácie. Odporúčaná kontrola v chirurgickej ambulancii podľa potreby, inak u svojho lekára. Pacient však nebol za účelom dif. dg. vzniku teplôt lekárom riadne fyzikálne vyšetrený, neboli ordinované žiadne paraklinické vyšetrenia na vylúčenie možnej pooperačnej infekčnej komplikácie. O vyšetrení pacienta zo dňa 23.10. neurobil vyšetrujúci lekár žiaden záznam do zdravotnej, príp. inej súvisiacej dokumentácie. Pacient mal byť po uvedenom vyšetrení, vzhľadom na výsledky vyšetrení a klinický stav svedčiaci pre možnú infekčnú komplikáciu súvisiacu s predošlou operáciou gangrenózneho appendixu (septické teploty, triaška, hypotenzia, vzostup markerov zápalu, vzostup hepatálnych testov), prijatý na hospitalizáciu za účelom ďalšej diagnostiky a prípadnej liečby.

Záver:

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, **nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ust. § 19 až 21 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Sankcie:

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

To nie je naše ...

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

56-ročná pacientka 10.05. o 4,42 hod. vyšetrená v nemocničnej chirurgickej ambulancii so záverom bližšie neurčenej funkčnej črevnej poruchy nevyžadujúcej chirurgickú liečbu. Následne s odporúčením rehydratačnej a spazmolytickej liečby odoslaná na internú ambulanciu. Pomocné vyšetrenia v zmysle ultrasonografie brucha, RTG natívnej snímky brucha neboli vykonané ani ordinované.

5,28 hod. pacientka vyšetrená v internej ambulancii so záverom **Gastroenteritis acuta** a odoslaná na hospitalizáciu na **infekčné** oddelenie.

6,45 hod. prijatá na infekčné oddelenie nemocnice s diagnózou hnačka a gastroenteritída pravdepodobne infekčného pôvodu s objektívnym nálezom – brucho priehmatné, palpačne bez hmatnej rezistencie, difúzne palpačná bolestivosť, bez známkov peritoneálneho dráždenia, peristaltika prítomná, hepar v oblúku, lien nehmatný, inguiny voľné. Z laboratórnych vyšetrení – glykémia 9,9 mmol/l, urea 8,6 mmol/l, kreatinín 135 μmol/l, Na 136 mmol/l, K 4,42 mmol/l, CRP 25,4 mg/l, Le 18,5, HtK 43, Tr 518. Zahájená infúzna a spazmolytická liečba.

12,30 hod. pacientka udávala pocit nafúknutia, bolesti brucha a nuseu, objektívne schvátená, brucho nad niveau hrudníka, meteoristické, difúzne palpačne bolestivé, TK 80/50 torr., P 110/min. O **14,00** hod. odoslaná na **chirurgickú ambulanciu**, kde bol nález: brucho nad niveau hrudníka, palpačne ťažko priehmatné, difúzne mierne palpačne bolestivé, bez peritoneálneho dráždenia, bez hmatnej rezistencie, hyperperistaltika. **Per rectum** v dosahu ukazováka bez hmatnej rezistencie, bez známkov krvácania.

Záver: t.č. chirurgickú liečbu nevyžaduje. Odporúčania: rehydratácia, spazmolytiká, pri pretrvávajúcich bolestiach brucha **kontrola zajtra** v chirurgickej ambulancii.

Po návrate z chirurgickej ambulancie pacientka zvracala obsah žltohnedej farby, udávala len malé zlepšenie, stolicu ani vetry nemala. Brucho ťažko priehmatné, citlivé, podaný FR a Degan.

18,30 hod. sa pacientka cítila horšie, udávala pocit na zvracanie, ťažko sa jej dýchalo. Objektívne bledá, P 100/min, TK sa **nedá** zmerať, brucho meteoristické, palpačne difúzne citlivé, len veľmi slabo počuteľné črevné fenomény. Podané 2x500 ml FR, vykonané lab. vyšetrenia s výsledkami: urea 14,8 mmol/l, kreatinín 198 μmol/l, K 3,8 mmol/l, CRP 160 mg/l, ABR – výrazná metabolická acidóza a hyposaturácia O₂ – 89,4% .

20,00 hod. - zhodnotenie stavu- urémia, acidóza – ordinované 100 ml NaHCO₃, 2x 500 ml FR, 1 amp. KCl, 1 tbl Zopiclon, TK nemeraný .

Kontrola stavu o **23,00** hod.: nusea, bez zvracania, pri vedomí, o **24,00** hod. pacientka zvracala masívne hematínové zvratky. Dňa **11.5.** o **0,10** hod. konzultovaný **chirurg**, ktorý odporučil preklad na chirurgické oddelenie. Ešte pred prekladom pacientka opakovane zvracala a upadla do bezvedomia.

Napriek zahájenej **KP resuscitácii**, o **0,30** hod. (cca 19 hodín od prvého vyšetrenia v nemocnici) konštatovaný **exitus letalis** .

Pitevný nález: základná príčina smrti - tubulárny **adenkarcinóm** colon descendens s infiltráciou a ileóznym stavom. Bezprostrednou príčinou smrti **toxický šok**.

Zhodnotenie úradom a záver:

Pacientka prijatá po vyšetrení na **chirurgickej** a **internej** ambulancii na **infekčné** oddelenie s podozrením na akútnu **gastroenteritídu**. V priebehu hospitalizácie **nebola** realizovaná intenzívna starostlivosť - rehydratácia, sledovanie hodinovej diurézy, meranie CVT, zavedenie nazogastrickej sondy po zvracaní, úprava porúch vnútorného prostredia a pod. Neboli využité všetky možnosti diagnostiky (RTG pasáž, ultrasonografické, event. CT vyšetrenie).

Napriek opakovaným (3) chirurgickým vyšetreniam **nebol** diagnostikovaný **ileózny stav**.

Poučenie:

Chirurgická pacientka má byť liečená na chirurgickom oddelení.

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

Nedostatočná liečba hojenia operačnej rany na chirurgickej ambulancii

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Pacientka (49-ročná) absolvovala klasicky vykonanú cholecystektómiu pred 30 rokmi. Po určitom čase sa jej vytvorila v jazve hernia. S diagnózou Hernia in cicatrice et diastasis mm. recti abdominis operovaná na chirurgickej klinike v apríli 1999, operačný výkon – operatio herniae, raphia fasciae duplex. Asi pol roka po tejto operácii sa vytvorila opäť hernia.

Pacientka sa rozhodla podstúpiť reoperáciu až v máji 2009. V celkovej anestézii realizovaný operačný výkon - operatio herniae, plastika fasciae cum prolen mesh, zavedenie Redonovej drenáže do subfasciálneho priestoru. Pooperačne ordinované antibiotiká a antitrombotická profylaxia. Po operácii stav bez komplikácií, rana bez zápalu, 4. pooperačný deň pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Dňa **8.6.2009** pacientka ošetrovaná na chirurgickej ambulancii (NZZ). Lokálny nález – výrazný edém a inflamácia kože. Terapia – uvoľnené 3 stehy, peanom uvoľnený subfasciálny absces, evakuácia hnisu, výplach peroxidom vodíka, Framykoin lokálne, zavedené 2 drény z masného tylu, na kožu aplikovaný Framykoin ung. a na okolie Burrow ung. Odporúčané antibiotiká a kontrola o 3 dni. Následne pacientka na tejto chirurgickej ambulancii ošetrovaná 28 krát, vykonávané toilette rany, drenáž, lokálne Framykoin, Bactroban ung., sterilné krytie.

Dňa **4.3.2010** si pacientka žiadala odoslanie na chirurgickú kliniku.

Dňa **11.3.2010** vykonané USG brucha (vo FNŠP) - v mieste jazvy po cholecystektómii pozorované oválne, hypoechogénne ložisko veľkosti cca 32x10 mm v podkoží, charakteru patologických kolekcii.

Dňa **19.3.2010** na chirurgickej klinike vykonaná extirpácia z distálnej časti jazvy, odoslané na bioptické vyšetrenie s klinickou diagnózou Tumor Schlofferi in cicatrice. Výsledok bioptického vyšetrenia (23.3.2010) – mikroskopický nález: excízie kože s rozsiahlou, zápalovo infiltrovanou jazvou s areálmi rezorpčnej reakcie s fagocytovaným cudzorodým, opticky aktívnym materiálom, v podkožnom tukovom tkanive sú areály lipofagickej rezorpčnej reakcie. Posledná kontrola na chirurgickej ambulancii (NZZ) 22.3.2010 – preväz, drén ex, obvaz skoro suchý, toilette, Framykoin pulv., sterilné krytie, stehy ponechané. V dňoch 16.4.2010 a 23.4.2010 na chirurgickej ambulancii (FNŠP) vykonaná excochleácia Schlofferovho tumoru. Aj po tomto opakovanom zákroku pretrvávala naďalej fistulácia operačnej rany. Pacientka objednaná na operačnú revíziu na 20.6.2010 na chirurgickej klinike.

Záver a odborné zdôvodnenie:

V priebehu liečby pacientky na chirurgickej ambulancii (NZZ)

- **nebola ani raz odobratá vzorka z rany na vyšetrenie kultivácie a citlivosti za účelom cielej antibiotickej terapie**
- **nebolo realizované USG vyšetrenie postihnutej oblasti**
- pacientka mala byť z chirurgickej ambulancie (NZZ) pri komplikovanom a proťahovanom priebehu liečby **odoslaná na chirurgickú kliniku skôr**, nie až po 9. mesiacoch (na vlastnú žiadosť pacientky).

U pacientky s najväčšou pravdepodobnosťou došlo k infekcii cudzorodého materiálu - implantátu v pooperačnom období (operácia v máji 2009). V priebehu liečby na chirurgickej ambulancii (NZZ), vzhľadom na komplikovaný a proťahovaný priebeh, mala byť odobratá vzorka z rany na vyšetrenie kultivácie a citlivosti, nasadená cielej antibiotickej terapie a vykonané USG vyšetrenie postihnutej oblasti. Pacientka mala byť odoslaná na chirurgickú

kliniku skôr za účelom diferenciálne diagnostických postupov a ďalšej adekvátnej terapie, nie až po 9. mesiacoch, aj to na vlastnú žiadosť.

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

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti (NZZ) opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin.

U druhého dohliadaného subjektu (FNsP – chirurgická klinika) skupina vykonávajúca dohľad **nezistila** v rámci predmetu dohľadu **nedostatky**.

Správny diagnostický postup pri „ľahkom úraze“ hlavy mohol zachrániť život

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

29-ročný pacient 12.2.2010 asi o 1,05 hod. ošetrený službukonajúcim chirurgom CPO FNŠP pre reznú ranu v oblasti pravého obočia. Po toalete a sutúre rany (1 steh) bez ďalšieho vyšetrenia a zisťovania anamnestických údajov pacient v doprovide kamarátov prepustený do domáceho prostredia s odporúčením vybratia stehu za 10 dní v spádovej chirurgickej ambulancii.

V ten istý deň o 8,39 hod. rodičia našli ležať pacienta v bezvedomí. Privolaná RLP konštatovala komatózny stav s úrazom hlavy, bilaterálnu mydriázu a aspiráciu s apnoickými pauzami. Pacienta bolo potrebné endotracheálne intubovať a umelo ventilovať. Pre asystóliu počas prevozu vo vozidle RLP zahájená KPCR a pacient odovzdaný priamo na OAIM FNŠP. Bol komatózny, sedovaný, relaxovaný, umelo ventilovaný, podchladený, mramorovaný, TK 90/60, P 140/min. Objektívne v strede čela suturovaná 1 cm dlhá rana, ďalšia suturovaná rana v dĺžke 1 cm v oblasti pravého obočia. Urgentne vykonané CT vyšetrenie mozgu vykázalo masívny epidurálny hematóm FTPO vpravo s významným útlakom komorového systému a oboch hemisfér. Neurochirurgom indikovaná kraniotómia vykonaná 12.2.2010 o 11,00 hod. Pri kraniotómii potvrdená kostná fissura vo FTP oblasti vpravo a po odklopení kosti masívne krvné koagulum v hrúbke asi 6–7 cm. V operačnom protokole popísaný opadnutý mozog, ktorý neexpandoval a čiastočne pulzoval. Napriek komplexnej rozšírenej intenzívnej liečbe stav pacienta progredoval do centrálnej kmeňovej dysregulácie na podklade ťažkých ischemických zmien kmeňa a celej pravej hemisféry, ktoré boli potvrdené aj kontrolným CT vyšetrením mozgu. Dňa 13.2.2010 o 1,00 hod. došlo k centrálne navodenej asystólii rezistentnej voči medikácii a konštatované úmrtie.

Súdnolekárska pitva ako príčinu smrti stanovila ložiskové pomliaždenie mozgu a krvácanie do kmeňa mozgu, prvotnou príčinou smrti epidurálne krvácanie a zlomenina klenby lebečnej.

Zhodnotenie a záver:

Podľa podania je ako mechanizmus úrazu hlavy popísaný pád zo schodov pri prítomnej alkoholickej ebriete. Po údajnom krátkodobom bezvedomí pacient prevezený na pohotovostnú chirurgickú ambulanciu, kde bol s diagnózou reznej rany ošetrený a odoslaný domov. Ráno pacient nájdený rodičmi v bezvedomí, privolaná RLP pre apnoické pauzy a asystóliu ešte počas prevozu zahájila KPCR. Pre podozrenie na traumatický pôvod bezvedomia, ktoré potvrdilo aj CT vyšetrenie mozgu, urgentne vykonaná kraniotómia s odstránením epidurálneho hematómu. Príčinou smrti pacienta bolo poškodenie mozgového kmeňa.

Kraniocerebrálne poranenia predstavujú závažný medicínsky problém. Aj v skupine tzv. ľahkých mozgových poranení sú prípady, kedy pre krvácanie je potrebná neodkladná neurochirurgická intervencia. V anamnéze býva prítomná amnézia alebo iné poruchy vedomia. Ľahké kraniocerebrálne poranenie je záluďné v tom, že prvých 24 hodín sa vlastne vykryštalizuje, či nastanú závažné komplikácie, preto sú určité indikačné kritériá, podľa ktorých je pacient pri takomto podozrení hospitalizovaný na pozorovanie. Špecifická liečba nie je potrebná, sleduje sa iba rozpoznanie sekundárnych zmien. Indikačné kritériá na prijatie sú poruchy vedomia, zlomenina lebky, neurologický nález a ťažkosti v presnej diagnostike (*opitý pacient, pacient pod vplyvom drog, po epilepsii a iné*).

Pacient primárne na chirurgickej ambulancii CPPO nebol adekvátne ošetrený. Závažným nedostatkom bolo nezaznamenanie anamnézy (*podľa retrospektívneho výpočtu mal pacient pri chirurgickom ošetrení 2 promile alkoholu v krvi*), nezaznamenanie objektívneho nálezu na hlave (*na OAIM a neskôr pri hospitalizácii ako aj pri pitve sú popísané dve ošetrené, suturované rany, v primárnom náleze je len napísané, že sa jedná o reznú ranu*). Podľa pitevného protokolu sa jednalo ale o tržno zmliaždené rany.

Chirurg mal:

- ordinovať u pacienta RTG vyšetrenie lebky a neurologické konziliárne vyšetrenie,
- mal pacienta prijať na hospitalizáciu,
- anamnéza je povinná a je potrebné ju zaznamenať,
- hospitalizácia pacienta po primárnom ošetrení bola indikovaná, lekársky záznam je úplne nedostatočný.

Zhrnutie úradu:

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

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle §50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/204 Z. z.

Nerozpoznané iatrogénne poškodenie pacientky

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

74-ročnej pacientke vykonaná plánovaná cholecystektómia pri dokázanej cholecystolitíaze. Na 2. pooperačný deň začala byť ikterická; napriek tomu sa obštrukcia nepredpokladala a príslušné diagnostické vyšetrenia sa nevykonali. Po opakovaných neúspešných pokusoch o operačnú revíziu pacientka exitovala na 19. pooperačný deň, pri pitve bolo zistené podviazanie ductus choledochus a exstirpácia ductus hepaticus communis.

Úrad šetril podanie súdno-lekárskeho a patologicko-anatomického pracoviska pre nesúlad patologicko-anatomických diagnóz s diagnózami klinickými.

Dňa 18.9.2009 po internom predoperačnom vyšetrení a predoperačnej príprave v celkovej anestézii vykonaná operácia (cholecystectomy, occlusio fistulae, drain) pacientky so stavom po akútnej cholecystitíde v marci 2009. Podľa operačného nálezu pri laparoskopickom úvode pre subhepatálny plastrón a výrazné pozápalové zmeny bola operácia konvertovaná. Po otvorení dutiny brušnej Kehrovým rezom sa obtiažne uvoľnil malý zvrastelý žlčník, implantovaný hlboko do lôžka. Objavili malú cholecystoduodenálnu fistulu a v nej implantačný kameň. Stena žlčníka zhrubnutá, pomery v Callotovom trojuholníku značne zmenené, pozápalové retrakčné zmeny vyťahovali arteria hepatica propria pred žľčovú cestu, odstup arteria cystica bol značne vysoko. Ductus cysticus tenký, veľmi nízko odstupujúci z ductus choledochus. Obtiažne vypreparovaná arteria cystica a ductus cysticus, obe štruktúry bezpečne ligované. Následne odstránený žlčník z lôžka, hlavne v oblasti tela a fundu žlčník implantovaný do lôžka, čo si vyžiadalo jeho vypálenie z lôžka. Hemostáza lôžka argónovou koaguláciou a sutúrou, kontrola hemostázy a bilostázy, mäkký silikónový drén subhepatálne do Morrisonovho priestoru; sutúra duodena, nazogastrická sonda umiestnená cez pylorus k dekompresii duodena. Po sčítaní rúšok laparotómia uzavretá po vrstvách. Peroperačná cholangiografia nebola vykonaná.

V pooperačnom priebehu bol 1. deň (19.9.2009) bez podstatnejších pozoruhodností, od 2. dňa (20.9.2009) dochádzalo k vzniku ikteru, vzostupu bilirubínu aj transamináz, CRP, metabolickému rozvratu s hypokaliémiou, paralytickému ileu. Dňa 25.9.2009 sa urobilo USG vyšetrenie brucha so záverom: dilatácia intra aj extrahepatálnych žľčovodov, stav po cholecystektómii, intrasinusálne cysty renis l. sin, bez voľnej anechogénnej tekutiny v brušnej dutine. Dňa 27.9.2010 vykonané interné vyšetrenie pre výstup febrilit pri ATB liečbe, zhoršené dýchanie so záverom: Cholangoitis acuta, hepatocelulárny ikterus, reaktívna pleuritída bilat. prec. l. dx., incipientný metabolický rozvrat, hypokalémia, anémia. Boli zmenené antibiotiká a pre zmeny v dýchacích plynch bola pacientka preložená na OAIM tamojšej nemocnice v štádiu multiorgánovej dysfunkcie (pľúca, obličky, pečeň, hemokoagulácia, gastrointestinálny trakt) v septickom stave pri akútnej cholangitíde. Vyžadovala komplexnú intenzívnu liečbu vrátane umelej pľúcnej ventilácie. Pri CT vyšetrení z vitálnej indikácie zistené: fluidothorax obojstranne s dystelektatickými dorzálnymi segmentami, kolekcia tekutiny subhepatálne, reziduum v lôžku po cholecystektómii, resp. absces bez ohraničenia, výraznejšie dilatované intrahepatálne žľčovody, denznejší abdominálny tuk okolo hlavy pankreasu a duodena, voľná tekutina perihepatálne aj v Douglasovom priestore, menšie pneumoperitoneum v.s. pooperačne, laparotómia, obojstranne obličkové cysty. Konzultovaný chirurg so záverom: „Chirurgický výkon nepripadá do úvahy, zajtra rozhodneme o miniinvazívnom výkone – punkcii pod CT.“

Dňa 28.9.2009 indikovaná operácia z vitálnej indikácie pre prehlbujúci sa septický stav s progresiou ikteru s predpokladanou cholangitídou, s cieľom drenáže žľčových ciest. Pri revízii po rozrušení zrástov vytekala žľč, snaha identifikovať žľčovú cestu preparáciou aj punkciou, ktoré však boli neúspešné. Všetky manipulácie sprevádzané masívnym krvácaním a následne poruchami hemokoagulácie. Preto bol výkon predčasne ukončený, subhepatálny priestor a operačná rana tampónované rúškami. Brušná dutina uzavretá fóliou na spôsob laparostómie. Pokračovali v konzervatívnej liečbe, pričom došlo k čiastočnej stabilizácii, bolo

možné vysadiť katecholamíny. Upravili sa hemokoagulačné parametre, mierny pokles zápalových parametrov. Pretrvával však ikterus, ktorý mal zmiešanú formu – obštrukčnú aj hepatocelulárnu v rámci multiorgánového zlyhania. Pacientka dialyzovaná pre renálne zlyhanie.

Dňa 2.10.2009 indikovaná druhá reoperácia – revízia, odstránenie tamponády, zadrénovanie subhepatálneho a subfrenického priestoru, sutúra operačnej rany po excízii jej okrajov.

Ďalšia chirurgická intervencia nebola indikovaná, uvažovalo sa o perkutánnej transhepatálnej drenáži (PTD). Pretrvávala sepsa s progresiou do multiorgánového zlyhania, ktoré už bolo refraktérne na liečbu.

Dňa 7.10.2009 o 7,45 hod. došlo k letálnemu exitu.

Pacientka vypísaná na pitvu so závermi: Stav po operácii – cholecystektómii a sutúre fistuly, septický stav s multiorgánovým zlyhaním, hepatorenálne zlyhanie, reaktívna pleuritída, icterus obstructivus et hepatocellularis progresivus.

Podľa pitevného nálezu základnou chorobou bol stav po cholecystektómii a zrušení cholecystoduodenálnej fistuly, avšak s iatrogénnym poškodením - podviazaním ductus choledochus a exstirpáciou ductus hepaticus communis. V dôsledku uvedeného poškodenia došlo k hepatálnemu zlyhaniu s rozvojom septicko-toxického šoku (príčina smrti), k obštrukčnému ikteru s nekrózou pečene a krvácaním do slizníc (komplikácie základnej choroby). Boli prítomné šokové histopatologické zmeny na orgánoch: akútna tubulárna nekróza obličiek, sukcesívne embolizácie do pľúc a pečene.

Záver:

U pacientky pri elektívnej cholecystektómii **došlo k iatrogénnemu poraneniu žlčových ciest – k ich prerušeniu a podviazaniu.** Do značnej miery na uvedenom poškodení participovali výrazné pozápalové zmeny v subhepatálnej oblasti, ako aj cholecystoduodenálna fistula. Poranenie nebolo pri operácii rozpoznané a viedlo k závažným patologickým zmenám, ktoré spôsobili exitus pacientky. Na stanovenie možného poškodenia v oblasti žlčových ciest vo včasnejšom štádiu sa malo urobiť ERCP alebo PTC, event. preložiť pacientku na pracovisko, kde sú vyšetrenia dostupné a sú väčšie skúsenosti s liečbou uvedenej lézie. Operácia sa indikovala v štádiu ťažkého septického stavu s poruchou hemokoagulácie, kedy masívne krvácanie znemožnilo ošetrenie poranených žlčových ciest.

Podľa literatúry incidencia veľkých poranení žlčovodov pri cholecystektómii je okolo 0,55 %, pričom pri laparoskopickej cholecystektómii je výskyt vyšší. V prevencii poranenia sa odporúča exaktná preparácia, event. peroperačná cholangiografia (Sabiston Textbook of Surgery, 17th edition, New York, Elsevier, 2004, 2388 s.). Prognóza iatrogénnych lézií žlčovodov závisí do veľkej miery od toho, či sa pri operácii rozpoznali a adekvátne ošetrili, alebo ostali nepoznané (Černý a kol.: Špeciálna chirurgia 2, Osveta, Martin, 1992, 580 s.).

Zhrnutie úradu:

- **Pri elektívnej cholecystektómii došlo 18.9.2009 u pacientky k iatrogénnemu poraneniu žlčových ciest – k ich prerušeniu a podviazaniu** (do značnej miery na uvedenom poškodení participovali výrazné pozápalové zmeny v subhepatálnej oblasti, ako aj cholecystoduodenálna fistula).
- **Poranenie nebolo pri operácii rozpoznané a viedlo k závažným patologickým zmenám, ktoré spôsobili exitus pacientky.**
- **Na stanovenie možného poškodenia v oblasti žlčových ciest vo včasnejšom štádiu sa malo urobiť ERCP alebo PTC, event. preložiť pacientku na pracovisko, kde sú vyšetrenia dostupné a sú väčšie skúsenosti s liečbou uvedenej lézie** (operácia sa indikovala v štádiu ťažkého septického stavu s poruchou hemokoagulácie, kedy masívne krvácanie znemožnilo ošetrenie poranených žlčových ciest).

V uvedenom prípade **nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť v súlade s ust. § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. - postup non lege artis.**

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin a uložil sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z.

Pozor na dostatočne zdokumentovanie úrazového deja počas hospitalizácie!

Dcéra pacientky vyjadrila nespokojnosť s poskytnutou liečbou, neskoré zistenie správnej diagnózy, úraz na oddelení, nedostatočná analgetická liečba, ako aj neochota zdravotníckych pracovníkov. Žiada o preskúmanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti (ZS) 74-ročnej pacientke vo všeobecnej nemocnici v priebehu júna a júla 2009. Hospitalizácia ukončená úmrtím pacientky.

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Z doloženej dokumentácie vyplýva, že 77-ročná pacientka bola polymorbídna. Viac rokov sa liečila na hypertenziu a ICHS, chronickú venóznú insuficienciu dolných končatín. V minulosti prekonala 2x NCPM. Bola opakovane vyšetrovaná a liečená v odborných ambulanciách – kardiológa, neurológa, cievneho chirurga, ortopéda, reumatológa. Liečila sa pre generalizovanú osteoartrózu, gonartrózu. Doma sa pošmykla a následne (v polovici júna) bola prijatá na chirurgické oddelenie pre sťaženosť chôdzu a bolesti pravého kolena.

Pred uložením na lôžko pacientka vyšetrená neurológom, ktorý konštatoval že vzniknuté gonalgie, sú bez návaznosti na úrazový moment, v.s. sú v dôsledku dekompenzovanej gonartrózy, nevytlúčil recidivujúce tromboflebitídy. Neurologický nález nevysvetľuje ťažkosti pacientky. Po prijatí do nemocnice postupne vykonané nasledujúce RTG vyšetrenia:

RTG pravého kolena - skelet v primeranom postavení, kĺbová štrbina zachovaná... ventrokraniálny úpon pately s ossifikátom 9 mm. Pri mediálnom kondyle tibie ossifikát 9 mm.

RTG coxy obojstranne: pravá koxa vo valgóznom postavení, štrbiny obojstranne mierne zúžené ... známky artrózy v SI vpravo

RTG hrudníka- v leže: Bránice ostrých kontúr, CF uhly bilat. zatienené, pľúcne hily sýte, zvýraznená pľúcna kresba, v oblasti pravého pľúcneho krídla škvritopruhovité plošné zatienenie. Do oblasti na rozhraní horného a stredného pľúcneho poľa vpravo mediálne sa s rozšíreným tieňom mediastína sumuje oválne zatienenie veľkosti do 25 mm. Pravé pľúcne krídlo so zníženou transparentiou, tieň srdca rozšírený doľava.

Podľa podnetu došlo na oddelení k pádu pacientky pri chôdzi na toaletu v sprievode sestry, ktorá pacientku neudržala. V pláne ošetrovateľskej starostlivosti je v zázname o 19,10 – 20,30 hod. zaznamenané, že „pacientka je dezorientovaná, lezie z postele dole aj napriek isteniu bočnicami. Spadla a sťažuje si na bolesť nohy. Pacientku ukladám do postele a telefonicky informujem lekára“.

V dekurze z toho istého dňa nie je záznam lekára o úraze pacientky, ani objektívny nález v súvislosti s úrazom pacientky.

Z toho istého dňa je v dokumentácii Interné predoperačné vyšetrenie - (okolnosti úrazu však nie sú zaznamenané). Záznam: Pacientka je aktuálne KP kompenzovaná. Po úprave koagulačných faktorov možný operačný výkon. Stredne zvýšené peroperačné riziko, nízkomolek. heparín. Pri tomto vyšetrení ide pravdepodobne o chybu v dátume a vyšetrenie bolo vykonané nasledujúci deň, pretože potreba interného predoperačného vyšetrenia vznikla až po ortopedickom vyšetrení a RTG pr. femuru.

Ortopéd na druhý deň po úraze suponuje fraktúru distálnej časti femuru vpravo, a odporúča: RTG snímok, ortézu, analgetika. Následne vykonané RTG pravého femuru, kde je popisovaná úplná priečna fraktúra distálneho konca pravého femuru s dislokáciou ad latus at ad longitudinem cum contractione.

Nasledujúci deň, po nutnej príprave vykonaná operácia: nekrvavá repozícia zlomeniny femuru s vnútornou fixáciou femorálnym klincom FIVING 10x400 mm statický, zaistený proximálne aj distálne. ... výplach rán ... sutúra v anatomických vrstvách. Podľa záznamu

o priebehu rehabilitačnej liečby ordinované: dril MQF, izometria svalstva celej DK, aktívne cvičenie LDK, aktívne cvičenie HKK, cvičenie s pomôckami na zvýšenie svalovej sily HKK, dýchacia gymnastika, inštruktáž. **Ďalej sú zaznamenané výkony - 16.6.2009:** V 510a+ 513; **18.6.:** V 520; **19.6.:** V 513 ; **22.6.:** V513.

Pacientka počas hospitalizácie na chirurg. oddelení dostávala analgetickú liečbu Novalgin tab. 3.1; Tramal inj. 50 mg á 8 hod; Fraxiparin 0,3 ml inj 1x d, neskôr Plasma, Kanavit, Ciphin 400 mg zahájená pred operáciou, hydratácia, Celaskon, Vulmizolín, Furosemid. Celá liečba včetně internej terapie a jej zmeny sú zapísané na samostatnom liekovom formulári, ktorý je súčasťou chorobopisu.

Dňa 23.6. pacientka preložená na ODCH na pokračovanie liečby a rehabilitáciu – na túto časť hospitalizácie, až do úmrtia pacientky (15.7.2009), nie je v podnete sťažnosť.

Z dekurzných záznamov vyplýva, že boli pravidelne sledované vitálne funkcie, zabezpečený dostatočný pitný režim, interná kontrola s podrobným rozpisom internej terapie, rehabilitácia, prevencia dekubitov, analgetická terapia.

Od začiatku júla sú v dekurzoch záznamy, že pacientka je pasívna, nespolupracuje, odmieta potravu aj tekutiny.

Následne je zaznamenaný zhoršený auskultačný nález na pľúcach, v odpoľudňajších hodinách vzostup TT na 39,3 °C (dovtedy bola pacientka afebrilná) – ordinované Cefalotin 2 gr. iv R, Abactal 1 amp iv. R,V. Postupné zhoršovanie zdravotného stavu, somnolencia, orientačným neurologickým vyšetrením zistená susp. ľavostranná hemiparéza – nová?

Nurologické vyšetrenie: potvrdilo NCP ischem. v minulosti s minimálnou reziduálnou pravostrannou symptomatológiou. T.č. sa nejedná o recidívu. Môže sa jednať o zhoršenie v rámci hypohydratácie pre negativizmus pacientky a pri výstupe TT, pacientka celkovo pasívna.

CT vyšetrenie mozgu. Nález je záverovaný ako Status lacunaris, atrophia cerebri. ... Komorový systém symetrický bez dislokácie, supratentoriálne obojstranne disseminované ložiská chronickej ischémie, vľavo frontálne subkortikálne nehomogénne ložisko do 23 mm, ďalšie podobné ložiská sa zobrazujú vysoko parietookcipitálne do 15 mm. V oblasti calvy niekoľko susp. osteolytických ložísk.

Pre pridružené febrílie zahájená ATB terapia. Po prechodnom poklese TT opäť vzostup. Podávané antipyretiká, ATB liečba pokračuje, hydratácia je zabezpečovaná i. v. Analgetická liečba zabezpečovaná – Novalgin 500 mg 3 x denne. Tvoria sa počínajúce dekubity na päťach - ošetrované. Fyzikálny pľúcny nález sa zhoršuje – známky hypostatickej pneumónie. Rodina je informovaná o nepriaznivom vývoji zdravotného stavu pacientky. Pacientka v krátkom čase exitovala.

Pitvaná nebola. Ako bezprostredná príčina smrti je v Liste o prehliadke mŕtveho uvedená Hypostatická pneumónia.

Problematika etického charakteru uvádzaná v podnete bola pri dohľade na mieste prenechaná na riešenie poskytovateľovi cez etickú komisiu.

Zhrnutie:

Polymorbídna 77-ročná pacientka bola prijatá na chirurgické oddelenie pre bolesti v pravom kolene. V podnete sa uvádza pád deň pred prijatím. Vstupná RTG snímka pravého kolena bez traumatických zmien. V pláne ošetrovateľskej starostlivosti je záznam, že pacientka je dezorientovaná, spadla z postele, aj napriek bočniciam. Podľa záznamu sestra úraz hlásila lekárovi telefonicky. V lekárskom dekurze záznam o úraze nie je. Na druhý deň personál chirurgického oddelenia urobil kroky na verifikáciu zlomeniny pravej stehennej kosti (ortopedické vyšetrenie, interné predoperačné vyšetrenie, RTG pr. femuru). Osteosyntéza vykonaná ihneď po zistení a po primeranej predoperačnej príprave lege artis. Pooperačne sa stav nekomplikoval. Vznik fraktúry stehennej kosti a následná operácia podporili manifestáciu organického psychosyndrómu, ktorý spolu s imobilitou a negativizmom pacientky vyústil do bronchopneumónie. Tento proces u polymorbídneho pacienta s orgánovými komplikáciami aterosklerózy je aj pri najlepšej liečbe ťažké až nemožné

prerušíť. Úmrtie pacientky preto bolo predpokladané a rodina bola s jej zdravotným stavom oboznámená. RTG vyšetrenia a CT vyšetrenia mozgu suponovali okrem iných nálezov aj suspektné osteolytické a parenchýmové MTS z neznámeho primárneho ložiska. Nevykonanie pitvy žiaľ zabránilo bližšie diagnostikovať možné malígne ochorenie post mortem. Etické problémy uvádzané v podnete Úrad odovzdal na riešenie poskytovateľovi pri dohľade na mieste dňa 25.3.2010.

Zistené nedostatky: Úrad konštatuje, že zdravotná starostlivosť nebola pacientke poskytnutá správne a to v tom, že úrazový dej, ktorý bol dôvodom vzniku fraktúry pravej stehennej kosti nebol dostatočne zdokumentovaný. Pacientka nebola v deň úrazu vyšetrená lekárom a neboli vykonané potrebné vyšetrenia, či došlo, alebo nedošlo k poškodeniu jej zdravia. Odborné vyšetrenia potrebné na objasnenie následkov úrazu vykonané až nasledujúci deň.

Záver:

Skupina vykonávajúca dohľad zistila, že zo strany dohliadaného subjektu došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576 /2004 Z. z. v tom, že po páde zo zabezpečenej postele s bočnicami pacientka nebola následne vyšetrená lekárom. Dohliadaný subjekt tým súčasne porušil Chartu práv pacientov v Slovenskej republike, prijatej vládou SR 11.4.2001 (uznesenie č. 326). V jej zmysle má každý právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, vrátane prevencie a bezpečnosti pacienta, ktorý je v súlade s právnymi predpismi platnými v Slovenskej republike a so súčasným stavom lekárskej vedy.

Úrad pre dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti odporúča dohliadanému subjektu prijať nápravné opatrenia na odstránenie nedostatkov zistených podľa protokolu, vrátane bezpečnosti pacienta. Obsah a prijatie nápravných opatrení Úrad žiada nahlásiť do 30 dní od ukončenia dohľadu spôsobom stanoveným Metodickým usmernením UDZS č. 1/2009 o evidencii a hlásení uložených a prijatých opatrení na odstránenie zistených nedostatkov v ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Podcenenie úrazu hlavy

Manželka 28-ročného pacienta dala podnet na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej nebohému manželovi. Podľa jej podania nebola správne určená diagnóza, bol nesprávny postup pri liečbe a oneskorený preklad na vyššie pracovisko, kde jej manžel exitoval.

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

28-ročný pacient privezený RZP do chirurgickej ambulancie poskytovateľa **13.4.2010 o 9,40** hod. Podľa anamnézy spadol z lešenia, údajne bol v bezvedomí 5 minút - nevracal, po príchode RZP pacient v sedacej polohe, dezorientovaný, na otázky odpovedal oneskorene a neadekvátne. Aj na chirurgickej ambulancii dezorientovaný - „opakuje stále to isté“, TK 120/86, P: 60/min. Pacient hneď odoslaný na chirurgické oddelenie s dg: stav po commotio cerebri ... („s rukami, nohami hýbe“).

Prijímacia správa z prijatia na chirurgické odd. v dokumentácii chýba.

O 10:35 hod vykonané CT vyšetrenie so záverom: Viacpočetné hemoragickokontúzne ložiská frontálne bilat. s prevahou vľavo a parafalcálne. Znamky SA hemorágie F bilat. a P vľavo. Fissúra ossis occipitalis vpravo s prechodom na bázu occipit. kosti. CT C chrčtice, hrudníka, brucha a malej panvy bez ložiskových zmien.

V dennom zázname č. 1. o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti sa nachádzajú časové záznamy sestier v dobe od 09,40 do 19,00 hod. v hodinových intervaloch so sledovaním tlaku krvi, pulzu, telesnej teploty, saturácie O₂. TT od 37,5 do 38 °C, PP 70-100/min TK – mierna hypertenzia 150/70 s ojed. výstupom na 190/80mmHg.

O 12,00, 13,00, 15,00 hod. podľa záznamu sestier pacient pri vedomí, nekludný, o 15,15 hod pacient veľmi nekludný, podaný ordinovaný Apaurin 1 amp. i.m., o 16,00 hod pacient veľmi agresívny, trhá sa, nutnosť popruhov, o 19,00 hod pacient nekludný, podaný Apaurin 1 amp. i.m.

Nasledujúci záznam pod zápismi sestier o 19,30 hod: konziliárne vyšetrenie OAIM:

Pac. s poruchou vedomia, motorický neklud, na oslovenie bez adekvátnej reakcie, na otázky neodpovedá, GCS 7-9 b (E 1-2, M 4-5, V 1-2). Sedovaný Apaurinom 10 mg i. Cirkulačne stabil., subfebril, dých. spont, mierne tachypnoe. DF 19-24/min.

CT verifikovaná kraniocerebrálna trauma. Doporučenie: preložiť pacienta na OAIM, pacient vyžaduje adekvátnu sedáciu, UPV a kontrol. CT vyš. hlavy.

V dennom zázname, až za chronologickými zápismi sestier a záznamom lekára ARO je **zápis lekára o 9,05 !!** (pacient bol vtedy ešte na ceste v sanitke...): Pacient mierne dezorientovaný, bulby v strednom postavení, zreničky izokorické, na osvit správne reagujú, šija bez opozície, GCS 13 - 14. Indikujem CT lebky, C chrčtice, ... (nečitateľné).

Ďalší záznam službukonajúceho lekára je bez časového údaju, má formu krátkej epikrízy, zaznamenaný až po preklade pac. na vyššie pracovisko: „Pacient po hospitalizácii na JIS- chir. sa stáva motoricky nekludný, i keď obehove stabilizovaný. K pacientovi privolaný lekár OAIM, ktorý indikuje hospitalizáciu na OAIM pre zabezpečenie vitálnych funkcií. Na OAIM vykonané kontrolné CT ktoré ukázalo zhoršenie stavu - hlavne rozvoj kontúzných ložísk. Po dohovore preložený z OAIM na vyššie pracovisko“.

Liečba na chirurgickom oddelení podľa Denného záznamu č. 1: Manitol 100 ml o 9,45 hod. a 18 hod. Inf. 1/1 fyz. roztok 500 ml+ Novalgin o 11 hod., Inf. 5 % Glukózy 500 ml o 13 hod. Unasyn 2x1,5 g o 11 hod a 18 hod. Apaurin 10mg o 15,15 hod a 19 hod. Ľad na hlavu o 9:45 hod. Dexamed 8mg o 9,45 a 18 hod. Kanavit 1 amp i. m. bez udania času podania.

Pacient mal príjem 1800 ml, výdaj močom: 1650 ml.

Laboratórne vyšetrenia: glukóza 9,2, urea 5,2, Bi. celk. 8, 1, AST 1, 04, ALT 1,12, ALP 1,18, Na 136,5, K 3,08, Cl 99,2. KO: Le 17,0, Er 4,8, Hb 141, Ht 0,43, TRB 279, Quick 79%. KS O Rh negat.

Lekárska správa z chirurgického oddelenia (pri preklade na OAIM) obsahuje objektívny nález bez popisu poranenia hlavy, je tam údaj, že pacient je dezorientovaný, komunikácia s ním je nemožná, na otázky neodpovedá, na bolestivé podnety reaguje. Zrenice izokorické.

Ďalej správa obsahuje popis CT vyš., laboratórne výsledky, zoznam podanej liečby a krátku epikrízu: Prijatý pre úraz hlavy s poruchou vedomia, motoricky nekludný, na otázky neodpovedá. Hemodynamicky kompenzovaný. CT vyš. hlavy vid' nález. Protiedémová liečba stav pacienta nezlepšuje. Po konzultácii preložený na OAIM.

Na OAIM prijatý o 19,35 s poruchou vedomia (GCS 6-9b) motoricky nekludný, neragujúci na oslovenie Lavá zrenička mydriatická, so spomalenou fotoreakciou a plávajúcimi bulbami. P: 90/min, TK 155/80, pulz na perif. dobre hmatný, plný.

Ihneď po prijatí zabezpečená analgosedácia, prechodne aj relaxácia, zahájený monitoring vitál. funkcií, zaintubovaný, UPV.

13.4.2010 o 20,36 - urobené kontrolné CT mozgu natívne so záverom: Viacpočetné hemoragickokontúzne ložiská frontálne bilat. a parafalciálne, progresia ich veľkosti a počtu hlavne vpravo. Denzné ložiská baziokcipitálne vpravo v obl. fissúry - susp. SA hemorágia, evet. kontúznohemorag. ložiská. Známky SA hemorágie F bilat. a T -P vľavo -progresia. Fissúra ossis occipitalis vpravo s prechodom na bázu occipit. kosti.

... **o 22,10** - chirurgické konzílium: motoricky nekludný. CT hlavy - nález nepatrne zhoršený. Záver: stav t.č. nevyžaduje chir. intervenciu.

....**o 23,00** - náhle zhoršenie stavu, tachykardia, hypertenzia, vznik bilaterálnej mydriázy.

Po konzultácii s vyšším pracoviskom preložený (transport RLP) **14.4. o 0,55 hod.**

Pri prijatí na vyššom pracovisku pacient hypotermický, s fixovanou mydriázou bilat. Na oslovenie a bolesť bez reakcie. Napojený na ventilátor, režim CMV. Hemodynamicky stabilizovaný TK: 135/70, SR: 84/min. bez mimetickej podpory. Realizované CT vyš. mozgu o 3,45 hod. s progresiou nálezu, edémom mozgu zadnej jamy.

Pre nález malígneho edému mozgu s transtentoriálnou herniáciou pri príjmovom CT sa upustilo od operačnej liečby a bol nainštalovaný ICP snímač. Po úplnom odoznení sedácie zrealizované neurologické vyšetrenie so záverom kmeňovej areflexie a spísaná zápisnica o smrti mozgu. **14.4.2010 o 22,00 h konštatovaný exitus letalis.**

16.04.2010 bola vykonaná nariadená (súdna) pitva. Na základe žiadosti znalcov boli zbavení mlčanlivosti v rozsahu diagnostického záveru pre účely dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou.

Bezprostrednou príčinou smrti bol poúrazový opuch mozgu pri zlomenine spodiny a klenby lebečnej so subdurálnym krvácaním, s ložiskovými pomliaždeniami mozgu s krvácaním do týchto ložísk a subarachnoidálnym krvácaním.

Zistené nedostatky pri výkone dohľadu:

Postup poskytovateľa v deň úrazu pri diagnostike a liečbe pacienta nebol štandardný a správny.

V chorobopise chirurgickej JIS sa nenachádza dekurz so zápisom obsahujúcim prijímaciu lekársku správu s patričným objektívnym nálezom a lokálnym nálezom na hlave, pracovným diagnostickým záverom a terapiou, (v danom prípade napr. síce banálnou ranou vlasatej časti hlavy, ktorá však v kontexte CT nálezu zo dňa 13.4.2010 o 10,35 hod. predznačovala závažné mozgovolebečné poranenie!).

Pacientovi **nebolo realizované neurologické vyšetrenie**, ani sledovanie stavu zodpovedajúce ťažkému kraniocerebrálnemu poraneniu, ktoré bolo dokázané CT vyšetrením mozgu dňa 13.4.2010 o 10,35 hod. Nemal pravidelné sledovanie stavu vedomia v zmysle Glasgow Coma Scale (otvorenie očí, najlepšia slovná odpoveď, najlepšia motorická odpoveď), hybnosť a stav zreníc, charakter dýchania a následné priebežné pravidelné vyhodnocovanie

týchto záznamov lekárom. V zázname sestier je síce zápis, že pacient je nekludný až agresívny, tento údaj nebol správne vyhodnotený, čo viedlo k nesprávnej terapii pacienta, kde kvalitatívna porucha vedomia (agresivita, neklud - ako prejav pokračujúceho opuchu a hypoxie mozgu) bola liečená anxiolytikom a hypnosedatívom. Tieto prejavy kvalitatívnej poruchy vedomia zvyšovali intrakraniálnu hypertenziu so všetkými negatívnymi dôsledkami a s výsledným malígnym opuchom mozgu, transtentoriálnou herniáciou a smrťou mozgu. Z kontinuity zápisov v zázname (Denný záznam č. 1) vyplýva, že **pacient nebol sledovaný lekárom**. V dennom zázname mimo chronológie sa nachádzajú dva záznamy dvoch chirurgov: o 9,05 hod. je záznam primára chirurgického oddelenia (značne nečitateľný), ktorý sa javí byť neštandardný tým, že o 9,05 hod. bol pacient ešte vo vozidle RZP. Záznam nesleduje časovú postupnosť denného záznamu (fyzicky je na mieste, kde by nemal byť, a na mieste kde by mal byť sa nenachádza!). Záznam službukonajúceho chirurga sa javí byť neštandardný tým, že nasleduje po zázname predchádzajúcom, časovanom o 9,05 hod., avšak bez časového údaj, (bez dátumu, bez času vyhotovenia). V jednom „dychu“ obsahuje záznam epikrízu, ďalší „osud“ pacienta s jeho prekladom na vyššie pracovisko.

Denný záznam o poskytnutej zdravotnej starostlivosti a chorobopis nie je ukončený lege artis, t.j. nie je v dennom zázname časový údaj o ukončení hospitalizácie (s výnimkou záznamu sestry) a preklade pacienta na iné pracovisko s patričným diagnostickým záverom.

V prípade pacienta sa jednalo o pracovný úraz. Podľa zákona č. 124/2006 § 17 ods. 11 je zdravotnícky pracovník povinný bezodkladne oznámiť príslušnému IBP a príslušnému orgánu dozoru pracovný úraz ak to nebolo oznámené zamestnávateľom. Pacientovi nebola odobratá krv na Widmarkovu skúšku. Skúšku na alkohol žiada urobiť zamestnávateľ so súhlasom zamestnanca. Zápis o týchto skutočnostiach v zdravotnej v dokumentácii nie je. **Tieto skutočnosti však neboli predmetom dohľadu.**

Záver:

Zdravotná starostlivosť pacientovi nebola poskytnutá v súlade s § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z. v tom, že dňa 13.4.2010 napriek správne stanovenej diagnóze poranenia mozgu

- neboli bezodkladne v danom časovom úseku vykonané všetky zdravotné výkony potrebné na určenie správneho liečebného postupu, t.j. nebolo urobené neurologické vyšetrenie, pacient nemal sledovaný stav vedomia podľa GCS a stav pacienta nebol priebežne sledovaný lekárom;
- nedostatočným priebežným sledovaním stavu pacienta nedošlo k rozpoznaní pokračujúcich patologických vnútrolebečných zmien, a tým nebola pacientovi včas poskytnutá správna liečba.

Poskytovateľ porušil § 79 odst. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z.z v tom, že:

- v zdravotnej dokumentácii chýba prijímacia správa s objektívnym nálezom, čo je v rozpore s § 19 ods. 2 písm. d) zákona č. 576/2004 Z.z.,
- v zdravotnej dokumentácii v dennom zázname č.1 chýbajú chronologické zápisy o sledovaní stavu pacienta lekárom, nie je zapísaný časový údaj o ukončení hospitalizácie a o preklade pacienta na iné pracovisko spolu s diagnostickým záverom, čo je v rozpore s článkom VI. Odborného usmernenia MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie číslo 07594/2009 zo dňa 24.9.2009

Sankcie:

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

Nerозoznanie iničiálnych prejavov náhlej príhody brušnej

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

49-ročný pacient 30.7.2010 o 17,20 hod. vyšetrený v rámci ústavnej pohotovostnej služby v chirurgickej ambulancii nemocničného zariadenia pre opakované zvracanie a silné bolesti brucha, ktoré vznikli „dnes po zjedení čerstvých uhoriek“. Pacient ťažkosti s močením a stolicou negoval, vetry mu t.č. neodchádzali.

Objektívne brucho v úrovni hrudníka, meteoristické, bez rezistencie a defense musculaire, palpačne zistená bolestivosť v okolí pupka, podbrušká a slabiny voľné, auskultačne peristaltika oslabená. Vykonané RTG vyšetrenie brucha s nálezom „bez hladiniek a voľného vzduchu“. Klinický stav hodnotený ako **dyspeptický syndróm**. V ambulancii podaný Analgin 1 amp. i.m. + Torecan 1 amp. i.m. a pacientovi odporúčaná diéta, kontrola pri zhoršení ihneď a USG vyšetrenie brucha ambulantom cestou.

Dňa **2.8.2010 o 8,15 hod.** pacient opakované vyšetrený pre pretrvávajúce bolesti brucha pod ľavým rebrovým oblúkom so zvracaním, hnačky a subfebrilitu. Objektívne brucho palpačne citlivé pod ľavým rebrovým oblúkom, hepar a lien hmatné (resp. prítomná suspektná rezistencia v epigastriu). Vykonané laboratorne hematologické (**Leu 20, 73** x 10⁹/l) a biochemické vyšetrenie (**bilir. 32,1** umol/l; **AST 2,11** ukat/l; **ALT 2,14** ukat/l; **GMT 4,94** ukat/l; **ALP 2,05** ukat/l; **AMS 15,32** ukat/l). Klinický stav hodnotený ako abdominálna kolika a suspektná akútna pankreatitída.

Počas následnej hospitalizácie CT vyšetrením verifikovaná akútna nekrotická pankreatitída, voľná tekutina v dutine brušnej, v Douglasovom priestore, perihepatálne, perisplenicky, perirenálne a prítomný fluidotorax. Napriek následnej komplexnej a správnej liečbe klinický stav progredoval, došlo k rozvoju sepsy s prechodom do septického šoku s multiorgánovým zlyhávaním. Dominovalo renálne a respiračné zlyhávanie. Napriek komplexnej intenzívnej liečbe sa nepodarilo zvrátiť nepriaznivý priebeh ochorenia a pacient **19.8.2010 o 1,15 hod. exitoval**.

Podľa **pitevného nálezu** bezprostrednou príčinou úmrtia septický šok pri akútnej hemoragicko-nekrotizujúcej pankreatitíde. Zistené tiež početné Balzerove nekrózy, hemoragický výpotok v dutine brušnej, hemoragická pseudocysta v okolí pankreasu, šokové pľúca a obličky, ložiskový hnisavý lalôčkový zápal pľúc, krvácajúce erózie sliznice pažeráka a kardie a nešpecifická reaktívna hyperplázia sleziny.

Zistené nedostatky pri výkone dohľadu:

Skupina vykonávajúca dohľad **zistila** u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu **nedostatok**, ktorý spočíval v tom, že:

Ambulantné chirurgické vyšetrenie v rámci ústavnej pohotovostnej služby 30.7.2010 nebolo u pacienta realizované štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne. Neboli vykonané štandardné vyšetrovacie postupy za účelom diferenciálnej diagnostiky subjektívnych ťažkostí a objektívneho nálezu na bruchu. U pacienta nebolo vykonané komplexné objektívne vyšetrenie, nebola vyšetrená teplota tela, krvný tlak a pulz, neboli ordinované štandardné dostupné laboratorne hematologické a biochemické vyšetrenia krvi, vyšetrenie moču ani USG vyšetrenie brucha, ktoré by spresnili diagnózu za účelom správnej a včasnej liečby.

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

Sankcie:

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

Zvláštnosťou v danom prípade, s ktorým sa úrad stretáva ojedinele bolo, že pri výkone dohľadu v rámci písomného vyjadrenia sa poskytovateľa k podnetu, poskytovateľ sám uznal pochybenie pri ambulantnom chirurgickom vyšetrení dňa 30.7.2010 a klasifikoval ho ako nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť z ich strany a ešte pred ukončením výkonu dohľadu prijal z vlastnej iniciatívy nápravné opatrenia.

Neracionálna liečba respiračného infektu

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

33-ročná pacientka vyšetrená na ambulancii všeobecného lekára pre dospelých 20.4.2010, udávala suchý, dráždivý kašeľ, bez teploty. V objektívnom náleze lekár popisoval kľudný orofarynx, afebrilitu, dýchanie zostrené nad tracheou.

Dg. záver znel: Tracheitis acuta. Odporúčaná ATB liečba Fromilid Uno 1 x d, Prometazin sir., Hydrocortison 100 mg 5 x, Calcium i. v. 5 x. Intravenózna liečba Calcium (bližšie nešpecifikované) a Hydrocortison 100 mg podaná v ten istý deň a následne opakovane podávaná v dňoch 21.-23.4.2010 a 26.4.2010, pričom tieto záznamy o podaní liečby už neobsahovali údaje o klinickom stave pacientky, ďalšie záznamy súvisiace s predmetným vyšetrením sa v predloženej zdravotnej dokumentácii nenachádzali.

Podnet na úrad podala pobočka zdravotnej poisťovne, ktorá pri výkone kontroly u poskytovateľa zistila neštandardné liečebné postupy.

Poskytovateľ vo svojom stanovisku k predmetnej veci uviedol, že pacientke, ktorej diagnostikoval zápal priedušnice, vysvetlil, že zápal priedušnice býva väčšinou spôsobený vírusmi a že ATB liečba je voči vírusom neúčinná, ale že zabraňuje bakteriálnej superinfekcii a prípadnému rozšíreniu infekcie na dolné cesty dýchacie. Vzhľadom na to, že kašeľ pacientke bránil v spánku, čo jej spôsobovalo veľkú únavu cez deň, rozhodol sa navrhnúť jej podávanie kalcia a hydrokortizonu po dobu 5 dní injekčne. Poskytovateľ k svojmu stanovisku pripojil aj vyjadrenie podpísané pacientkou, v ktorom deklaruje svoju spokojnosť s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou s rýchlym ústupom ťažkostí po podávanej injekčnej liečbe.

Zhrnutie úradu:

33-ročnej pacientke bola dohliadaným subjektom stanovená diagnóza akútnej tracheitídy na základe anamnézy a auskultačného vyšetrenia. Napriek tomu, že priebeh ochorenia nebol komplikovaný príznakmi superinfekcie a pacientka bola relatívne mladá, bez predpokladanej komorbidity, poskytovateľ sa rozhodol nasadiť ATB liečbu klaritromycínom zo skupiny makrolidov.

Zásady racionálnej antibiotickej liečby respiračných infekcií neodporúčajú použitie ATB liečby u uvádzaného ochorenia, len v prípade oprávneného podozrenia na infekciu *Mycoplasma pneumoniae*, cieleňá ATB liečba výnimočnej bakteriálnej superinfekcie je indikovaná len pri jej klinickom a laboratórnom dôkaze (Gajdošík J., Moro M.: Diagnostika a liečba infekčných ochorení v ambulancijnej praxi, Dr. Josef Raabe Slovensko s.r.o., Bratislava 2006). **Takisto podávanie hydrokortizonu i. v. nie je štandardným postupom u vírusového ochorenia.**

Záver:

Vzhľadom k uvedenému úrad konštatuje, že **v dohliadanom prípade indikácia ATB liečby nie je dostatočne odborne podložená** v predloženej zdravotnej dokumentácii. Intravenózne **podávanie hydrocortizonu nie je štandardným postupom v ambulancijnej praxi všeobecného lekára pre dospelých a rovnako nie je dostatočne zdôvodnené** predloženou zdravotnou dokumentáciou.

V zdravotnej dokumentácii stručne zaznačený postup vyšetrenia je možné považovať za dostatočný, v praxi všeobecného lekára je prípustné zaznamenávať len to podstatné z klinického nálezu, v skrátenej forme. Nedostatkom vo vedení zdravotnej dokumentácie však bola absencia informovaného súhlasu s podávanou vnútrožilovou a ATB liečbou podpísaného pacientkou.

Sankcia:

Vzhľadom k tomu, že nedošlo k poškodeniu zdravia pacientky, úrad uložil poskytovateľovi iba povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov.

Opomenutie pozitívneho výsledku vyšetrenia stolice na okultné krvácanie

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

50-ročný pacient navštevoval všeobecnú lekárku pre dospelých pravidelne kvôli predpisu liekov na liečbu vysokého tlaku krvi a sporadicky kvôli krátkodobým zdravotným problémom.

Pravidelne každoročne sa zúčastňoval preventívnej prehliadky na podnet zamestnávateľa cez PZS (pracovná zdravotná služba) vzhľadom na prácu v rizikovom prostredí (pracoval ako frézar). Po preventívnej prehliadke **5.8.2009** boli výsledky vyšetrení odoslané jeho všeobecnej lekárke pre dospelých. Ambulanciu všeobecnej lekárky pacient navštívil v roku 2009 od augusta ešte 4 x, v roku 2010 niekoľkokrát. Ani pri jednej návšteve mu všeobecná lekárka neoznámila, že má **pozitívny výsledok testu na prítomnosť krvi v stolici.**

O rok, **9.8.2010** absolvoval preventívnu prehliadku s rovnakým zameraním. Podľa vyjadrenia pacienta dostal informáciu o pozitívite testu na prítomnosť krvi v stolici z laboratória. Navštívil svoju všeobecnú lekárku ktorá mu oznámila, **že pozitívny výsledok mal už aj minulý rok.**

Vo svojom písomnom vyjadrení ošetrojúca všeobecná lekárka uviedla, že pacient nejavil záujem o výsledky z preventívnej prehliadky, aj keď bol opakované u nej v ambulancii. Ďalej lekárka v písomnom vyjadrení uviedla: „...cielené som nepátrala po starších výsledkoch, pretože jeho zdravotný stav nevyžadoval intenzívne skúmanie predchádzajúcich výsledkov, neudával žiadne subjektívne obtiaže, ktoré by ma viedli ku kontrole predchádzajúcich, starších výsledkov alebo k aktuálnemu preskúmaniu zdravotnej dokumentácie.“

V roku 2010 všeobecná lekárka už reagovala na pozitívny výsledok (krv v stolici), následne ordinovala doplnujúce vyšetrenia a pacienta odoslala na gastroenterologickú ambulanciu .

Záver:

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi **došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z.** v tom, že **všeobecná lekárka nereagovala na pozitívny výsledok vyšetrenia (krv v stolici) z preventívnej prehliadky v r. 2009. Výsledok bol založený v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecnej lekárky. Až o rok (2010), keď krv v stolici bola opäť pozitívna, lekárka odoslala pacienta na ďalšie vyšetrenia. Tým pacienta vystavila riziku omeškania pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.**

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sankciu v zmysle § 50 ods. 2 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. a povinnosť prijať také nápravné opatrenia, aby nedochádzalo k uvedeným pochybeniam.

Jednostranná tonzilotómia u dieťaťa a následky nepozornosti pri operačnom zákroku

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení, vrátane epikritického zhrnutia

4-ročné dieťa odoslané na hospitalizáciu do rajónneho zdravotníckeho zariadenia na základe odporúčenia ambulantného otorinolaryngológa pre sťažené dýchanie nosom, nočné chrápanie, zistené adenoidné vegetácie, hyperplastickú ľavú tonzilu.

Dieťa prijaté na ORL oddelenie. Diagnostický záver pri prijatí: Vegetationes adenoideae, Hypertrophio tonsillae palatinae l. sin. Po prijatí v celkovej anestézii realizovaný operačný výkon: Adenoidectomia endoscopica, tonsillotomia l. sin., tympanocentéza l. dx. Po ukončení operačného zákroku bola operatérom zistená komplikácia – **popálenie dolnej pery II.–III. stupňa** v dĺžke 13 mm a 8 mm kaudálne vonku na koži a tiež aj vestibulárne. Pri operačnom zákroku pri tonzilotómii použitý vysokofrekvenčný elektrotómový Chiratom 400.

Dohľadom na mieste úradom zistené, že prístroj použitý pri operačnom zákroku bol podľa Protokolu o vykonaní kontroly technického stavu bez závad. Popálenie elektrokauterom monopolárom, ktorý bol použitý, sa môže pri operácii prihodiť z nasledovných príčin:

1. pri zlom technickom stave elektrokauteru
2. chybou obsluhy prístroja
3. pri kauterizácii, ak sa kovový inštrument dotýka tkaniva a dotykem elektrokautera na kovový inštrument sa tento rozpáli a tým dôjde k neúmyselnému popáleniu a teda k iatrogénnemu poškodeniu pacienta

Z údajov získaných dohľadom na mieste z originálu zdravotnej dokumentácie dieťaťa vedenej dohliadaným subjektom úrad zistil nasledovné:

- v zdravotnej dokumentácii dieťaťa nie je preukázateľne zaznamenané, že by operatér kontaktoval bezprostredne po zistení komplikácie (popálenie pery) pracovisko plastickej chirurgie z dôvodu ďalšieho liečebného postupu. Konzultovaný bol len najbližší špecialista – dermatovenerológ;
- v zdravotnej dokumentácii dieťaťa nie je preukázateľne zaznamenané informovanie rodičov zo strany dohliadaného subjektu o nutnosti ďalšej liečby na pracovisku plastickej chirurgie;

Poznámka: v odbornej literatúre pri takýchto komplikáciách je kladený dôraz na skoré vyšetrenie pacienta plastickým chirurgom s následným bezodkladným plastickým zákrokom. Stav dieťaťa bol síce následne riešený na pracovisku plastickej chirurgie, ale až na základe žiadosti rodičov. Podľa stanoviska plastickeho chirurga neboli bezprostredne po rekonštrukčnom zákroku na dolnej pere u dieťa prítomné závažné funkčné následky, avšak ako trvalé následky je možné predpokladať možné zúženie ústnej štrbiny, deformáciu ľavého ústneho kútika a viditeľnú jazvu po sutúre kože. Definitívny rozsah trvalých následkov sa bude môcť posúdiť až po 1 roku od poranenia.

Zhrnutie úradu:

- pri realizácii jednostrannej tonzilotómie monopolárnym kauterom zo strany operatéra - otorinolaryngológa nebola venovaná dostatočná pozornosť pri jeho aplikácii, čím došlo k nechcenému popáleniu dolnej pery dieťaťa
- po zistení komplikácie (popáleniny pery) nebola zo strany dohliadaného subjektu zaistená okamžitá konzultácia a intervencia plastickeho chirurga ako dôležitý krok prevencie rozvoja ďalších komplikácií alebo následkov

Záver :

Výkonom dohľadu na mieste bolo zistené, že **zdravotná starostlivosť dieťaťa** zo strany dohliadaného subjektu v dohliadanom období **nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** nakoľko neboli správne vykonané

všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.

Opatrenia:

Úradom bolo dohliadanému subjektu uložené opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov:

zo strany dohliadaného subjektu zabezpečiť preškolenie zamestnanca, ktorý realizoval operačný zákrok u dieťaťa. Preškolenie realizovať na akreditovanom pracovisku v problematike „Manažment pacientov s hypertrofiou tonzíl a použitie elektrokauteera pri operáciách“.

Dohliadaný subjekt preukázateľne doložil úradu v stanovenej lehote splnenie opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov.

Komplikácia ezofagoskopie a následky nesprávne vyplnenej žiadanky na RTG vyšetrenie

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení, vrátane epikritického zhrnutia

54-ročná pacientka odoslaná zmluvnou všeobecnou lekárkou na odborné vyšetrenia pre ťažkosti s prehltnutím, pocit cudzieho telesa pri prehltnutí a regurgitáciu obsahu žalúdka. Absolvovala gastroenterologické, ORL, RTG vyšetrenie. Diagnostikovaný Zenkerov faryngoezophageálny divertikul – rozmer 65 x 40 x 32 mm.

(Zenkerov divertikul vzniká v mieste oslabenia zadnej steny prechodu medzi hypofaryngom a pažerákom, kde medzi svalovými vláknami idúcimi v troch smeroch je "locus minoris resistentiae".)

Na ORL oddelení regionálneho zdravotníckeho zariadenia jej odporučili operačné riešenie. Následne pacientka prijatá na plánovaný operačný výkon - resekciu Zenkerovho divertikula v celkovej anestézii. Po predoperačnej príprave zahájená prípravná fáza chirurgickej liečby - endoskopické nasondovanie Zenkerovho divertikula. Rigidným tubusom endoskopu o priemere 8 mm operatér prenikol v pravom hruškovitom zálive do slepo sa končiaceho otvoru. Premeraním odsávačom i palpáciou na krku pacientky nahmataný koniec tubusu 3-4 cm pod úrovňou horného okraja kľúčnej kosti vpravo. Vzhľadom na lokalizáciu a rozsah divertikula zasahujúceho až do horného mediastína bol výkon ukončený s cieľom odoslať pacientku na pracovisko hrudnej chirurgie.

V operačnom protokole je uvedený opis ezofagoskopie aj vyšetrenia divertikula, avšak **bez zmienky o prípadnej komplikácii pri výkone** (podozrenie na perforáciu steny divertikula nebolo operatérom v dokumentácii zaznamenané).

Po prebudení sa z celkovej anestézie pacientka udávala bolesť v krku a chrbte. Aplikované bolo analgetikum – Veral inj. i. m. Pre pretrvávajúcu bolesť hrudníka a chrbta bezodkladne ordinovaná RTG pasáž pažerákom, RTG pľúc, EKG a RTG C - Th chrbtice. Odporúčené ďalej nepodávať nič per os, ordinované infúzne roztoky (fyziologický roztok a 5% glukóza). RTG pasáž pažeráka vykonaná na RTG oddelení toho istého zdravotníckeho zariadenia. Ako **kontrastná látka použitá báryová kaša.**

Podľa stanoviska dohliadaného subjektu stav pacientky telefonicky konzultovaný medzi primármi ORL a Rádiodiagnostického odd. Rádiodiagnostické odd. malo byť údajne operatérom telefonicky upozornené na možnú prítomnosť perforácie pažeráka.

Pri preverovaní správnosti postupu zo strany **lekára, ktorý indikoval kontrastné RTG** vyšetrenie pažeráka, bolo dohľadom zistené pochybenie v tom, že na žiadanke o vyšetrenie, indikujúci lekár písomne nezaznamenal údaj o podozrení na perforáciu divertikula. Na žiadanke o uvedené vyšetrenie je len zaznamenané zasahovanie divertikula do mediastína a upustenia operatéra od plánovanej exstirpácie divertikula. Telefonické upozornenie röntgenológa operatérom na možnú perforáciu pažeráka nebolo v zdravotnej dokumentácii zaznamenané.

Pri preverovaní správnosti postupu zo strany **rádiológov** bolo dohľadom zistené, že došlo k pochybeniu pri hodnotení nálezov RTG pasáže pažerákom ako aj RTG snímky hrudníka. Evidentný únik kontrastu mimo lúmen pažeráka cez perforovaný divertikel s vytváraním nepravidelnej a narastajúcej kolekcie kontrastu mimo pažerák (periezofageálne pod divertiklom) popísaný nebol.

V ten istý deň pacientke vykonané CT vyšetrenie mediastína. Pri vyšetrení zistená nepravidelná vzduchová náplň v strednom a zadnom mediastíne a v celom rozsahu mediastína popísaná rozliata denzná báryová kontrastná látka. Opísané boli aj ložiskové

infiltrácie pľúc v dorzobazálnych partiách. Dohľadom pri preverovaní správnosti postupu zo strany rádiológa zistené, že nález na CT vyšetrení hodnotený správne.

Vo večerných hodinách vykonané chirurgické konzílium, konštatovaná perforácia Zenkerovho divertikula s akútnou mediastinitídou, odporučená dvojkombinácia antibiotík a zaistený urgentný preklad na oddelenie hrudníkovej chirurgie.

Pacientka hospitalizovaná na Klinike ORL a ChHaK, kde jej bol defekt ezofagu rekonštruovaný a Zenkerov divertikul resekován in toto.

Následne pacientka dlhodobo sledovaná pre CT verifikovaný nález zbytkov báryovej hmoty v pľúcach a medzihrudí. V klinickom obraze pretrvávala dušnosť, bolesti na hrudníku, sťažené prehltnutie stravy. **Zo strany Sociálnej poisťovne jej bola priznaná invalidita.**

Zhrnutie úradu:

1. Pri ezofagoskopickom vyšetrení došlo u pacientky k iatrogénnej perforácii steny Zenkerovho divertikula;
2. Predoperačné endoskopické vyšetrenie pažeráka je štandardný výkon v úvode pred resekciou Zenkerovho divertikula - slúži na identifikáciu vaku, jeho prípadné označenie a ľahšiu verifikáciu pri resekcii. Endoskopia bola v posudzovanom prípade indikovaná správne;
3. Použitie rigidného endoskopu štandardné a správne;
4. Endoskopický výkon nebol realizovaný technicky správne, keďže operatér pri vyšetrení spôsobil iatrogénnu perforáciu steny divertikula a perforácia nebola lekárom rozpoznaná.
5. Poznámka: *Iatrogénna perforácia ezofagu je možná komplikácia rigidnej ezofagoskopie. Výskyt podľa literárnych údajov je 1-1,7 na 1000 rigidných ezofagoskopií. Aj keď sa jedná o zriedkavú komplikáciu, je veľmi závažná a môže ohroziť život pacienta. Mortalita je 0,5-3 na 10 000 prípadov;*
6. Pri následnom zhoršení stavu pacientky operatér žiadal vykonať kontrastné vyšetrenie pažeráka. Na žiadanke o uvedené vyšetrenie však nebol lekárom zaznamenaný údaj o podozrení na perforáciu divertikula. V stanovisku dohliadaného subjektu je uvedený len údaj o ústnom upozornení na perforáciu pažeráka, čo však nebolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii;
7. Kontrastné vyšetrenie pažeráka bolo bez predchádzajúceho preukázateľného upozornenia na možnú perforáciu realizované pomocou nevstrebateľnej báryovej kaše, čo viedlo k rozvoju život ohrozujúceho stavu - mediastinitídy;
8. Rádiológmi dohliadaného subjektu bol nesprávne vyhodnotený nález na RTG pasáži pažerákom a tiež nález na RTG snímke hrudníka;

Záver

Výkonom dohľadu na mieste zistené, že **zdravotná starostlivosť** pacientke zo strany dohliadaného subjektu **nebola poskytnutá v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.** nakoľko neboli správne vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.

Opatrenia

Úradom bolo dohliadanému subjektu uložené opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov:

- a) zorganizovať odborný seminár pre lekárov ORL a rádiodiagnostického oddelenia v súvislosti s endoskopickým vyšetrením pažeráka a realizáciou kontrastného vyšetrenia pažeráka
- b) zo strany lekárov ORL oddelenia a rádiodiagnostického oddelenia vypracovať manažment pacientov, u ktorých je realizované a následne hodnotené kontrastné vyšetrenie pažeráka

Dohliadaný subjekt preukázateľne doložil úradu v stanovenej lehote splnenie opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov.

Nesprávny postup pri diferenciálnej diagnostike akútneho koronárneho syndrómu

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

34-ročný pacient 5.1.2010 o 8,53 hod. navštívil ambulanciu všeobecnej lekárky pre dospelých (ďalej AVLD) dohliadaného subjektu. Anamnesticky zistené náhle vzniknuté pichavé bolesti na vnútornej strane oboch rúk vzniknuté pred hodinou, šíriace sa na prekordium s pomalým ústupom v čase vyšetrenia, pacient sa potil, dýchalo sa mu dobre.

Brat pacienta umrel vo veku 32 rokov na akútny infarkt myokardu pred necelým mesiacom. Objektívne bol TK 110/90 mmHg, pulzová frekvencia 72/min., ozvy bez šelestov, akcia srdca pravidelná. Klinický stav hodnotený ako R07.4, čo je bližšie neurčená bolesť v hrudníku a pacientovi bolo vzhľadom na anamnézu prekordióvej bolesti odporúčané EKG a interné vyšetrenie.

Vyšetrenie v **internej ambulancii** vykonané o **9,18 hod.** Anamnesticky zistené, že: „...aktuálne už problémy nemá, pozitívna anamnéza vertebrogénna... Má pocit, akoby si natiahol sval...“ Objektívne pacient eupnoický, kardiopulmonálne kompenzovaný, brucho bez patologického nálezu, dolné končatiny bez edémov, TK 120/70 mmHg. Vykonané EKG vyšetrenie, ktorým bolo zistené: „neg. T III, ST bpn., bez ektopie, q I, II, V4-6, vyššie hrotnaté T V1-3, bipolárne +- T aVF.“ Klinický stav hodnotený ako R07.4. Bližšie neurčená bolesť v hrudníku. Vzhľadom na rodinnú anamnézu u pacienta odporúčané vyšetrenie kardiošpecifických enzýmov a kontrola v internej ambulancii s výsledkami, podľa výsledkov eventuálne hospitalizácia. O **9,45 hod.** sa pacient vrátil na **AVLD**, kde bol vykonaný odber krvi. Pacient udával, že sa cíti dobre, objektívne kardiálne kompenzovaný, srdcová frekvencia 72/min., ozvy ohraničené, TK 110/90 mmHg. V závere písomného nálezu z vyšetrenia uvedené: „vykonané vyšetrenie kardiošpecifických enzýmov, pacient čaká na výsledky v ambulancii.“

Podľa písomného vyjadrenia poskytovateľa cca o **11,45 hod.** zistené výsledky vykonaného laboratórneho vyšetrenia krvi, zistené patologické hodnoty **troponínu-I** 0,226 ng/ml (norma 0–0,032); **CK** 6,25 ukat/l (norma 0,02–2,85) – bez zvýšenia CK – MB; **gamma – GMT** 2,36 ukat/l (norma 0,13–1,02); **ALT** 1,15 ukat/l (norma 0,01 – 0,68), **TG** 3,21 mmol/l (norma 0-2); **cholesterol** 8,68 mmol/l (norma 4,00-5,00); **VLDL** 1,46 mmol/l (norma 0,86–0,95); **CRP** 8,4 mg/l (norma 0–5,0); ostatné vyšetované parametre (chloridy, natrium, kálium, urea, kreatinín, glukóza, prokalcitonín, bielkoviny, AST, bilirubín, ALP) v norme. Vzhľadom na eleváciu troponínu-I pacient odoslaný v sprievode zdravotnej sestry na internú ambulanciu. V čase príchodu do čakárne lekár internej ambulancie nebol z dôvodu obedňajšej prestávky prítomný, pacient zdravotnou sestrou ponechaný v čakárni pred internou ambulanciou, aby počkal na lekára.

Podľa písomného vyjadrenia poskytovateľa pri príchode lekára internej ambulancie o **12,01 hod.** pacient nájdený „bez známok života, v zakliesnenej polohe, pravá ruka medzi sedadlom a operadlom, s rotáciou doprava. Bola začatá kardiopulmonálna resuscitácia a o **12,02 hod.** privolaná posádka Rýchlej lekárskej pomoci poskytovateľa, ktorá na miesto prišla o **12,04 hod.** Napriek realizovaným resuscitačným postupom sa vitálne funkcie pacienta nepodarilo obnoviť a o **12,32 hod.** bol konštatovaný **exitus letalis.**

Podľa **pitevného nálezu** bolo bezprostrednou príčinou úmrtia zlyhanie srdcovej činnosti pri akútnom infarkte myokardu. Prítomné čerstvé ischemické zmeny v dolnej tretine zadnej steny ľavej komory srdca na ploche cca 4x6 cm.

Zistené nedostatky:

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

1. Pri realizácii diferenciálnej diagnostiky akútnych nešpecifikovaných bolestí na hrudníku u rizikového pacienta, **pred vylúčením možnej akútnej koronárnej príhody pacientovi umožnený voľný pohyb v areáli aj mimo areál**

zdravotníckeho zariadenia, odoslaný neštandardným spôsobom z internej ambulancie naspäť do ambulancie všeobecnej lekárskej pre dospelých.

2. Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne, chýbali údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, zistené chybné a nepravdivé údaje. Zdravotná dokumentácia neobsahovala písomný záznam o priebehu **resuscitácie pacienta lekárom internej ambulancie a záverečné klinické zhodnotenie klinického nálezu**, obsahovala chybné a nepravdivé časové údaje a údaje týkajúce sa poskytnutej resuscitačnej zdravotnej starostlivosti posádkou RLP.

Záver:

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na mieste a prešetrovaním zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi **zistila 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 poskytovateľ povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne.

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu aj **iný nedostatok** ako nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorý spočíval v tom, že zdravotná dokumentácia neobsahovala údaj o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a obsahovala chybné a nepravdivé údaje, čo bolo v rozpore s **§ 21 ods. 1 písm. d) a ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z.**, čím dohliadaný subjekt **porušil § 79 ods. 1 písm. l) zák. 578/2004 Z. z.** o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve.

Sankcie:

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

Poučenie:

Podľa doterajších skúseností podopretých viacerými literárnymi zdrojmi je potrebné v manažmente pacientov s podozrením na život ohrozujúce ochorenie vykonávať diagnostické postupy za nepretržitého dohľadu zdravotníckeho personálu s možnosťou kontinuálneho monitorovania vitálnych funkcií, fatálnej poruchy rytmu s možnosťou resuscitácie. Negatívne kardiošpecifické markery myokardiálnej nekrózy vo včasnom štádiu od prvých klinických príznakov v časovom intervale do prvých 12 hodín nie sú spoľahlivým nástrojom na vylúčenie akútnej koronárnej príhody. Nie je štandardné, pacienta **s podozrením** na koronárnu príhodu, po odbere krvi na laboratórne parametre ponechať voľne sa pohybovať po poliklinike resp. ho odoslať k VLD. Najčastejšou fatálnou komplikáciou vo včasnom štádiu akútnej koronárnej príhody je komorová fibrilácia. Pre potenciálne riziko fatálnej poruchy rytmu je vhodné, aby sa v čase dif. diagnostiky pacient voľne bez dohľadu zdravotného personálu nepohyboval. Pacient má byť umiestnený na vhodnom lôžku na internej ambulancii s možnosťou monitorovania a resuscitácie.

Užívanie kardiostimulátora – dôvod na ohlasovaciu povinnosť lekára

Z podnetu vyplýva: pacient dňa 16.12.2009 hospitalizovaný na chirurgickom odd. z dôvodu operačného zákroku žľníka. Operačný zákrok odložený pre sínusovú bradykardiu. Následne mu bol zavedený kardiostimulátor. Pri prepustení z hospitalizácie pacient upovedomil lekára o svojom povolání – vodič medzinárodnej kamiónovej dopravy a pýtal sa, či môže aj naďalej vykonávať svoje povolanie. Lekár mu povedal a aj zaznamenal do lekárskej správy, že svoje doterajšie zamestnanie môže kľudne vykonávať. Dňa 4.2.2010 absolvoval kontrolné vyšetrenie a sťažoval sa na nevoľnosť pri používaní vysielacky v aute. Lekár mu zamietol podozrenie vplyvu vysielacky na kardiostimulátor. Absolvoval EKG vyšetrenie bez príznakov infarktu srdcového svalu. Podľa názoru pisateľky podnetu došlo k nesprávne poskytovaniu zdravotnej starostlivosti s následkom úmrtia jej manžela na základe nesvedomitého konania ošetrojúceho lekára s nesprávnym posúdením jeho pracovnej schopnosti, kde na základe pôsobenia vonkajších rizikových faktorov došlo k zlyhaniu kardiostimulátora.

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Zo zdravotnej dokumentácie a stanoviska poskytovateľov zistené nasledujúce skutočnosti:

Pacient 16.12.2009 prijatý na chirurgickú kliniku s diagnózou cholecystitída a stav po ERCP pre mechanický ikterus na operačný výkon - cholecystektómia laparoskopickou technikou. Pri ambulantnom predoperačnom vyšetrení zistený sklon k bradykardii.

Dňa 17.12.2009 pripravovaný na laparoskopickú cholecystektómiu. Po premedikácii sa zistila bradykardia s frekvenciou 36/min. Pacientovi opakovane podaný atropín i.v. v celkovej dávke 1,5 mg. Frekvencia srdca sa zvýšila iba na 50/min, preto bol operačný výkon odložený. Konzultovaný kardiológ, ktorý stav zhodnotil ako sínusová bradykardia a bola indikovaná trvalá kardiostimulácia.

Dňa 18.12.2009 pacientovi implantovaný kardiostimulátor typu AAIR. Výkon prebehol bez komplikácií, pacient ponechaný na chirurgickej klinike.

Dňa 21.12.2009 vykonaná v celkovej anestézii laparoskopická cholecystektómia bez komplikácií. Pred operáciou aj po nej vykonaná kontrola a nastavenie kardiostimulátora. Podľa Ekg dokumentácie bola kardiostimulácia účinná.

Dňa 4.2.2010 pacient absolvoval ambulantnú kontrolu kardiostimulátora, na EKG rytmus kardiostimulátora bez spontánnej predsieňovej aktivity. Bola vykonaná impulzoskopická kontrola. Z rizikových faktorov koronárnej choroby mal pacient dokumentované fajčenie 30 cigariet denne. Dňa 23.2.2010 pacient náhle zomrel. Podľa pitevnej správy je ako príčina smrti uvedené srdcové zlyhanie v dôsledku chronickej ischémie myokardu a hypertrofiie ľavej komory.

Zistené skutočnosti pri dohľade:

Pacient prijatý na chirurgickú kliniku na plánovanú laparoskopickú cholecystektómiu. Po zistení bradykardie s frekvenciou 36/min. bol operačný výkon odložený. Dňa 18.12.2009 pacientovi implantovaný kardiostimulátor. Dňa 4.2.2010 pacient absolvoval ambulantnú kontrolu kardiostimulátora. Dňa 23.2.2010 pacient náhle zomrel na srdcové zlyhanie v dôsledku chronickej ischémie myokardu.

Dňa 23.2.2010 o 16,13 hod. prebrala posádka poskytovateľa ZZS Hlohovec výzvu od Krajského operačného strediska ZZS SR v Trnave, že v Leopoldove vodič nákladného auta vrazil do stĺpa, asi má infarkt, laici v spolupráci s operátorom KOS resuscitujú. Podľa záznamu RLP začiatok výjazdu o 16,14 hod., príchod na miesto zásahu o 16,17 hod. Prvotné vyšetrenie postihnutého poukazovalo na neprítomnosť životných funkcií, zastavenie obehu a vymiznutie reflexov. Posádka prebrala od prítomných laikov základné informácie (pacient

skolaboval v nákladnom aute, modrý v tvári, nereagoval) a pokračovala v kardiopulmonálnej resuscitácii (KPCR) s použitím prístrojov pre umelú pľúcnu ventiláciu (UPV) a intravenózne farmakologickej podpory (adrenalín, noradrenalín, atropín). Počas ďalšieho vyšetrenia lekárom zistená správna činnosť kardiostimulátora s fr. 70/min., avšak bez odpovede srdcového svalu. Po 30 minútach KPCR resuscitácia ukončená z dôvodu neobnovenia spontánnej ani stimulovanej srdcovej činnosti a o 16,50 hod. konštatovaný exitus letalis.

Prehliadajúci lekár rozhodol o pitve. Pitva stanovila za bezprostrednú príčinu smrti zlyhanie srdca pri skôrnatení tepien srdca, drobnoložiskovom zväzivovaní srdcového svalu a chorobe vysokého krvného tlaku. Jednalo sa o úmrtie z chorobných príčin.

Náhle zlyhanie srdca, potvrdené pitvou nemožno dávať do súvislosti s poruchou funkcie kardiostimulátora.

- Vysielačka ani navigačný systém neovplyvňujú funkciu kardiostimulátora. Preto tieto prístroje nemohli vyvolať poruchu funkcie kardiostimulátora s následkom smrti.
- Pred implantáciou kardiostimulátora pacient nemal žiadne klinické príznaky zo sínusovej bradykardie. Jeho spontánny sínusový rytmus mal frekvenciu asi 40/min. Je nepravdepodobné, že by akákoľvek technická chyba kardiostimulátora viedla k poruche vedomia.
- Vo Vyhláške č. 9/2009 Z. z., ktorou sa vykonáva zákon č. 8/2009 Z. z. o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v prílohe č. 5 sa uvádzajú požiadavky na úroveň telesnej schopnosti a duševnej schopnosti na vedenie motorových vozidiel a spôsob ich posudzovania, ods. 4 choroby, chyby alebo stavy kardiovaskulárneho systému. Do tejto skupiny patria aj nositelia kardiostimulátorov.

V zmysle § 90 vyššie uvedeného zákona ods. 3 mal odborný lekár oznámiť túto skutočnosť orgánu Policajného zboru príslušnému podľa miesta pobytu posudzovanej osoby.

Odborný lekár nepostupoval správne v tom, že nesplnil zákonom stanovenú povinnosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti u nositeľa kardiostimulátora pri podmienenom výkone práce vodiča z povolania.

Postup lekára však nemá žiadnu príčinnú súvislosť k úmrtiu pacienta. Akútne zlyhanie srdca s nálezom zisteným pri pitve nesúvisí so skutočnosťou, či bol postihnutý pacient nositeľom kardiostimulátora.

Úrad výkonom dohľadu konštatoval, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi nedošlo k pochybeniu, nebola zanedbaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poskytnutá správne, primerane a v súlade s platnými právnymi predpismi. Diferenciálna diagnostika a postup zdravotnej starostlivosti bol adekvátny, neboli zistené nesprávne diagnostické a terapeutické postupy. Zdravotná starostlivosť zodpovedala stavu pacienta a bola poskytnutá lege artis v súlade s poznatkami súčasnej vedy.

Nedošlo k porušeniu § 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.

Pochybenie v diagnostike karcinómu žalúdka s oneskorením liečby

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Ťažkosti 58-ročnej pacientky začali oveľa skôr, ako v sledovanom období vymedzenom dohľadom ÚDZS (2005–2007). Už pred rokom 2003, kedy začalo sledovanie jej zdravotného stavu a liečba v privátnej gastroenterologickej ambulancii mávala pacientka pobolievanie v epigastriu, pocit dyskomfortu po najedení – až nauzeu, občas zvracanie, niekedy bolesti v strednom epigastriu po jedle.

Na prvom gastroenterologickom vyšetrení **4.9.2003** bola pacientka aj gastroskopovaná pre pobolievanie v epigastriu. Pri gastroskopii zistená ľahká antrumgastritída, vyšetrenie vykonané bez biopsie. Pacientka mala pri ňom odporúčanú kombináciu liekov Venter, Ganaton. Gastroenterologická kontrola **22.9.2003** konštatuje zlepšenie subjektívnych ťažkostí. Opakované gastroskopické vyšetrenie **14.10.2003** preukázalo zhojenie tejto gastritídy.

Ďalšie gastroenterologické vyšetrenie pre opakujúce sa problémy so žalúdkom, pobolievaním a pocitom ťažoby, aj s teplotou a zvracaním – po ktorom sa pacientke uľavilo, vykonané **23.5.2006**, aj s gastrofibroskopiou „na prešetrenie pre epigastralgiu” - s nálezom antrumgastritídy ľahkého stupňa. Ďalšie vyšetrenie **4.7.2006**, kedy sa už pacientka po liečbe cítila lepšie. Medzitým **30.6.2006** mala uskutočnené USG brucha s negatívnym nálezom na pečeni, žlčníku, pankrease a obličkách. Dňa **18.9.2006** gastroskopicky zistená antrumgastritída v remisii. Odporučená diéta, antacidá q.s., KO p.p.

S novými ťažkosťami v zmysle bolesti žalúdka pacientka vyšetrená ešte aj **26.4.2007** a znovu **10.5.2007**, gastroskopické vyšetrenie s nálezom mediogastrického vredu žalúdka, ktorý bol bioptovaný. Z predloženej dokumentácie nevyplýval počet odobraných vzoriek. Histopatológ vo svojom náleze však hodnotí iba jednu drobnú vzorku, ako drobnú čiastku žalúdočnej sliznice s pomerne výraznou zmiešanou nešpecifickou zápalovou celulizáciou. Pri kontrole dňa **21.5.2007** pacientka udávala, že sa má po liečbe lepšie. Dňa **18.6.2007** robená kontrolná gastroskopia s nálezom reepitelizovanej spodiny vredu „v neúplnej remisii“, rebiopsia však nebola urobená.

S opakovaným pobolievaním žalúdka po strese pacientka prišla na gastroenterologické vyšetrenie **9.7.2007**, kedy jej bola predpísaná liečba: Helicid, Venter. Dňa **24.7.2007** urobená gastroskopia s nálezom zhojeného vredu žalúdka, bez biopsie, pokračovanie v liečbe: Helicid, Venter. Pri gastroenterologickom vyšetrení **13.12.2007**, odporúčanom pri hematologickom vyšetrení pre anemizáciu pacientka udáva, že mala prísť na kontrolné GFS vyšetrenie už v lete, ale nemala čas. V tomto čase už bolo v klinickom obraze vyznačené chudnutie 6 kg a slabosť s bolesťami v ľavom hypochondriu, ako ich zachytila vo svojej správe internistka. Pri vyšetrení **13.12.2007** gastroskopicky zistený akútny ulkus žalúdka o rozmeroch 15 x 15 mm, bez vykonania biopsie. Posledná gastroenterologická kontrola **20.12.2007**, kedy pacientka udávala ústup bolesti a boli jej znova predpísané Helicid a Venter.

Pre nespokojnosť s liečbou **17.1.2008** pacientku gastroskopicky vyšetрил v inom okrese iný gastroenterológ, ktorý konštatoval podozrenie na karcinóm žalúdka a odporučil vykonať USG vyšetrenie žalúdka, ktoré potvrdilo jeho nález pri GFS vyšetrení. Táto diagnóza - adenokarcinóm žalúdka bola potvrdená aj histologickým vyšetrením vzorky zo žalúdka, odobratej pri GFS 17.1.2008. Počas následnej hospitalizácie **28.1.2008** vykonané aj CT vyšetrenie, na základe ktorého bolo zistené pokročilé štádium zhubného ochorenia žalúdka s následnou paliatívnou chirurgickou a onkologickou liečbou, neskôr s vynútenými ďalšími chirurgickými a gynekologickými operáciami pre postupne vzniknuté ďalšie metastázy. Pacientka zomrela v roku 2009.

Záver a zdôvodnenie:

V podanie je cielejšie najmä na to, že gastroenterológ neindikoval pri vyšetrení pacientky USG prípadne CT žalúdka, ktoré by pomohlo diagnostikovať karcinóm žalúdka ešte vo včasnom štádiu. K tejto časti treba jednoznačne povedať, že obe metódy sa nepoužívajú pri prvom vyšetrení v diagnostike včasného karcinómu žalúdka. Môžu preukázať chorobný nález v stene žalúdka (CT aj v jeho okolí), avšak až v pokročilom štádiu tohto ochorenia. Tieto vyšetrenia slúžia chirurgom pred plánovaným operačným zákrokom alebo onkológom pri plánovaní chemo - alebo rádioterapie. Rovnakú úlohu v tejto časti diagnostického procesu zohráva aj endoskopická ultrasonografia žalúdka, ktorá podrobne odliší postihnutie jednotlivých vrstiev steny žalúdka a presnejšie ako USG alebo CT dokáže určiť stupeň invázie karcinómu. Táto časť sťažnosti bola preto nepodstatná.

Prvotná diagnostika karcinómu žalúdka, ktorý pri endoskopickom vyšetrení môže až v polovici prípadov makroskopicky vyzerať ako benígny vred, sa totiž opiera o jeho biopsiu s dostatočným počtom odobraných vzoriek a rebiopsiu pri kontrolnom gastroscopickom vyšetrení. Za dostatočný počet odobraných biopsických vzoriek sa pritom považuje 6-7 vzoriek. Kontrolné biopsie sa musia vykonávať opakovane pri každej gastroscopii až do úplného vyhojenia vredu žalúdka. Ďalej platí zásada, že žalúdočný vred, ktorý sa do 6-8 týždňov nevyhojí, má byť liečený chirurgicky, pretože môže ísť o karcinóm.

Gastroenerológ vo svojom stanovisku uviedol, že v decembri 2007 vznikla recidíva vredu z mája toho istého roku. Z jeho strany šlo v tomto smere o omyl – je totiž vysoko pravdepodobné, že už v máji 2007 bol prítomný zvrhodatený karcinóm žalúdka. Je dokonca tiež možné, že toto ochorenie vzniklo už r. 2003 a klinicky sa manifestovalo bolesťami žalúdka s nálezom antrumgastritídy. Dohliadaný gastroenterológ gastroscopicky sledoval hojenie žalúdočného vredu počas 10 týždňov, počas ktorých nedošlo k úplnému vyhojeniu sliznice ad integrum. Toto predĺžené obdobie sledovania možno z hľadiska uvažovania o ďalšej diagnostike (CT, endosonografia žalúdka) a o chirurgickej liečbe považovať za hraničné. Za nedostatok možno považovať aj absenciu vyšetrenia na prítomnosť infekcie H. pylori počas viacročného sledovania pacientky. O tomto mikróbovi sa vie, že má vzťah k chronickej gastritíde a je karcinogénom I. rádu pokiaľ ide o vznik karcinómu žalúdka.

Vzhľadom na tieto skutočnosti možno záverom konštatovať, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne najmä v tom, že v diagnostickom procese nebol vykonaný dostatočný počet biopsií pri prvom zistení vredu žalúdka počas endoskopického vyšetrenia (10.5.2007) a pri opakovanom gastroscopickom vyšetrení (ani 18.6.2007, ani 24.7.2007) nebola vykonaná rebiopsia hojaceho sa vredu resp. patologicky zmenenej sliznice po zhojenom vrede.

Nemožno však s istotou predpokladať, že aj pri splnení týchto základných požiadaviek endoskopicko-histologickej diagnostiky vredu žalúdka by bol karcinóm žalúdka zachytený vo vymedzenom sledovanom období ešte vo včasnom, operabilnom štádiu, keďže opakované ťažkosti pacientky sa datujú už od roku 2003. Dohliadaný subjekt však nezaistil biopsické vyšetrenie a neindikoval konzultáciu s chirurgom ani po opakovanom zistení ulkusu a celkovom výraznom zhoršení zdravotného stavu pacientky pri vyšetreniach v decembri 2007.

Záver:

Skupina vykonávajúca dohľad zistila, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nebohej pacientke došlo zo strany dohliadaného subjektu k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že nebola urobená včasná diagnostika malignómu (zhubného nádoru) žalúdka, najmä tým, že:

1. v diagnostickom procese nebol vykonaný dostatočný počet biopsií pri prvom zistení vredu žalúdka počas endoskopického vyšetrenia (10.5.2007).
2. pri opakovanom gastroscopickom vyšetrení (ani 18.6.2007, ani 24.7.2007) nebola vykonaná rebiopsia (opakované histologické vyšetrenie viacerých vzoriek tkaniva) hojaceho

sa vredu, resp. patologickej zmenenej sliznice po zhojenom vrede. Rovnako nebola vykonaná biopsia ani pri ďalších vyšetreniach v decembri 2007.

3. dohliadaný subjekt neurobil vyšetrenie na prítomnosť infekcie *Helicobacter pylori* počas viacročného sledovania pacientky.

4. pri proťahovanom priebehu ochorenia s recidivovaním vredu nebola indikovaná konzultácia na chirurgickú liečbu.

Sankcie: Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti nápravné opatrenie.

Nesprávna diagnostika lekárskou službou prvej pomoci

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

48-ročný pacient **6.12.2009 o 12,15 hod.** vyšetrený v rámci lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých pre bolesti v podrebrí trvajúce od predchádzajúceho dňa, pričom nevylúčil, že urobil diétnu chybu. Objektívne afebrilný, brucho palpačne výrazne bolestivé v pravom podrebrí. Klinický stav hodnotený ako **colica biliaris** a **hydrops cholecystae acuta** (číslo R10, K80), pacientovi ordinovaný Buscopan 1 amp i.m. a bol poučený, že v prípade pretrvávania ťažkostí bude potrebná hospitalizácia na chirurgickom oddelení.

Pre pretrvávajúce ťažkosti v ten istý deň o **16,00 hod.** realizovaný výjazd lekára LSPP k pacientovi na miesto bydliska. Podľa písomného záznamu v ambulancijnej knihe jeho zdravotný stav hodnotený ako K80 (bez udania diagnózy slovom), bol mu podaný Torecan 1 amp i.m. a pacient odoslaný na chirurgické oddelenie do spádovej nemocnice. Iné údaje o realizovanom lekárskom vyšetrení pacienta v zdravotnej dokumentácii nie sú. Pacient lekárom LSPP odoslaný do vyššieho nemocničného zariadenia prostredníctvom **dopravnej zdravotnej služby** (ďalej DZS) v sprievode syna a šoféra. Podľa písomného vyjadrenia lekára LSPP bol pacient pred prevozom "...pri vedomí, udával bolesti chrbta a brucha, pre ktoré už deň predtým bral lieky od bolesti. Do sanitky šiel po vlastných nohách v sprievode syna, nakoľko manželka nebola prítomná. Presun do sanitky na nosidlách alebo sedačke odmietol. Pri vyšetrení na chirurgickej ambulancii vyššieho nemocničného zariadenia pacient udával: „Po diétnej chybe od piatku 4.12.2009 sa nemá dobre, má bolesti v nadbrušku, v pravom podrebrí, mal nauzeu, nezvracal, stolicu mal dnes ráno 2x, má aj silné bolesti na hrudníku s vyžarovaním do chrbta, ťažko sa mu dýcha... t.č. bolesti neudáva.“ Objektívne brucho ťažko priehmatné, palpačne nebolestivé, bez patologickej rezistencie a peritoneálneho dráždenia, auskultačne bola peristaltika v norme, dýchanie vezikulárne, akcia srdca zrýchlená, TK 160/110 mmHg a pulzová frekvencia 116–120/min. Klinický stav hodnotený ako abdominálna kolika, stav po biliárnej kolike, t.č. bez príznakov NPB a artérová hypertenzia s tachykardiou. Pre podozrenia na akútne infarkt myokardu odoslaný na vyšetrenie do internej ambulancie, kde vzhľadom na širší tieň aorty zistený pri RTG vyšetrení hrudníka bolo pre vylúčenie suspektnej disekcie aorty ordinované CT vyšetrenie hrudníka, ktorým bola potvrdená **disekujúca aneurizma hrudnej aj brušnej aorty** od oblasti descendentnej aorty a intramurálny hematóm v oblasti descendentnej aorty. Vzhľadom na CT nález pacient akútne preložený na špecializované pracovisko, kde počas realizácie CT aortografie došlo k náhlej poruche vedomia a zástave obehu. Okamžite realizovaná kardiopulmonálna resuscitácia, ktorou sa však nepodarilo obnoviť vitálne funkcie pacienta a dňa **7.12.2009 o 1,40 hod.** konštatované jeho **úmrtie**.

Podľa **pitevného nálezu** bezprostrednou príčinou úmrtia bolo zakrvácanie do hrudníkovej dutiny pri ruptúre disekujúcej aneurizmy v oblasti hrudníkovej aorty.

Zistené nedostatky pri výkone dohľadu:

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

- 1. Klinické vyšetrenie pacienta v rámci LSPP dňa 6.12.2009 o 12,15 hod. nebolo vykonané štandardným spôsobom a správne.** Nebola vyšetrená frekvencia a typ pulzu, hodnota krvného tlaku, nebolo objektívne vyšetrené dýchanie ani akcia srdca, a napriek anamnestickému údaju o bolestiach v epigastriu nebolo vykonané EKG vyšetrenie.
- 2. V rámci LSPP nebola vykonaná diferenciálna diagnostika možných príčin pacientom udávaných ťažkostí.**
- 3. Bol stanovený jednoznačný diagnostický záver biliárnej koliky a akútneho hydropsu žlčníka, bez prítomnosti relevantných anamnestických a klinických údajov.** Chýbal údaj o zvracaní, o dyspepsii, o poruche črevnej pasáže. Akútne hydrops žlčníka predstavuje navyše komplikáciu, ktorá je indikáciou na hospitalizáciu.

4. **Transport pacienta do nemocničného zariadenia nebol realizovaný správne.** Ak pre zhoršovanie zdravotného stavu lekár rozhodol o nutnosti ošetrovania v nemocničnom zariadení, mal pacienta pri prevoze sprevádzať, resp. zabezpečiť prítomnosť zdravotníckeho pracovníka.
5. **Zdravotná dokumentácia pacienta nebola vedená správne.** Chýba v nej údaj o poučení pacienta a jeho podpísaný informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, chýba písomný nález lekárskeho vyšetrenia s údajmi o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo dňa 6.12.2009 o 16,00 hod.

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

Skupina vykonávajúca dohľad **zistila** u dohliadaného subjektu aj **iný nedostatok:** zdravotná dokumentácia neobsahovala údaje o poučení pacienta a podpísaný informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti a neobsahovala údaje o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, t.j. chýbal písomný nález vyšetrenia, čo je v rozpore s ustanovením **§ 21 ods. 1 písm. b) a d) zákona č. 576/2007 Z. z.,** čím dohliadaný subjekt **porušil § 79 ods. 1 písm. l) zák. 578/2004 Z. z.** o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Úrad v návrhu na uloženie sankcie pre poskytovateľa postupoval v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. a vnútorných predpisov úradu.

Nesprávny (neprehľadný) manažment všeobecným lekárom

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

81-ročný pacient umiestnený v Domove dôchodcov bol evidovaný v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (ďalej AVLD) dohliadaného subjektu s diagnózami: ischemická choroba srdca funkčnej skupiny NYHA III-IV s recidívami dekompenzácie, stav po implantácii kardiostimulátora pre A-V blok III. st., arteriálna hypertenzia 2 st. EHS-ECS s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom, diabetes mellitus 2. typ na perorálnych antidiabetikách v štádiu chronických komplikácií, chronická renálna insuficiencia, chronická vénová choroba dolných končatín CEAP C6, posttromboflebitický sy vpravo, Parkinsonova choroba, erysipel, onychomykóza a epidermofýcia oboch nôh, chronická erytematosquamózna dermatepidermatitída oboch predkolení, suspektný karcinóm prostaty s inkontinenciou moču II. st., atď.

Vzhľadom na uvedené pacient sledovaný viacerými špecialistami a opakovane hospitalizovaný na rôznych oddeleniach, o čom sú v zdravotnej dokumentácii písomné záznamy z realizovaných odborných vyšetrení a absolvovaných hospitalizácií.

V zdravotnej dokumentácii z AVLD bolo v dohliadanom období, t.j. od **4.12.2005** spolu 100 zápisov, z ktorých je v 78 len zoznam diagnóz a predpis liekov, bez záznamu o subjektívnych ťažkostiach pacienta a bez záznamu o vykonaní objektívneho vyšetrenia. 19 x sú v zápise uvedené subjektívne ťažkosti alebo objektívny nález, resp. konštatovanie, že pacient bol prepustený z nemocnice. V troch prípadoch je záznam o vypísaní „Výmenného listu-poukazu“. V ošetrovateľskej dokumentácii sú v denných dekurzoch zaznamenané písomné záznamy rôznych vyšetrení od rôznych zdravotníckych pracovníkov, vrátane záznamov dohliadaného subjektu, ktoré obsahujú aj subjektívne ťažkosti a je popísaný aj objektívny nález, predpis liekov a pomôcok pri inkontinencii. Avšak vzhľadom na absenciu identifikačných údajov pri ich zázname (pečiatka, podpis), nie je možné verifikovať, ktoré z dokumentovaných vyšetrení boli ktorým ošetrovateľom zdravotníckym pracovníkom realizované. Prítomné sú aj záznamy o odoslaní pacienta na hospitalizáciu pre konkrétne ťažkosti do konkrétnych nemocníc, ale chýba spätná väzba z hospitalizácií pacienta. Nie sú zaznamenané závery z prepúšťacích správ z jednotlivých hospitalizácií, ani obdobia, kedy a kde bol pacient hospitalizovaný.

Od októbra 2009 pacient opakovane vyšetrovaný pre dekubity na päťach a v sakrálnej oblasti všeobecným lekárom, ktorý len konštatoval dané ochorenie. Pri jednom vyšetrení ležiaceho pacienta na izbe je písomný údaj, že pre nedostatok svetla pacienta a jeho lokálny nález vyšetrí až nasledujúci deň. U pacienta sa postupne vyvíjala hlboká nekróza na pravej päte a v krížovej oblasti, pre ktoré bol následne hospitalizovaný na chirurgickej klinike, tam realizovaná amputácia femuru vpravo podľa Kallandera. Po ambulantnom preväze operačnej rany po ukončení hospitalizácie pacient v čakárni náhle exitoval. Príčinou úmrtia podľa pitevnej správy bolo zlyhanie chorobne poškodeného srdca, zistená aj obojstranná hnisaná bronchopneumónia.

Skupina vykonávajúca dohľad **zistila** u dohliadaného subjektu nasledujúce nedostatky:

1. **Vzhľadom na pacientom udávané subjektívne ťažkosti, opakovane nebolo fyzikálne objektívne vyšetrenie realizované v dostatočnom rozsahu a správne.** Pri trofických zmenách a vzniku dekubitov dolných končatín neboli ani raz vyšetrené periférne pulzácie. Pri respiračných ťažkostiach nebol adekvátne vyšetrený kardiorespiračný systém. Pri dokumentovanej artériovej hypertenzii neboli pri vyšetreniach v AVLD takmer vôbec monitorované hodnoty krvného tlaku.
2. **U pacienta opakovane stanovená nová diagnóza s následnou zmenou ordinovanej liečby bez uvedenia relevantných anamnestických údajov a údajov objektívneho vyšetrenia,** ktoré by daný postup vysvetľovali.

3. **Pri ordinácii liečby neboli opakovane rešpektované odporúčania z odborných vyšetrení, resp. hospitalizácií v nemocničnom zariadení.** Dávkovanie liekov všeobecným lekárom menené bez udania dôvodu.
4. Podľa písomných údajov **odborné vyšetrenia neboli poskytovateľom odporúčané v dostatočnom rozsahu.** Napriek objektívnemu nálezom na dolných končatinách, anamnéze artériovej hypertenzie a prítomnosti chronických komplikácií diabetes mellitus nebolo pacientovi odporúčané angiologické vyšetrenie.
5. **Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne.** V písomných záznamoch chýba záznam o poučení pacienta a ním podpísaný informovaný súhlas s liečbou, záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a identifikácia poskytovateľa. Navyše sú v zdravotnej dokumentácii AVL D písomné záznamy o zhodnotení zdravotného stavu osoby a záznamy o ordinovaní liečby z obdobia, kedy bol pacient preukázateľne hospitalizovaný v nemocničnom zariadení.

Záver:

Skupina vykonávajúca dohľad na mieste a prešetrením zdravotnej dokumentácie **zistila** u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti **porušenie §4 ods. 3 zákona č.576/2004 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti.

Skupina vykonávajúca dohľad **zistila** u dohliadaného subjektu aj iný nedostatok: zdravotná dokumentácia neobsahovala údaj o poučení pacienta a ním podpísaný informovaný súhlas, resp. nesúhlas s poskytnutím navrhovanej zdravotnej starostlivosti, neobsahovala písomné záznamy o výsledkoch iných vyšetrení a identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, čím dohliadaný subjekt porušil **§ 19 ods. 2 písm. b) c) i) a § 21 ods. 1 písm. b) e) f) zákona č. 576/2007 Z. z.** o zdravotnej starostlivosti.

Sankcie:

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

Nesprávny manažment pacienta s podozrením na ochorenie chrípkou (H1N1)

Z podnetu vyplýva: Pacientka 25.11.2009 vyšetrená v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých s kašľom a bolesťami v hrdle, boli jej predpísané lieky Fromilid Uno a Paralen. Pre zhoršenie zdravotného stavu bola 29.11.2009 na pohotovosti o 10,45 hod. RTG hrudníka vykonané o 11,08 hod. - počínajúca BPN l. dx. Doporučené laboratórne výsledky u svojho OL. Pacientka odoslaná do domácej liečby, aby dobrala ATB. Na druhý deň 30.11.2009 manžel priviezol pacientku na ošetrovanie a službukonajúci lekár ju po vyšetrení ihneď odoslal na JIS. V ten deň okolo 13,30 hod. bolo manželovi oznámené, že pacientka sa nachádza v kritickom stave. Pivolaní lekári vykonali resuscitáciu. Po resuscitácii v kóme prevezená na ARO. Až tam jej zaviedli prístroje, ktoré jej pomáhali dýchať. Smrť nastala o 21,15 hod. Pitvou bol ako príčina smrti uvedený obojstranný zápal dolných dýchacích ciest. Rodine bolo oznámené, že sa jednalo o zlatého stafylokoka a pravdepodobne sa jednalo aj o vírus chrípky H1N1.

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Zo zdravotnej dokumentácie a stanoviska poskytovateľa boli zistené nasledujúce skutočnosti - Nález z 29.11.2009 Subj: 4-tý deň berie Fromilid UNO, necíti sa lepšie, trvá kašeľ, produktívny, TT do 40 °C, bolesti hlavy. Objektívny nález: dýchanie vezik, l.dx. bazálne oslabené s chropkami. Záver: Počínajúca BPN l.dx.

Záznam s dátumom 30.10.2009 (v dátume je omyl, mal byť 30.11.2009) 9,30 hod. s pečiatkou Interná ambulancia: pacientku prijať na JIS int. odd. (septický šok s multiorgánovým zlyhaním), doplniť ABR, oxygenoterapia, konzultovať lekára OAIM.

Prijímacia správa, Interné oddelenie JIS, dátum prijmu 30.11.2009 11,30 hod.: Prijatá o 10,00 hod, TK 85/nemerateľný, TT 37,4 °C, P 110/min pacientka orientovaná, schvátená, spotené chladné akrá, cyanóza pier, dýchanie: vpravo ojedinele krepitus. Diagnostický záver pri prijatí: R 50.9 Febrilný stav v diff. dg. s multiorgánovým zlyháváním, R10 Bolesti pravého hypochondria v diff. Dg., E78 Dyslipidémia, I10 Esenciálna (primárna) hypertenzia, WHO II v liečbe.

Priebežná správa z hospitalizácie na int. odd.: Vykonané vyšetrenia: urea 8,4..11,1..11,6, kreatinín 410,0..457,8..433,7, pO₂ 5,63..4,67, sat. O₂ 72,3..45,8, CRP 480,04, WBC 7,5..2,3. Dňa 30.11.2009 RTG hrudník+brúcho natívne. Pľúca: Zatiernenie bazálne vpravo, zle dif. bránica - pneumónia?, pleuropneumónia?. V časti posledná liečba: Claforan 1 gr. podaný o 14,00 hod., Abaktal 2 x 400 mg podaný o 14,00 hod. Z epikrízy: cca o 15,35 stav zhoršený, bradykardia, apnoe, zahájená okamžitá KPCR, v spolupráci s lekárom OAIM zaintubovaná, návrat srdcovej akcie so sínusovou tachykardiou. Pacientka preložená na OAIM. Diagnostický záver: Septický šok s multiorgánovým zlyháváním, pleuropneumónia l. dx. Z konziliárnych vyšetrení: Anestéziologické vyšetrenie 30.11.2010 o 13,00 hod. Auskultačne prítomné vlhké fenomény v celom rozsahu, tachykardia, fr 150/min., koža chladná, periférne subcyanotická. Klinické a laboratórne známky multiorgánovej dysfunkcie, Protrahovaný infekt DC, t.č. nie je indikovaná umelá pľúcna ventilácia. V náleze nie je popísaná dychová frekvencia, nie sú konštatované hodnoty ABR.

Z doložených laboratórnych výsledkov - Materiál: pitva, výter Real time PCR: chrípka A pozitívne, chrípka A H1N1 pozitívny nález.

Z dokumentácie na OAIM: v liečbe Claforan 2 x 1 g, Abaktal 2 x 200 mg.

Hospitalizácia pacientky bola veľmi krátka vzhľadom na jej veľmi vážny zdravotný stav s rýchlym priebehom a rozvojom pridružených komplikácií. Podľa výsledkov laboratórnych vyšetrení sa u pacientky jednalo o chrípku typu A H1N1 komplikovanú bakteriálnym zápalom pľúc s rozvojom septického šoku s multiorgánovým zlyhaním.

Výsledok real time PCR však bol známy až ex post, t.j. po úmrtí pacientky.

Zhodnotenie a záver:

Už pri vyšetrení 29.11.2009 bolo zrejmé, že po štvordňovej ambulantnej perorálnej antibiotickej liečbe sa klinický stav nezlepšuje. Bolo potrebné pacientku hospitalizovať, uskutočniť príslušné statimové odbery a zahájiť intenzívnu atb. a podpornú liečbu. Vzhľadom na trvanie klinických príznakov nasadenie Tamiflu do liečby v tomto čase bolo len na zväžení ordinujúceho lekára (táto liečba má však význam predovšetkým v prvých 48 hodinách od začiatku ochorenia). Na druhý deň 30.11.2009 pri vyšetrení o 9,30 hod. s odporúčaním umiestnenia na JIS so záverom septický šok s multiorgánovým zlyhaním mala byť (*nie až o 11,30 hod.*) na JIS prijatá okamžite s bezodkladnou aplikáciou empirickej atb terapie (*tá však podaná až o 14,00 hod.*). Kombinačná atb liečba Claforan a Abaktal bola zvolená správne. Anestéziologické vyšetrenie dňa 30.11.2009 o 13,00 hod. konštatovalo **nesprávne**, že pacientka **nevyžaduje ventiláciu** (*viď PO₂ 5,63..4,67, sat. O₂ 72,3..45,8*), v náleze chýba dychová frekvencia. Nie je však možné jednoznačne potvrdiť, že napojenie pacientky na UPV už o 13,00 hod. by zvrátilo priebeh zdravotného stavu a jeho smerovanie. Počas hospitalizácie na OAIM napriek snahe zdravotného personálu sa už nedalo exitu zabrániť.

Na základe rozboru prípadu je nutné konštatovať, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke došlo k pochybeniu. Postup zdravotnej starostlivosti a terapeutické postupy neboli správne. Pacientka bola síce pravidelne sledovaná, ale jej stav nebol pri zhoršení okamžite riešený lege artis. Pacientka už dňa 29.11.2009 po vyšetrení **mala byť hospitalizovaná** a mala byť **bezodkladne nasadená parenterálna atb a ostatná komplexná liečba**. Dňa 30.11.2009 mala byť **bezodkladne prijatá na JIS**, kde mala byť bezodkladne aplikovaná parenterálna atb terapia. **Umelá pľúcna ventilácia mala byť zahájená skôr** a nie až po resuscitácii.

Záver:

Výkonom dohľadu úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne. Zo strany dohliadaného subjektu došlo k porušeniu § 4 ods. 3. zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Zároveň úrad konštatoval porušenie § 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v tom, že zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s § 19 a § 21 zákona č. 576/2004 Z. z.

Poskytovateľ iniciatívne prijal opatrenia, ktorých vykonanie zaslal písomne listom .

Nedostatočný postup všeobecného lekára pri zápale pľúc s následkom úmrtia

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

Pacient (37-ročný) v priebehu dvoch rokov opakovane hospitalizovaný na internom, doliečovacom a psychiatrickom oddelení pre závislosť na alkohole, dyspepsiu, hepatopatiu, chronickú bronchitídu, polyneuropatiu etyl. genézy, poruchy psychiky a správania zapríčinené nadužívaním alkoholu (psychotické poruchy, abstinenčný syndróm s delíriom, syndróm závislosti).

V r.2009 pacient v ambulancii všeobecného lekára vyšetrený 14 krát pre slabosť, nechutenstvo a problémy s chôdzou v súvislosti s alkoholizmom. Pacientovi sledovaný krvný tlak (nižšie až normálne hodnoty). Odosielaný na biochemické vyšetrenia krvi, čo však pacient ignoroval, takže výsledky z laboratória všeobecnému lekárovi neboli doručené. Podobne nebolo zo strany pacienta zrealizované ani interné vyšetrenie, všeobecným lekárom odporučené v máji 2009 pre bolesti dolných končatín. Od septembra 2009 pre zhoršenie stavu, slabosť, dehydratáciu, intenzívne užívanie alkoholu a opakované kolapsy pacient všeobecným lekárom trikrát odoslaný na hospitalizáciu. V septembri 2009 hospitalizácia na internom oddelení, november-december 2009 hospitalizácia na chirurgickom oddelení pre akútnu pankreatitídu, december 2009 hospitalizácia na psychiatrickom oddelení. Dňa 8.2.2010 prišla za všeobecným lekárom na ambulanciu PLPD pacientova matka. Udávala, že pacient má opuchnuté nohy, nevládze chodiť, 3 dni nič nejedol, kašle, teplotu nemá. V zdravotnej dokumentácii je uvedená diagnóza „F 10, J 40“ (Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu a Bronchitída neurčená ako akútna alebo chronická – podľa MKCH-10) a predpis liekov - antibiotiká a bronchodilatans. Dňa 9.2.2010 ráno príbuznými privolaná RZP, pretože pacient nejavil známky života. Prehliadajúcim lekárom konštatované úmrtie o 8.22 hod. – príčina smrti: Náhle úmrtie.

Dňa 10.2.2010 vykonaná súdno-lekárska pitva so záverom – príčina smrti: Zlyhanie srdcovocievnej a dýchacej činnosti pri obojstrannom zápale pľúc. Základné choroby: Obojstranný lalôčkový zápal pľúc, Chronický akútne vzplanutý zápal priedušiek. Zistená kardiomyopathia – zhrubnutie svaloviny ľavej komory srdca stred. st.

Záver a odborné zdôvodnenie:

Vzhľadom na dlhodobu nepriaznivý zdravotný aj psychický stav pacienta, v súvislosti s chronickým etylizmom, podvýživou, hepatopatiou a chronickou bronchitídou, mal všeobecný lekár dňa 8.2.2010, po získaných informáciách o aktuálnom zdravotnom stave pacienta od jeho matky, vykonať návštevu pacienta doma, na objektívne vyšetrenie s následným stanovením diagnostických a terapeutických postupov, eventuálne odoslania pacienta na hospitalizáciu. **Všeobecný lekár predpísal antibiotiká a bronchodilatans bez objektívneho vyšetrenia pacienta.**

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

Sankcie:

Úrad uložil poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti povinnosť prijať nápravné opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin.

Nediagnostikovaný infarkt myokardu lekárkou RLP

Anamnéza, objektívne vyšetrenie a epikritické zhrnutie:

46-ročný pacient, strednej výšky, primeranej výživy, hypertonik, pred 10 rokmi prekonal akútny infarkt myokardu, odvtedy bol v sledovaní kardiológa, t. č. práceneschopný pre vertebrogénne ťažkosti. V domácom prostredí začal pociťovať bolesti medzi lopatkami, mal tlak na hrudi a ťažkosti pri dýchaní.

Manželka volala na tiesňovú linku KOS 28.5.2010 o 2,13 hod. a žiadala o neodkladnú pomoc pre manžela, kvôli bolesti medzi lopatkami, tlakom na hrudi a ťažkostiam pri dýchaní. Operátorka KOS po vyhodnotení udávaných ťažkostí rozhodla o vyslaní posádky RLP. Pokyn na zásah vydaný o 2,20 hod, výjazd uskutočnený o 2,21 hod. (v limite) a dojazd na udanú adresu v čase 02,37 (vzdialenosť asi 10 km, jazda 16 minút).

Pri prvotnom vyšetrení boli v popredí klinického stavu najmä intenzívnejšie bolesti chrbtice. *Pre vertebrogénne ťažkosti sa liečil ambulantne už asi 3 mesiace, mal ordinovanú aj infúziu ambulantnú liečbu (analgetiká a spazmolytiká) u svojho všeobecného lekára pre dospelých. Podobné ťažkosti mal aj 5.5.2010, kedy bol prevezený posádkou RZP na CPO a vyšetrený internistom so záverom: „Nekardiálna bolesť na hrudníku, vertebrogénna, blok Th chrbtice.“ Bola podaná infúzna liečba 5%G + Ketonal + Guajacuran a odporúčané pokračovať v liečbe Diclofenac + Mydocalm v tabletách. Anamnesticky zistené aj užívanie Tramal gtts. + Diclofenac p. o., avšak bez účinku.*

V čase zásahu RLP požadoval od lekárky RLP podanie Tramal inj. Vitálne funkcie zisťované počas prvotného vyšetrenia nevykazovali odchýlky od normy. Vzhľadom aj na to, že pacient absolvoval záťažové testy (EKG, ECHO, ergometria) pred týždňom s negatívnym výsledkom, bol aj podľa kardiológa pôvod bolesti nekardiogénny. Akútny stav po prvotnom vyšetrení zhodnotený lekárkou RLP ako M54, bolesť chrbtice, dorzalgia. Podaná infúzna liečba fyziologickým roztokom 100 ml+Guajacuran 1 amp. i. v., Tramal 50 mg i. m. Po avizovanom zlepšení zdravotného stavu pacient ponechaný v domácom ošetrovaní s tým, že ráno má ďalšiu liečbu u svojho všeobecného lekára pre dospelých.

Lekárka RLP neurobila u pacienta EKG vyšetrenie! Posádka RLP nahlasuje ukončenie poskytovania neodkladnej starostlivosti o 2,55 hod, zásah ukončený o 3,09 hod.

Asi po 15 minútach (o 3,12) po odjazde zásahovej skupiny RLP sa stav pacienta náhle komplikuje zlyhaním cirkulácie, stratou vedomia a následným zastavením krvného obehu. Volajúca manželka pacienta je operátorkou KOS inštruovaná o poskytnutí pomoci, a až do prjazdu zásahovej skupiny RLP bola vykonávaná telefonicky asistovaná neodkladná resuscitácia (štandardný postup operátora KOS) až do prevzatia tejto činnosti zásahovou skupinou RLP o 3,25.

Lekárka RLP pri vyšetrení pacienta nezisťuje akciu srdca, reflexy zreníc neprítomné a bez odkladu pokračuje v rozšírenej (farmakologickej a kyslíkovej liečbe) neodkladnej resuscitácii na mieste, počas prevozu, aj pri odovzdaní v nemocnici o 4,19 hod. Pretože nebolo možné určiť jednoznačnú príčinu zlyhania obehu a srdcovej činnosti, neodkladná pomoc sa rozšírila o trombolytickú liečbu (suponovaná embolizácia pľúcnej tepny). Neodkladná resuscitácia bola neúspešná, na EKG záznamoch (o 3,43) je zaznamenaná hrubovlnná fibrilácia srdcových komôr (QRS nediferencovateľné), ktorá prechádza do agonálnych sťahov komôr srdca, bez pulzovej aktivity. Spontánnu aktivitu srdca sa nepodarilo obnoviť. Na ďalších EKG záznamoch je izoelektrická čiara, preto resuscitačné úsilie ukončené, o 4,40 hod. konštatovaný exitus letalis.

Pitvou určená príčina smrti – čerstvý infarkt srdcového svalu (uzáver pravej vencovitej tepny srdca trombom)

Diferenciálna diagnostika bolesti na hrudníku je jednou zo základných diferenciálne diagnostických úvah, s ktorými sa lekár v prednemocničnej praxi stretáva. Asi 30% všetkých výjazdov záchranej zdravotnej služby sú kvôli „bolesti na hrudníku“.

Vertebrogénny algický syndróm nebýva sprevádzaný potením, nauzeou, nereaguje na nitráty, EKG býva v norme, tlak na sternum u ležiaceho na chrbte zvyčajne bolesť zvýrazní. Ak si nie sme istí, že bolesť je nekardiálna, pacienta manažujeme tak, ako by bola kardiogénna.

Akútne formy ICHS mávajú bolesti lokalizované za sternom, s propagáciou do brucha, chrbta, sánky, najčastejšie do ľavej hornej končatiny, býva nauzea, potenie. Pri poruche systolickej funkcie ľavej komory býva aj dýchavica.

Literatúra:

Pokorný J. : Lékařská první pomoc, Galen, 2005

Záver:

Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, nakoľko lekárka RLP nevykonala na mieste EKG vyšetrenie, ktoré by mohlo vylúčiť, alebo potvrdiť kardiogénny pôvod bolesti.

Zdravotná dokumentácia je nekompletná, chýba informovaný súhlas pacienta v Zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby.

Zhodnotenie úradu:

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

Zároveň bolo zistené, že **zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s § 21 zákona č. 576/2004 Z. z.**

Sankcie:

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

Úrad uložil dohliadanému subjektu povinnosť prijať nápravné opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin.

Zistené nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie boli odstúpené Úradu samosprávneho kraja na ďalšie konanie.

Nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť lekárom RLP

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia:

U 49-ročnej pacientky, medikamentózne liečenej pre vysoký TK, došlo dohliadaného dňa k náhlemu zhoršeniu zdravotného stavu, preto jej syn volal na tiesňovú linku 155 a žiadal o výjazd posádky ZZS ku pacientke z dôvodu problémov s dýchaním, bolestí na hrudníku a v ramene, krátkodobej straty vedomia. Následne operátor ZZS vydal pokyn príslušnej osádke RLP na výjazd z dôvodu kolapsového stavu pacientky a bližšie neurčených bolestí na hrudníku.

Zásahová skupina dosiahla miesto zásahu v primeranom čase, službukonajúci lekár pacientku auskultačne vyšetřil, odmeral TK, P, stav hodnotil ako kompenzovaný, stabilizovaný, ťažkosti pripisoval algickému vertebrogénnemu syndrómu. Pacientke muskulárne podal analgetickú liečbu a ponechal ju v domácom prostredí.

Ten istý deň o 6 hodín neskôr operátor KOS prijal hovor, v ktorom volajúci udával, že dotyčná pacientka asi zomrela. Operátor vyslal na adresu posádku ZZS, až do príchodu pomoci telefonicky poskytoval riadenú podporu životných funkcií. Posádka RLP po príchode pokračovala v resuscitácii, vitálne funkcie sa však nepodarilo obnoviť a po 30 minútach resuscitácie konštatovaný exitus letalis. Prehliadajúci lekár nariadil vykonať pitvu.

Príčinou smrti akútneho transmuralného infarktu myokardu v oblasti spodnej steny.

Záver:

Prešetrením sme zistili, že službukonajúci lekár RLP bol v dobe prvého výjazdu k pacientke informovaný o skutočnosti, že pacientka omdlela, dôvodom výjazdu bol jej kolapsový stav. Diagnóze synkopy nevenoval dostatočnú pozornosť, nenatočil EKG záznam na vyhodnotenie nožnej príčiny kolapsu, hoci takúto možnosť mal.

Zhrnutie úradu:

Výkonom dohľadu sme zistili, že službukonajúci lekár RLP pri vyšetrení pacientky v dobe prvého výjazdu nepostupoval správne, pretože nevykonával všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby.

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

Sankcie:

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

Metodologická chyba v riadení CT vyšetrenia rádiológom

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

57-ročný pacient vyhľadal v máji 2009 svojho praktického lekára pre bolesti v L/S úseku chrbtice bez radikulopatie, ktoré sa objavili po dvíhaní ťažkého bremena. Po štandardnej liečbe sa zdravotný stav prechodne zlepšil. Pre zvýraznenie bolesti chrbtice pacient odoslaný na neurologické vyšetrenie.

Dňa 15.6.2009 vyhľadal pacient *svojho známeho lekára*, ktorého požiadal o odoslanie na RTG vyšetrenie lumbálnej chrbtice a na neurologické vyšetrenie. RTG snímka vydaná pacientovi bez vyhodnotenia. V ten istý deň pacient absolvoval neurologické vyšetrenie, stav diagnosticky hodnotený ako lumbalgia vertebrogenes bez radikulárnej lézie. Na kontrolné neurologické vyšetrenie sa už pacient nedostavil, ale cez *známeho lekára* si vybavil prijatie na neurologickej klinike, kde pri prijatí 2.7.2009 udával mesiac trvajúce bolesti v lumbálnej oblasti bez iradiácie do končatín, ktoré sa nezlepšili ani po infúznej a rehabilitačnej liečbe. Pacient mal realizované CT vyšetrenie L/S chrbtice s nálezom voľného miechového kanála. Podľa popisu rádiológa telá stavcov a oblúkov LS chrbtice bez patologických zmien.

Neurochirurg pri konziliárnom vyšetrení operačnú intervenciu neindikoval. Pri nasadenej analgetickej a myorelaxačnej liečbe sa stav čiastočne upravil a pacient bol na vlastnú žiadosť 9.7.2009 prepustený do ambulantnej liečby s odporúčením pokračovať v liečbe a kontrole v spádovej neurologickej ambulancii do 14 dní.

Pacient ale kontrolné vyšetrenie neabsolvoval, pretože si vybavil hospitalizáciu na oddelení FBLR od 3.8.2009 do 12.8.2009. Počas tejto hospitalizácie udával bolesti chrbta v lumbálnej oblasti vpravo bez radikulárneho syndrómu a bez senzitívneho a motorického deficitu a tiež bolesti ľavého pleca.

Dňa 27.8.2009 absolvoval vyšetrenie ambulantným ortopédom, ktorý hodnotil RTG snímku z 15.6.2009 ako asymetrické zníženie tela stavca Th 10 vľavo o 1/4 výšky v bočnej projekcii, stavce prekryté pľúcami, susp. preliačenie hornej krycej platničky stavca Th 10. Ortopéd stav hodnotil ako stav po patologickej fraktúre Th 10, susp. osteoporózu a pacienta odoslal na odborné vyšetrenia.

Pri MR vyšetrení 2.9.2009 konštatovaná prítomnosť patologickej fraktúry Th 9 typu MTS bez zjavnej kompresie miechy. Po prehodnotení nálezov na indikačnom seminári neurochirurgickej kliniky FNŠP indikovaná dekompresia z laminektómie Th 9 s biotizáciou procesu a následne zadná transpedikulárna fixácia Th 8–10. V rámci predoperačných vyšetrení pacient odoslaný na CT vyšetrenie pľúc s nálezom Tu masy v hile pľúc vpravo až v mediastíne. Výsledok histológie z bronchiálnej kefy svedčil pre nemalobunkový karcinóm, cytologický obraz svedčil pre adenokarcinóm. Ďalšie ložisko popísané v hornom laloku pľúc vpravo, osteolytické MTS v skelete, expanzia v nadobličke vľavo. Na MR Th a L/S úseku popísaný nález patologickej fraktúra tela stavca Th 9 so zúžením miechového kanála a postihnutie stavcov Th 2, L2, L3 L4.

Zhodnotenie a záver:

Popis snímky L/S chrbtice z 15.6.2009 sa v zdravotnej dokumentácii nachádza až 27.8.2009 v náleze z ortopedického vyšetrenia. Podľa zápisu v ambulantnej knihe CPPO FNŠP z 15.6.2009 bola RTG snímka vydaná pacientovi. Nikde nie je záznam, či táto snímka bola vyhodnotená alebo popisovaná. Na snímkach L/S chrbtice z 3.7.2009 v AP projekcii vidno na okraji RTG filmu zachytený zrútený stavec Th 9 o cca 2/3 svojej výšky. Na bočnej snímke tento stavec nie je zachytený (ide o snímku L/S chrbtice, zachytenie Th 9 je na takejto snímke iba náhodné). Dňa 6.7.2009 absolvoval pacient CT vyšetrenie L/S chrbtice. Na predozadnom a laterolaterálnom toposkene je zobrazená chrbtica hore od úrovne dolných 2/3 tela stavca Th 8 a dole končí v úrovni stredu os sakrum. Telo stavca Th 9 sa zobrazuje na oboch toposkenoch **jednoznačne** ako zrútené, redukcia jeho výšky je o cca 2/3, o niečo výraznejšie

na ľavej strane, kde v AP projekcii vidno totálny defekt (deštrukciu) ľavého pediklu Th 9 (tzv. jednooký stavec). Iróniou je však to, že zhotovené boli CT rezy iba od úrovne dolnej časti tela L 3 po hornú časť S 1, teda dolné 3 disky s príľahlým skeletom. Zrejme neurologická klinika žiadala od rádiológa vyšetrenie dolných 3 lumbálnych diskov. Chybou však jednoznačne je, že rádiológ, si mal všimnúť zrútenie stavca Th 9 a okrem požadovaných 3 diskov mal pri tomto vyšetrení zobrazíť CT skenmi aj zrútený stavec Th 9! Ďalšou iróniou je, že v dolných 2 diskoch L/S úseku boli nájdené a popísané nálezy protrúzie platničiek, čo naďalej „úspešne“ odvieďlo pozornosť od patologickej fraktúry Th 9 pri metastáze do stavca. Je tu teda metodologická chyba v riadení CT vyšetrenia lekárom–rádiológom, ktorý má hneď preštudovať natívne snímky (t.j. toposken), ktorý vždy pri CT vyšetrení predchádza zhotoveniu CT rezov a podľa toho riadiť ďalšie CT vyšetrenie, čo sa v tomto prípade zrejme nestalo.

Pri ortopedickom vyšetrení 27.8.2009 bola RTG snímka Th a L/S chrbtice hodnotená ako zníženie tela stavca vľavo o ¼ výšky v bočnej projekcii čiastočne prekryté pľúcami a susp. preliačenie hornej krycej platničky stavca Th 10. Ortopéd teda správne určil zrútenie dolného hrudného stavca už na RTG snímkach z 15.6.2009, pomýlil sa o jeden stavec, čo však nie je podstatné. Podľa dostupnej dokumentácie bola táto snímka objednaná lekárom CPPO, ale nie je známe, kto tieto snímky videl, kto ich hodnotil a najmä ako ich hodnotil.

Pri vyšetrení pacienta v ortopedickej ambulancii 27.8.2009 boli správne vyhodnotené 10 týždňov staré RTG snímky. Od zhotovenia týchto snímok 15.6.2009 pacient absolvoval ešte hospitalizáciu na neurologickej klinike a oddelení FBLR FNŠP. Počas týchto hospitalizácií sa neobjavil v diferenciálnej diagnóze základný problém, **zrútenie stavca Th 9**. Pri CT vyšetrení išlo o nesprávne riadenie CT vyšetrenia rádiológom, nesprávne vyhodnotenie natívnych snímok. Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, aj keď z povahy ochorenia je zřejmé, že ani skoršie rozpoznanie podstaty ochorenia by nebolo prinieslo zásadnú zmenu v liečebnom postupe.

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

Sankcie:

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

Makroskopická hematória- varovný symptóm!

Z anamnézy a objektívnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia:

58-ročný pacient, od roku 2006 opakovane vyšetrený u neštátneho urológa pre časté nutkanie na močenie a nyktúriu 2-3 x za noc. Urológ vykonal potrebné vyšetrenia. Pri *USG UGT* neboli zistené žiadne patologické odchýlky, *uroflowe* preukázal výrazné predĺženie vyprázdňovania močového mechúra. Prostata ohraničená, bez ložiskových zmien, veľkosť zodpovedala hyperplázii.

Urológ nasadil medikamentóznú liečbu (*Tamsulosin*) a naplánoval kontrolné vyšetrenie. Po 9 mesiacoch liečby pri vyšetrení *uroflowe* zistené skrátenie času vyprázdnenia, pacient naďalej užíval medikamentóznú liečbu. Po dvoch rokoch medikamentózna liečba na základe uspokojivého ustáleného stavu ukončená. V nasledujúcom roku vykonaná preventívna urologická prehliadka (muž nad 50 rokov). Výsledky vyšetrení (*USG UGT, uroflowe, biochemické vyšetrenie*) svedčili pre kompenzovaný stav, bez zmien oproti predošlému vyšetreniu. Kontrolné urologické vyšetrenie plánované o 3 roky.

Po uplynutí piatich mesiacov pacient poukázaný na urologické vyšetrenie pre dysúriu a intermitentne krvavý moč. Vyšetrenie moču a sedimentu nepotvrdilo prítomnosť erytrocytov, pri kultivácii zostali pôdy sterilné. Pacient v dobe urologického vyšetrenia užíval Biseptol, ktorý ordinoval všeobecný lekár, v urologickej ambulancii mu po vyšetrení predpísali ešte jedno balenie Biseptolu. Podľa písomného stanoviska ambulantného urológa sa mal pacient dostaviť na kontrolné vyšetrenie po doužívaní liečby, v zdravotnej dokumentácii sa žiaden záznam o plánovanom kontrolnom vyšetrení nenachádzal.

Po trinástich dňoch pacient vyšetrený na urologickej klinike pre pretrvávajúce ťažkosti, na vyšetrenie prišiel sám, bez poukazu. Sťažoval sa na pálenie a rezanie pri močení, **krvavý moč**, bolesti v podbruší, ťažkosti trvali cca dva týždne. **USG vyšetrenie obličiek a močových ciest preukázalo objemnú expanziu v močovom mechúri, prítomná bola makroskopická hematória.** Pacient ihneď prijatý na hospitalizáciu a po nevyhnutnej príprave vykonaná transuretrálna resekcia nádoru močového mechúra.

Histologické vyšetrenie preukázalo nediferencovaný malobunkový karcinóm, infiltrujúci sliznicu a svalovinu, s ložiskami nekrózy a miestami aj kalcifikátmi. Výsledok MSCT dával možnosť ďalšej operačnej liečby, radikálnej cystoprostatektómie, ktorá bola vykonaná na urologickej klinike cca dva mesiace po prvej operácii.

Záver:

Úrad výkonom dohľadu zistil, že išlo o pacienta, dispenzarizovaného od roku 2006 v neštátnej urologickej ambulancii pre hyperpláziu prostaty s klinickým korelátom predĺženého vyprázdňovania močového mechúra. Pri poslednom vyšetrení v neštátnej urologickej ambulancii sa pacient sťažoval na **intermitentne krvavý moč**. Okrem vyšetrenia moču a sedimentu neboli vykonané žiadne iné vyšetrenia na objasnenie príčiny ťažkostí. *Nebolo vykonané USG vyšetrenie, ktoré je pri makroskopickej hematórii indikované, nebolo vykonané ani uretrocystoskopické vyšetrenie, ktoré bolo vzhľadom na anamnestické údaje rovnako indikované.*

Zhrnutie úradu:

Úrad dohľadom na mieste zistil porušenie ustanovenia § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Zdravotná starostlivosť nebola poskytovaná správne, neboli vykonané všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby.

Sankcie:

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

Zanedbanie ošetrovania devastačného poranenia nohy

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

58-ročný pacient, utrpel 3.4.2010 rozsiahle kontaminované devastačné poranenie pravého predkolenia s deficitom kožného krytu rotovátorom. Krajské operačné stredisko ZZS SR prijalo výzvu tiesňového volania o 15,50 hod., posádke RZP vydalo pokyn na zásah o 15,51 hod.

Posádka RZP dosiahla hlásenú adresu o 15,56 hod. - zhodnotila stav pacienta, vykonala základné ošetrovanie. Vzhľadom na charakter a typ poranenia adekvátne rozhodla previesť pacienta na centrálné prijímacie oddelenie ústavného zariadenia univerzitnej nemocnice (ústavné zariadenie č. 1), do najbližšie dosiahnuteľného zdravotníckeho zariadenia schopného mu poskytnúť adekvátnu zdravotnú starostlivosť.

O 16,20 hod. operátor tiesňovej linky informoval zdravotnú sestru CPO o smerovaní posádky s pacientom, ktorý má rozsiahle devastačné poranenie DK aj s pravdepodobnou nutnosťou ošetrovania plastickým chirurgom.

O 16,22 hod. tiesňová linka KOS ZZS SR kontaktovaná zdravotnou sestrou uvedeného ústavného zariadenia, ktorá operátora informovala, že „...plastici nerobia nohy, to robia chirurgovia...“ a napriek tomu, že uvedené ústavné zariadenie univerzitnej nemocnice disponuje aj chirurgickým pracoviskom, navrhla presmerovanie pacienta podľa bydliska do iného ústavného zariadenia tej istej univerzitnej nemocnice (ústavné zariadenie č. 2). Na základe uvedenej informácie operátorom kontaktovaná priamo klinika plastickej chirurgie, kde hovor prebrala zdravotná sestra kliniky a odporučila menovaného odovzdať na CPO podľa prvotného smerovania.

O 16,23 hod. operátor KOS ZZS kontaktovaný službukonajúcim plastickým chirurgom, ktorý bez vyšetrenia pacienta žiadal o jeho presmerovanie na chirurgickú ambulanciu ústavného zariadenia č. 2.

O 16,38 hod. službukonajúci lekár chirurgickej kliniky, po konzultácií s lekárom vykonávajúcim operačnú pohotovosť, pacienta bez vyšetrenia a ošetrovania odmietol prijať z dôvodu, že daná chirurgická klinika nevykonáva cievne operácie ani operácie zlomenín. O uvedených skutočnostiach nebol realizovaný žiaden záznam v zdravotnej dokumentácii. Operačnou pohotovosťou bolo rozhodnuté o prevoze pacienta na CPO ďalšieho ústavného zariadenia uvedenej univerzitnej nemocnice (ústavné zariadenie č.3).

O 16,51 hod. pacient privezený na CPO ústavného zariadenia č.3. Následne vyšetrený službukonajúcim úrazovým chirurgom a privolanou riaditeľskou príslužbou – primárom ortopedicko – traumatologickej kliniky, odoslaný na RTG vyšetrenie predkolenia. Zistený o.i. deficit kožného krytu, ktorý bol podľa vyjadrenia službukonajúceho úrazového chirurga dôvodom ďalšieho smerovania menovaného na kliniku plastickej chirurgie ústavného zariadenia č. 1, kam bol o 17,42 hod. pacient privezený a o 18,11 hod. odovzdaný na CPO.

O 18,51 hod. pacient po vyšetrení plastickým chirurgom na CPO, prijatý na chirurgickú kliniku ústavného zariadenia č. 1, s dg. devastačného poranenia pravého predkolenia, na operačnú revíziu.

O 20,00 hod. po predoperačnej príprave operovaný z vitálnej indikácie. Operačný výkon – revisio, toileta, sutura, drenáž, sádrová dlaha, realizovaný v spinálnej anestézii. Revíziou potvrdený nález rozsiahleho sečného, devastačného a sčasti aj stratového poranenia kože, fascie a svalstva pravého predkolenia. Dňa 19.4.2010 na 16. pooperačný deň preložený na kliniku popálenín a rekonštrukčnej chirurgie na ďalšie riešenie.

Záver:

Na základe dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácie bolo možné konštatovať, že pacientovi nebola v dohliadanom období poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť, v súlade s platnými právnymi predpismi a zdravotná dokumentácia nespĺňala zákonom stanovené požiadavky.

Pacient s devastačným, rozsiahlym, kontaminovaným poranením pravého predkolenia, s otvorenou fraktúrou fibuly, bol napriek prvotnému adekvátnemu nasmerovaniu posádky

RZP KOS ZZS SR, definitívne ošetrený až **cca 4 hodiny od príchodu záchranárov** na adresu, v dôsledku zbytočných prevozov z jedného pracoviska univerzitnej nemocnice na druhé **z dôvodu odmietnutia**. Oddialením ošetrenia poranenia došlo k ohrozeniu pacienta neodstránením kontaminovaných nečistôt s pomnožením baktérií, pacient bol operovaný z vitálnej indikácie.

Celý priebeh presunu pacienta s ťažkým kontaminovaným devastačným poranením pravého predkolenia medzi tromi nemocničnými zariadeniami (každé disponuje klinickým chirurgickým pracoviskom), ktoré sú súčasťou jednej univerzitnej nemocnice, poukazuje na **zlyhanie manažmentu koncového špičkového pracoviska**. Navyše ide o zlyhanie manažmentu pacienta na klinických pracoviskách – klinike plastickej chirurgie (telefonické odmietnutie pacienta bez adekvátneho vyšetrenia), chirurgickej klinike (odmietnutie pacienta bez adekvátneho vyšetrenia a ošetrenia z dôvodu, že nerobia cievnu a kostnú chirurgiu) a ortopedicko–traumatologickej klinike (ktorá sa pacienta nepodujala definitívne ošetriť vzhľadom na defekt kože....).

Nakoniec si zranenie pacienta vyžiadalo pomerne jednoduché ošetrenie na chirurgickom pracovisku – revíziu poranenia, dôkladnú toaletu a drenáž.

Pri rozsiahlom, kontaminovanom, devastačnom poranení končatiny, sa strata kože rieši až po primárnom ošetrení poranenia.

Zhrnutie úradu:

Postupom úradu podľa zákona č. 581/2004 Z.z. - vykonaním dohľadu na mieste, sa preukázalo, že **zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, nebola v súlade s ustanoveniami § 4 ods. 3, zákona č. 576/2004 Z.z. a zdravotná dokumentácia nebola vedená v súlade s ust. 19 ods. 2 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.**

Sankcie:

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

Kardiológ pri liečbe nepochybil

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení, epikritické zhrnutie

73 ročná pacientka dlhodobo dispenzarizovaná v kardiologickej ambulancii pre arteriálnu hypertenziu, ischemickú chorobu srdca, paroxyzmálnu fibriláciu predsiení bola náhle hospitalizovaná na internom oddelení.

Od roku 2008 pacientka na terapii: Lisinopril, Verogalid, Glyvenol, Cavinton. Zistená nekontrolovaná arteriálna hypertenzia a dysrhythmická forma ischemickej choroby srdca („ICHS“) - typ LOWN I. Vzhľadom na hyperkinetickú cirkuláciu (tachykardia, syst. hypertenzia, hyperexcitabilita myokardu) a lepšiu toleranciu liečby bola po vynechaní Lisinoprilu ordinovaná Tarka, ako fixná kombinácia ACEI a verapamil s bradykardickým efektom, plus pridaný Adexor na inhibíciu kardiálnej excitability. Pri kontrolnom vyšetrení (22.10.2008) stav pacientky podstatne zlepšený, došlo k úprave arteriálnej hypertenzie a k ústupu dysrhythmie. Kľudová ekg krivka, okrem sínusovej tachykardie (94/min.), nevykazovala žiadne patologické zmeny. Tento stav pretrvával až do vyšetrenia 17.9.2009.

Vtedy pacientka poukázaná obvodným lekárom pre pocit nepravidelnosti srdcovej akcie pri dobrej tolerancii liečby. Pri vyšetrení zistená fibrilačná supraventrikulárna tachydysrhythmia s frekvenciou komôr 138/min bez lézie v repolarizačnej fáze ekg krivky. K liečbe pridaný Rytmonorm v dávke 2 x 225 mg.

Pri kontrolnom vyšetrení 21.10.2009 perzistuje supraventrikulárna tachydysrhythmia s frekvenciou komôr 128/min. Liečba dobre tolerovaná, avšak neefektívna. Odporúčaná hospitalizácia na internom oddelení, ktorú pacientka odmietla. (Odmietnutie však poskytovateľ nezdokumentoval). V snahe znížiť frekvenciu srdcovej akcie sa poskytovateľ rozhodol ambulantne pridať do liečby betablokátor na spomalenie srdcovej frekvencie. Terapeutický efekt Bisoprololu v dávke 10 mg odskúšal najprv vo svojej ambulancii a cca po 30 min. urobil ekg záznam. Na kontrolnom ekg zázname pod vplyvom Bisoprololu došlo k želanému poklesu frekvencie komôr na 110/min. bez iných alarmových prejavov hroziacej bradykardickej poruchy rytmu a škodlivej liekovej interakcie. Pre pokračovanie liečby pacientky v ambulantnom režime sa poskytovateľ rozhodol po odskúšaní účinku a bezpečnosti Bisoprololu pre liečbu Rivocorom (bisoprolol) v dávke 5 mg denne.

Dňa **25.10.2009** o 17,43 hod. pacientka pre hemodynamicky závažnú bradykardiu prevezená RLP na interné oddelenie. V osobnej anamnéze prijímajúci lekár zaznamenal, že pacientka trpí na chronickú ICHS, artériovú hypertenziu a recidivujúcu atriálnu fibriláciu. Pre tachyfibriláciu k liečbe Rytmonorm a Tarka mala nasadený Rivocor 5 mg. Pacientka uviedla, že liečbu si nasadila 24.10.2009. Po nasadení liečby sa cítila dobre. Zdravotný stav sa jej zhoršil na druhý deň okolo obeda, kedy viackrát zvracala, ťažko sa jej dýchalo, hlava sa jej netočila, synkopu ani krátke bezvedomie sa nevykytlo.

V čase privezenia do nemocnice mala pacientka frekvenciu pulzu P: 27-32/min. Bradykardia sa upravila na P: 53/min. po podaní atropínu 1 mg. V klinickom obraze prítomné vegetatívne prejavy, bledosť potenie, hypotenzia TK: 80/40 mmHg. Sliznice vlhké, jugulárna náplň primeraná. Auskultačne na pľúcach chropky do úrovne uhla lopatky. Brucho bez hepato-splenomegálie, dolné končatiny bez opuchov, bez znakov flebotrombózy. Počas hospitalizácie pacientke do pravej komory zavedená stimulačná elektróda. Pretože dočasný stimulačný režim sa neuplatňoval, stimulačný režim zrušený (30.10.2009).

Po zvládnutí akútnej situácie sa hospitalizácia zamerala na zistenie embolického potenciálu fibrilácie predsiení. Urobilo sa (28.10.2009) transtorakálne a následne (29.10.2009) transezofageálne echokardiografické vyšetrenie, ktorým sa potvrdil trombus v ušku ľavej predsieni ako aj spontánny echoktrast v štruktúrach ľavého srdca. Vysoké riziko kardioembolizmu kontraindikovalo verziu predsieňovej fibrilácie na sínusový rytmus a volil sa alternatívny prístup v riešení pretrvávajúcej predsieňovej fibrilácie - udržiavania hospodárnej

frekvencie komôr. Do liečby sa nasadil Lokren v dávke 20 mg 2x1. Kardioembolický potenciál sa riešil v úvode podávaním Clexanu, neskôr sa pacientka nastavovala na Warfarín. Možnosť chronického kardioembolizmu do štruktúr CNS podporuje nález CT, ktorý našiel aj - starý čiastočne skalcifikovaný meningeom frontoparietálne parasagitálne vľavo veľkosti 10 mm bez expanzívneho chovania. Pri nastavovaní antikoagulačnej liečby výrazne kolísali hodnoty INR, pacientka sa rýchlo predávkovala s hodnotami INR (nad 5,0), čo viedlo k opatrnému dávkovaniu Warfarínu len 1,5 mg denne.

V úvode hospitalizácie nepriaznivé cirkulačné pomery viedli k rozvratu vnútorného prostredia s metabolickou acidózou. Hodnota kreatinínu v sére: 226,3 umol/l (25.10.2009). Pri prepustení hodnota kreatinínu sa normalizovala. Hodnota CRP: 29,9 mg/l. Hodnoty hepatálnych testov ALT: 3,01 ukat/l AST: 3,12 ukat/l. Hladiny NT pro BNP: 8070 pg/ml s echokardiografickým nálezom normálnej systolickej funkcie LK, mitrálnou insuficienciou II. st. a aortálnou insuficienciou II. st. Trikuspidálna insuficiencia III. st. s obrazom stredne závažnej pľúcnej hypertenzie (tlak 50mmHg).

Diagnostické závery z hospitalizácie: Symptomatická bradykardia pri iatrogénne navodenej AV blokáde III. st. s prítomnosťou náhradného ventrikulárneho rytmu s nutnosťou zavedenia dočasného kardiostimulátora. Fibrilácia predsiení t.č. na perorálnej antikoagulačnej liečbe. Trombus uška ľavej predsieni. Chronická ICHS, dysrytmická forma, hemodynamicky kompenzovaná. Artérová hypertenzná choroba III. WHO s vysokým prídavným rizikom. Pri prijatí hypotenzia, po úprave stavu normotenzia. Varixy dolných končatín s chronickou venóznou insuficienciou. Meningeóm fronto-parietálne parasagitálne vľavo veľkosti 10 mm bez expanzívneho chovania. Odporúčaná liečba: Lokren 20 mg 2x1, Digoxin 0,125mg 1x1, Tritace 1,25mg 1x1, Detralex 2x1, Trimetazidin 3x1, Lucetam 1200 mg 3 tab denne, Cavinton 5,0 mg 3x1, Warfarin 1,5 mg denne.

Zhrnutie:

Vyskúšanie účinnosti a bezpečnosti Bisoprololu v dávke 10 mg pred trvalým nasadením betablokátora do liečby bolo správne. Bisoprolol v 10 mg dávke nevyvolal žiadne nežiaduce účinky ani nežiaduce interakcie, spomalil frekvenciu srdca na 110/min. Po tomto teste sa poskytovateľ rozhodol pre nižšiu dávku bisoprololu 5,0 mg denne, ktorú vo forme Rivocoru pacientke aj predpísal. Z tohto terapeutického kroku jasne vyplýva, že poskytovateľ uprednostnil spomalenie srdcovej frekvencie pred verziou fibrilácie predsiení na sínusový rytmus. Terapeutický krok spomalenia srdcovej frekvencie bol tiež správny. Keď sa poskytovateľ rozhodol uprednostniť spomalenie srdcovej frekvencie, mohol z liečby vysadiť Rytmonorm. Ale podľa SPC kombinácia rytmonormu a bisoprololu nie je kontraindikovaná.

Podľa platných odporúčaní na spomalenie srdcovej frekvencie sa majú používať: 1. Verapamil (najúčinnnejšie blokuje AV prevod). 2. Betablokátor. 3. Digoxín (z troch menovaných najmenej blokuje AV prevod). Podľa klinického stavu sa môžu antiarytmiká kombinovať, aby sa dosiahol hospodárny AV prevod s frekvenciou srdca pod 100/min. V snahe optimalizácie srdcovej frekvencie v klinickej praxi nie zriedkavo sa stáva, že liečbou sa vyvolá vyšší stupeň AV blokády s bradykardiou. Preto nie je pochybením poskytovateľa, keď v snahe spomalenia neekonomickej tachykardie opatrným pridaním betablokátora neodhadol presne bradykardizujúci efekt liekovej kombinácie. Poskytovateľ predpísal liek 21.10.2009. Pacientka si liečbu nasadila až 24.10.2009. Klinické ťažkosti sa objavili náhle okolo obeda 25.10.2009 gastrointestinálnymi ťažkosťami, kedy pacientka opakovane zvracala a mala vegetatívne prejavy s prevahou vagotónie. Podaním atropínu sa bradykardická porucha rytmu upravila a upravili sa aj klinické príznaky. Z krátkeho trvania klinických ťažkostí pacientky ostáva nevyjasnené, prečo bola vyššia hladina CRP, pozitívne hepatálne testy, vyššie hodnoty kreatinínu v sére? Ponúka sa alternatíva (aj keď v rovine úvahy), že v období od 21.10. do 25.10.2009 sa začalo u pacientky vyvíjať ochorenie, ktoré zmenilo fyziologické hodnoty laboratórnych parametrov a pozitívita hepatálnych testov a vyššie hodnoty kreatinínu prispeli ku kumulácii liekov s antiarytmickým a hypotenzívnym účinkom. Predpokladajme, že nárast kreatinínu z normálnych hodnôt na 226 vyžaduje dlhší časový interval ako 5–6 hodín (od začiatku klinických ťažkostí o 12,00hod. do príjmu na interné oddelenie o 17,43 hod.). Je viac

ako pravdepodobné, že bradykardia sa vyvinula náhodnou koincenciou chorobného stavu s nárastom hepatálnych testov, CRP a kreatinínu v kombinácii s liekovým účinkom a prechodnou vagotóniou. Poskytovateľ nemohol predvídať nové klinické zmeny a preto vývoj bradykardie nie je pochybením poskytovateľa v poskytnutí zdravotnej starostlivosti 21.10. 2009.

Ďalší klinický priebeh ukázal, že aj napriek prechodnej bradykardii pacientka aj naďalej potrebovala liečbu na zabezpečenie hospodárneho AV prevodu. V tomto smere pacientka počas hospitalizácie užívala betablokátor Lokren v dávke 2x20 mg. Počas pobytu pacientky na internom oddelení sa porucha rytmu rýchlo upravila. Už 28. 10. 2009 pri echokardiografickom vyšetrení sa popisuje tachykardia.

Záver:

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

- 1) Poskytovateľ sa rozhodol správne, keď pri fibrilačnej tachyarytmii v snahe o spomalenie srdcovej frekvencie do liečby pridal malú dávku Bisoprololu.
- 2) Poskytovateľ konal správne, keď sa rozhodol otestovať liekovú interakciu, bezpečnosť a účinnosť doterajšej liečby v kombinácii s Bisoprololom.
- 3) Poskytovateľ nemohol predvídať okolnosti, ktoré v kombinácii s antiarytmikami vyvolajú klinicky významnú bradykardiu.
- 4) Zdravotná starostlivosť na internej ambulancii poskytovateľa bola poskytnutá správne a nemá znaky pochybenia poskytovateľa.

Zistený bol nedostatok vo vedení zdravotnej dokumentácie v tom, že poskytovateľ preukázateľným spôsobom nepoučil pacientku o jej aktuálnom zdravotnom stave a potrebe jej hospitalizácie. Odmietnutie hospitalizácie zo strany pacientky v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. poskytovateľ nezdokumentoval. Uvedeným konaním poskytovateľ **porušil** ustanovenie **§ 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z.** o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

Sankcie a opatrenia:

Úrad podal návrh na uloženie pokuty poskytovateľovi na úrad samosprávneho kraja v zmysle § 50 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z.

Správny postup pri resuscitácii pacienta posádkou RLP

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Pisateľka podania žiada prešetriť správnosť postupu pracovníkov RLP pri ošetrovaní jej sestry, ktorá po neúspešnej resuscitácii exitovala po prevoze na urgentný príjem nemocnice. Podávateľka nebola spokojná s tým, že lekár dlho vyšetroval jej sestru a váhal s odvozom do nemocnice, že resuscitácia mohla prebiehať aj počas prevozu. Žiada tiež vysvetliť, ako mohla u predtým zdravej a výkonnej ženy vzniknúť embólia pľúcnice, keď na pitve sa nenašla príčina.

Z anamnézy, objektívnych a laboratórnych vyšetrení vrátane epikritického zhrnutia

55-ročná pacientka, sledovaná všeobecným lekárom pre dospelých od r. 1997 s predchádzajúcimi ochoreniami (obojstranná gonartróza – sledovaná ortopédom, VAS, LIS sledovaná neurológom, diabetes mellitus – sledovaná diabetológom) okrem toho vlastnou aktivitou (pracovala ako zdravotná sestra) vyhľadávala aj iné odborné ambulancie, o ktorých svoju zmluvnú lekárku neinformovala.

2009- stav po TEP ľavého kolena s následnou rehabilitačnou a kúpeľnou liečbou.

2009 - v septembri psychiatrická liečba v dôsledku užívania opioidov, v máji 2010 relaps psych. poruchy vystavená práceneschopnosť. K poslednému vyšetreniu u všeobecného lekára v máji 2010 užívala: Nolpaza, Costi, Accupro, Veral retard, Rispen, Citalex Atarax.

23.05.2010 o 07.59 operačné stredisko záchranej služby prijalo tiesňové volanie z dôvodu vzniku poruchy vedomia pacientky.

Po prijazde na uvedenú adresu ako vyplýva zo Záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby a z vyjadrenia členov RLP, bola pacientka pri vedomí, anxiózna, hyperventilovala, hypotenzná, vyžadovala úľavovú polohu na ľavom boku. Sťažovala sa na bolesti v epigastriu bez propagácie. Počas vyšetrovania vzniká tetanický kŕč, v.s. v dôsledku hyperventilácie (napriek tomu zistená hyposaturácia kapilárnej krvi kyslíkom na hodnote 90%), podané CaCl₂ i.v., po podaní sa stav upravuje. Na základe klinického vyšetrenia a zhodnotenia EKG krivky ako aj z anamnestických údajov supponovaná disekcia brušnej aorty. (Na EKG krivke nešpecifické známky ichémie a preťaženia, ktoré však nesvedčia pre náhlu koronárnu ischémiu.) Pretrvávala hypotenzia vo veľkom obehu, čo by potvrdzovalo rozvoj aneuryzmy aorty.

Po prvotnom vyšetrení, podaní liekov (500 ml fyz. roztok, CaCl₂ 10 ml) a stabilizácii vitálnych funkcií, bolo rozhodnuté pre transport do lôžkového zariadenia.

Po transporte z 3.poschodia v sedačke do vozidla RLP dochádza k zhoršeniu a po uložení na nosidlá k náhlemu zastaveniu obehu, gaspingu a zastaveniu dýchania. Okamžite začatá resuscitácia s orotracheálnou intubáciou, napojením na riadenú ventiláciu a vykonávaná vonkajšia masáž srdca s podporou farmakami a i.v. podávanými roztokmi (HES 500ml, Dormicum 10 mg, Adrenalin 4 mg, Atropin 2 mg, Lidocain spray). Pre opakovanie sa asystólie nutná ďalšia resuscitácia s vonkajšou masážou srdca, podávanie adrenalinu a atropínu i.v. a podpora elektrickým defibrilačným výbojom s energiou 200 J. Urgentne odsnímané EKG ukazuje komorovú tachykardiu, ktorá nie je hemodynamicky účinná, preto sa pokračuje v resuscitácii aj za jazdy ambulancie. Dočasne obnovená spontánna činnosť srdca, ktorá je však hemodynamicky neefektívna. Za kontinuálnej resuscitácii je pacientka odovzdaná na urgentnom prijíme nemocnice, kde o 09,30 bol skonštatovaný exitus letalis a od ďalších resuscitačných manévrov sa upustilo.

Podľa pitevného protokolu príčinou smrti bola embólia do pľúcnych artérií pri parietálnej tromboze pravej predsiene a pri akútne exacerbovanej chronickej pankreatitíde.

Vzhľadom na podnet, v ktorom bolo vyslovené podozrenie na neodôvodnené predĺžovanie odvozu do nemocnice, skupina vykonávajúca dohľad zhotovila časovú snímku zásahu:

7.59 – prevzatý pokyn na zásah;

- 8,00 – výjazd vozidla Ambulancia RLP k zásahu;
- 8,06 – posádka na adrese (mieste príhody);
- 8,10 – odsnímané EKG, meranie vitálnych funkcií a ich zhodnotenie (prvotné vyšetrenie);
- 8,15 – podávanie infúzie do žily (500 ml FR);
- 8,20 – riešenie tetanie a hyperventilácie podávaním CaCl₂, vyšetrenie brucha;
- 8,30 – Asystólia vo vozidle;
- 8,35 – obnovenie spontánnej cirkulácie a návrat vedomia, stabilizácia pacientky;
- 8,45 – opäť asystólia, resuscitácia s podávaním liekov a masážou srdca, intubácia a riadená ventilácia, obnovený spontánny rytmus -tachykardia bez hemodynamického efektu, preto snaha o stabilizáciu rytmu a jeho zvládnutie pomocou elektrostimulácie;
- 9,00 (približne) – daný pokyn na pokračovanie v prevoze na urgentný príjem nemocnice.

Pred dojazdom na urgent opäť asystólia a za kontinuálnej externej masáže srdca, umelej ventilácii pac. prekladaná na urgentnú internú ambulanciu.

Podľa časovej snímky zásahu sa javí výhrada voči posádke RZP o pomalom riešení stavu ako neopodstatnená.

Zistené nedostatky pri výkone dohľadu:

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u poskytovateľa nedostatky.

Podnet smeroval k preskúmaniu činnosti RLS a vyjadroval podozrenie na neodôvodnené predlžovanie odvozu do nemocnice, neodôvodnené podávanie tekutín i.v. a podozrenie na zle diagnostikovanú príhodu. Po zhodnotení časovej snímky, podávanej liečby, vykonávanej resuscitácie a zhodnotení diferenciálne diagnostickej úvahy lekára možno konštatovať, že posádka RLP postupovala správne a nezanedbala správny postup pri poskytovaní neodkladnej starostlivosti.

Pitvou zistená embolizácia do artérie pulmonalis vysvetľuje necharakteristické zmeny na opakovane odsnímaných EKG záznamoch, vysvetľuje aj bolesti v oblasti epigastria, ktoré boli bez propagácie, vysvetľuje aj hypotenziu a hyposaturáciu kapilárnej krvi. Predpokladaná disekcia aneurizmy aorty tieto klinické príznaky a priebeh akútneho stavu nevyklučuje. Hypotenzia, hyposaturácia a bolesť v epigastriu, opakované zastavenia srdcovej činnosti a znovu obnovenie spontánnej cirkulácie (aj keď dočasne) patrí aj do obrazu disekujúcej aneurizmy. Podávanie infúzií je tu indikované.

Časová snímka zásahu nevykazuje zbytočné prestoje počas poskytovania neodkladnej pomoci, pretože stav pacientky bol nestabilný a bolo treba riešiť opakované asystólie. Nutnosť kvalitnej a správnej externej masáže srdca vyžaduje státie vozidla, pretože počas jazdy je resuscitujúci záchranár v labilnej polohe a kompresie sú menej účinné. Embolizácia do pulmonálnych artérií je veľmi vážne ochorenie, ktoré môže končiť aj úmrtím postihnutej osoby. Podľa literatúry smrtnosť v prvej hodine je uvádzaná až u 60% pacientov.

Záver:

Úrad výkonom dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti **nezistil porušenie** ustanovení § 4 ods. 3 zákona 576 /2004 Z. z. v platnom znení.

Vezikovaginálna fistula ako komplikácia cisárskeho rezu

(zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

Anamnéza, objektívne vyšetrenia a epikritické zhrnutie:

32-ročná druhorodička 22.8.2009 prijatá o 7,47 hod. na gynekologicko - pôrodnícku kliniku v 40+1 týždni gravidity pre spontánny odtok plodovej vody. O 19,00 hod. vzhľadom k vysokému priamemu stavu hlavičky pri zájdenej bránke, indikované ukončenie pôrodu operačne cisárskym rezom. Pacientka poučená a s navrhovaným postupom súhlasila.

O 19,21 hod. porodený živý, čulý novorodenec, ženského pohlavia o hmotnosti 3380 g, 50 cm. U pacientky išlo o druhý cisársky rez, ktorého priebeh bol nekomplikovaný, krvná strata cca 500 ml, hradená pooperačne kompatibilnou TRF.

Priebeh šestonedelia v priebehu hospitalizácie bez komplikácií na 5. pooperačný deň pacientka prepustená domov v subj. a obj. dobrom stave s odporúčením hlásiť sa u obvodného gynekológa, stehy ex, antianemiká a vitamíny, kontrola KO.

Počas šestonedelia pacientka doma pozorovala únik tekutiny cez pošvu, 12.9.2009 vykonaná cystoskopia, verifikovaná fistula v spodine moč. mechúra, na trigone. Zahájená konzervatívna liečba – permanentným katétrom pri ATB clone. Po odstránení katétra moč opäť unikal, vykonané kontrastné vyšetrenie močového mechúra. Dňa 5.12.2009 absolvovala CT vyšetrenie so záverom - nápadnejšie patologické zmeny nepozorované, vezikovaginálna fistula s možným výstúpením do vagíny cca 10 mm od kraniálneho konca vagíny, nevýrazná flegmonózna infiltrácia vpravo pararektálne.

Pacientka následne 6.1.2010 prijatá na urologickú kliniku na operačné riešenie vezikovaginálnej fistuly. Dňa 7.1.2010 operovaná - realizovaná rekonštrukcia steny močového mechúra pre vezikovaginálnu fistulu. Pooperačný priebeh bez komplikácií, pacientka 17.1.2010 prepustená v dobrom stave domov.

Zhodnotenie úradom :

Z uvedeného, na základe dostupnej zdravotnej a súvisiacej dokumentácie bolo možné konštatovať, že pacientke bola v dohliadanom období poskytnutá adekvátne zdravotná starostlivosť, v súlade s platnými právnymi predpismi.

Vedenie pôrodu bolo správne a ukončenie cisárskym rezom adekvátne indikované, išlo o opakovaný cisársky rez, u ktorého je možný výskyt komplikácii častejšie. Počas operačného výkonu neboli popísané žiadne komplikácie, ani nepredvídané okolnosti a pooperačný priebeh šestonedelia bezproblémový, a nebolo možné predpokladať prítomnosť pooperačnej komplikácie v oblasti urogenitálneho traktu. Komplikácia bola včas a správne diagnostikovaná, ďalší konzervatívny a následne chirurgicky postup liečby adekvátne. Riziko vzniku vezikovaginálnych fistúl je u opakovaných cisárskych rezoch väčšie a častejšie, nakoľko môžu byť zmenené anatomicko - topografické pomery v malej panve a prítomné tkanivové zmeny orgánov a ich okolia. Najčastejšie býva poškodený močový mechúr.

Záver:

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

Iatrogénne poškodenie čreva pri sekcii úrad vylúčil (zdravotná starostlivosť poskytnutá správne)

29-ročná pacientka je dispenzarizovaná pre metafyzárnu osteochondrodyspláziu typ G, čo je geneticky podmienená porucha vývoja dlhých kostí s autozomovo dominantným typom dedičnosti. Pre uvedené genetické ochorenie rozhodnuté o ukončení tehotnosti cisárskym rezom zo zdravotnej indikácie pre ortopedickú diagnózu v 41. týždni gravidity.

Tehotenstvo ukončené cisárskym rezom 13.9.2010, vybavený plod ženského pohlavia o pôrodnej váhe 3600 gr a dĺžke 50 cm, Apgarovej skóre 9/9. Priebeh a ukončenie cisárskeho rezu bez komplikácií, podobne aj bezprostredný pooperačný priebeh. Na tretí pooperačný deň došlo k obnoveniu peristaltiky, o ďalšie dva dni 18.9.2010 v podvečer sa u pacientky objavila nausea, zvracanie, peristaltika auskultačne nebola počuteľná, sono vyšetrenie brucha vykázalo príznaky subileózneho stavu. Pacientka preložená na chirurgické oddelenie, kde po nevyhnutnej predoperačnej príprave 18.9.2010 neodkladne operovaná. Operačným nálezom bola akútna sterkorálna peritonitída, ileus tenkého čreva a pravého kolonu. Celé hrubé črevo zapálené, toxické, zhrubnuté až na hrúbku jedného centimetra, maximálne pravé kolon. Lymfatické uzliny v mezenteriu veľkosti až do dvoch cm. Vzhľadom na nekrózu céka v dĺžke až 8 cm s perforáciami bolo potrebné vykonať pravostrannú hemikolektómiu. Vzhľadom na ťažký lokálny nález sterkorálnej peritonitídy v danom teréne ťažkej sterkorálnej infekcie a vzhľadom na skutočnosť, že tenké aj hrubé črevo edematózne presiaknuté (*piaty deň po sekcii*), bolo nutné vykonať ileostómiu. Ďalší pooperačný priebeh bez komplikácií, pacientke sa rana zhojila p.p., ileostómia funkčná. **Histologické vyšetrenie preukázalo ťažkú nešpecifickú ulceróznu ileokolitídu s nekrózou čreva a následnou perforáciou.** Lymfatické uzliny preukázali nešpecifický chronický zápal. Patologické zmeny na celom hrubom čreve s maximom na pravom kolone. Jednoznačnou príčinou perforácie zápalové postihnutie steny čreva, potvrdené aj histologicky. Pri operácii jednoznačne vylúčené iatrogénne poškodenie čreva pri sekcii. Pacientka zostala v starostlivosti chirurga, plánované je zrušenie ileostómie.

Zhodnotenie úradom:

Cisársky rez vykonaný lege artis, zdravotná starostlivosť, poskytovaná pacientke na gynekologicko – pôrodníckom oddelení, zodpovedala súčasným poznatkom medicíny. Nekróza kolonu s následnou perforáciou a sterkorálnou peitonitídou nebola následkom cisárskeho rezu, ale jej príčinou bol neliečený zápal čreva. Vzniknutá príhoda správne a včas riešená.

Záver:

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

Kazuistiky 2010

Odborní recenzenti:

Prof. MUDr. Ján Murín, CSc. - odbor kardiológia
Doc. MUDr. Martin Huťan, CSc. – odbor chirurgia
MUDr. Jozef Kallay, CSc. – odbor gynekológia a pôrodníctvo

Pripravili:

MUDr. K. Špačková
MUDr. O. Grollmusz
MUDr. Z. Flešarová
MUDr. N. Regendová
MUDr. E. Némethová
MUDr. O. Mancová
MUDr. V. Stanislavský
MUDr. M. Vagovič
MUDr. M. Palková
PhDr. V. Šebeková, PhD.
MUDr. E. Šoltýsová
PhDr. M. Sklenková
MUDr. R. Martoš
MUDr. I. Konvit
MUDr. A. Markovičová

Zostavili a upravili:

MUDr. Beata Černáková, PhD., MPH
Milan Michalič