

■ www.udzs-sk.sk

Želova 2
829 24 Bratislava

© ÚDZS 2021

■ úrad pre
■ dohľad nad
■ zdravotnou
■ starostlivosťou

Kazuistiky 2019- 2020

ISBN 978-80-974128-1-4



9 788097 412814

■ www.udzs-sk.sk

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky

2019-2020

www.udzs-sk.sk

Predslov

Vážení čitatelia,

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) dohliada nad všetkými kľúčovými aspektmi systému zdravotníctva, s cieľom udržiavať finančnú stabilitu, výkonnosť a solidárnosť systému, vrátane edukácie odbornej i laickej verejnosti. Je mi potešením, že do celého spektra činností, na ktorých úrad pracuje, sa opätovne pridávajú aj kazuistiky. Ich publikovanie je z pohľadu vzdelávania a osvetu jednou z najdôležitejších činností úradu.

V znovu oživenom projekte sa tentokrát združili prípady z rokov 2019 a 2020. Aj keď išlo o obdobie so stále pretrvávajúcou pandémiou COVID-19, lekári sa tak, ako doteraz, stretávali aj s neobvyklými prípadmi pri poskytovaní klasickej zdravotnej starostlivosti, tzv. bielej medicíny. Tohtoročné vydanie kazuistík obsahuje 10 prípadov, ktoré rozoberajú správne aj nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Ide o výber klinicky zaujímavých prípadov z vykonaných dohľadov na pobočkách úradu po celom Slovensku.

Veríme, že obnovenie tohto projektu ocenia nielen lekári, ostatní zdravotní pracovníci a študenti medicíny, ale každý, komu sa dostane do rúk. Táto publikácia totiž môže odbornej spoločnosti pomôcť vo vzdelávaní a jej ambíciou je pôsobiť aj preventívne.

Znalosť nezvyčajných prípadov z praxe a niekedy vzniknuté nedostatky, o ktorých sa v publikácii dočítate, môžu do budúcnosti vylúčiť rovnaké pochybenia.

Prajeme všetkým elán vo vzdelávaní a veľa dobrých rozhodnutí so zdravým rozumom.

Ing. Renáta Bláhová, MBA, FCCA, LL.M.
predsedníčka úradu

OBSAH

Laické vyhodnotenie a objektívne fakty.....	1
Nezvratné komplikácie po kúpeľnej liečbe.....	8
Zámena strán.....	14
Nedostatočná diferenciálna diagnostika teplôt.....	21
Opakované vyšetrenie – odlišný výsledok.....	24
Keď je väzeň pacientom.....	31
Nepoznanie akútnej brušnej príhody u pacientky s novodiagnostikovaným nádorom maternice.....	36
Krvácanie ako pooperačná komplikácia po laparoskopickom odstránení žlčníka.....	44
Aj monitoring je dôležitý.....	52
Za všetko mohol alkohol?.....	57
Použité skratky.....	62

LAICKÉ VYHODNOTENIE A OBJEKTÍVNE FAKTY

Úrad začal prešetrovanie na základe podnetu 59-ročnej pacientky. Uviedla, že dňa 26.10.2020 o 13:35 hod. prišla na pľúcnu ambulanciu, pretože sa jej veľmi ťažko dýchalo, je silná astmatička. Uvedenú ambulanciu navštevovala pravidelne za účelom vyšetrenia a predpisu liekov na astmu. Pacientka s vyšetrením na pľúcnej ambulancii nebola spokojná, pretože ju lekárka popočúvala a nezistila, že mala „vodu v pľúcach“. Poslala ju domov, ale naďalej sa jej veľmi ťažko dýchalo, nevládala už dýchať a v noci sa dusila. Privolaná sanitka ju odviezla do nemocnice, kde ju ihneď prijali ako „ťažký stav“ a nasadili jej kyslíkovú liečbu. V podnete uvádzala, že celý čas počas hospitalizácie bola na kyslíku, mala vodu v pľúcach a aj iné ťažkosti, prepustená bola dňa 10.11.2020. Pacientka tvrdí, že aj po prepustení má trvalé následky, nemôže poriadne dýchať, keď kráča, musí zastaviť, vydýchať sa, oddýchnuť si, a potom môže ísť ďalej. Nevládze chodiť, je unavená, slabá, veľmi sa jej zhoršila astma.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V predchorobí pacientky sú údaje o jej významnej polymorbidite. Išlo o pacientku s anamnézou chronickej ischemickej choroby srdca, s jednocievnyim postihnutím v štádiu chronickej kardiálnej nedostatočnosti funkčne NYHA III, stav po PCI riešený s DES ACD v 05/2015, s nestabilnou angínou pectoris 2 - 3 št. podľa CCS, systolickou funkciou EF ĽK 55 %, koncentrickou

hypertrofiou ĽK s diastolickou dysfunkciou I. st. (10/2020), s artérovou hypertenziou 3. št. ESH/ESC s cor hypertonicum a vysokým kardiovaskulárnym rizikom, ľahkou pľúcnou hypertenziou, metabolickým syndrómom s obezitou BMI 44, hyperurikémiou, diabetes mellitus 2. typu na liečbe inzulínom v štádiu chronických komplikácií, s diabetickou polyneuropatiou, hypertriglyceridémiou, astmou bronchiale, syndrómom spánkového apnoe na liečbe CPAP, hepatopatiou s miernou biochemickou aktivitou, polytopným vertebrogénnym algickým syndrómom, coxartrózou bilaterálne, vaskulárnou a diabetickou encefalopatiou, anamnézou ureterolithiazy v oblasti pelviureterickej junkcie vľavo do 9 mm s nutným zavedením stentu (05/2020) a so stavom po cievnej mozgovej príhode parietálne vpravo (02/2020), multiinfarktovým syndrómom.

Pacientka bola liečená na ambulancii pneumológie a ftizeológie pre stredne ťažkú perzistujúcu astmu bronchiale podľa dokumentácie od 30.07.2020, predtým bola sledovaná imunoalergológom. Na ambulancii pneumológie a ftizeológie bola pacientka vyšetrená opakovane dňa 19.10.2020 a 26.10.2020. Dňa 26.10.2020 bola vyšetrená za účelom vylúčenia pľúcnej embolizácie pre pozitivitu D-dimérov, odobratých dňa 23.10.2020, hodnota D-dimérov bola 0,67 mg/l (norma je do 0,50 mg/l). Podľa údajov na výmennom lístku mala pacientka dňa 23.10.2020 dýchavičnosť, preto boli realizované odbery, pozitívny D-dimér 0,67 mg/l, troponín bol negatívny, CRP 10,20 mg/l. Po doručení laboratórnych výsledkov o tri dni, t. j. dňa 26.10.2020, bola pacientka odoslaná na pneumologické vyšetrenie, kde bol realizovaný vstupný COVID-19 filter s negatívnym nálezom. Po zhodnotení klinického stavu bola pacientka objednaná na CT - pulmo-angiografické vyšetrenie

a kontrola bola plánovaná po doručení výsledku vyšetrenia. V klinickom náleze bol popisovaný nález eupnoe, dýchanie bolo vezikulárne bez vedľajších fenoménov, cor - akcia pravidelná, ozvy ohraničené. Oblasť abdomenu ťažšie priehmatná pre obezitu, na dolných končatinách bol opuch pravého predkolenia. Klinické prejavy jednoznačne nepoukazovali na pľúcnu embóliu. Pri tomto vyšetrení je popísaná RTG snímka hrudníka z 18.09.2020.

Na nasledujúci deň, 27.10.2020 o 13,59 hod., bola pacientka vyšetrená na ambulancii vnútorného lekárstva dohliadaného subjektu. Pacientka bola vyšetrená podľa zásad klinickej praxe, bola odobratá kompletná anamnéza (terajšie ochorenie, osobná, rodinná, pracovná, sociálna, lieková aj gynekologická anamnéza). V terajšom ochorení pacientka udávala progresiu dýchavičnosti, bola bez bolestí na hrudníku, udávala kašeľ s minimálnou expektoráciou a pripúchanie dolných končatín. Pri objektívnom vyšetrení bola pacientka obézna, dýchavičnejšia, nespotená, bez ikteru a cyanózy, neurologicky bola orientačne v norme, jugulárne vény v ľahu boli v norme, pri auskultácii pľúc boli obojstranne počuteľné difúzne nepočetné spastické fenomény na báze, akcia srdca bola pravidelná 62/min, ozvy tupšie, krvný tlak bol 180/87 mmHg, pečeň bola hmatná v pravom podrebrí. Na dolných končatinách boli diskkrétne presiaknutia predkolení. Na EKG zázname bol prítomný sínusový rytmus, ľavotyp, rS vo zvođe V1-3, ST segment bol izoelektrický, difúzne boli ploché T vlny. RTG snímka hrudníka bola realizovaná dňa 18.09.2020, preto ju ošetrujúci lekár neopakoval. Pacientke odobral krv na laboratórne vyšetrenie, stav pacientky zhodnotil s nasledujúcim záverom: chronická ischemická choroba srdca s jednocievnyim postihnutím v štádiu chronickej

kardiálnej nedostatočnosti NYHA III, artérová hypertenzia 3. st. s VVR s cor hypertonicum, diabetes mellitus 2. typ na inzulínovom režime v štádiu neskorých komplikácií, asthma bronchiale stredne ťažká forma, obezita v štádiu komplikácií. Na základe uvedeného nálezu pacientku odporučil na hospitalizáciu na oddelenie vnútorného lekárstva.

Od 27.10.2020 do 10.11.2020 bola pacientka hospitalizovaná na oddelení vnútorného lekárstva pre kardiálnu dekompenzáciu. Pacientka v anamnéze udávala, že sa jej ťažšie dýcha aj v pokoji asi týždeň, udávala aj pálenie na hrudníku pri vyššom krvnom tlaku, kašeľ neudávala, netolerovala horizontálnu polohu ani v noci, teploty neudávala. Pri objektívnom vyšetrení bola pacientka pri vedomí, orientovaná, bez cyanózy a ikteru, dýchavičná v pokoji, obézna, kostra bola bez deformít, neurologický nález bol orientačne v norme. Na hlave a krku bol popísaný fyziologický nález, dýchanie bolo vezikulárne, pričom bazálne boli prítomné vlhké fenomény, difúzne boli prítomné aj spastické fenomény - piskoty v expíriu, ktoré bolo predĺžené. Akcia srdca bola pravidelná, ozvy boli tupšie, šelest nebolo počuť. Pacientka mala krvný tlak 178/86 mmHg, pulz mala pravidelný 60/min. Brucho bolo mäkké, ťažšie priehmatné pre obezitu, bola prítomná jazva po cholecystektómii, nebola prítomná palpačná bolestivosť, ani rezistencia, na dolných končatinách boli prítomné edémy. Na EKG zázname pri prijatí bol prítomný sínusový rytmus, s frekvenciou 60/min, PQ 160 ms, QRS: 80 ms, ST bez denivelácie, plocho-negatívne T vlny v aVR, R/S vo V4, elektrická os srdca normotyp. Na RTG snímke pľúc bol prítomný fluidothorax vľavo, pľúcny parenchým bol bez ložiskových a infiltratívnych zmien, bronchovaskulárna kresba bola akcentovaná, srdcový

tieň bol dilatovaný. V laboratórnom náleze bol zvýšený marker srdcového zlyhania (NTproBNP) (725 pg/ml), v pravidelných glykemických profiloch boli prítomné hyperglykémie a marker dlhodobej kompenzácie diabetu (HbA1c) bol zvýšený 10,1 %. Ošetrojúci lekári pacientke podávali diuretiká, expektoranciá, bronchodilatanciá, kortikosteroidy, antikoagulačnú liečbu – nízkomolekulárny heparín, boli zvýšené dávky inzulínoterapie a substituovaná hypokaliémia, pacientke bola ďalej podávaná chronická medikácia. Dňa 28.10.2020 bolo u pacientky realizované echokardiografické vyšetrenie bez dilatácie dutín srdca, ĽK bola bez regionálnych porúch kinetiky, zachovaná systolická funkcia ĽK, EF ĽK bola 55 %, bola zistená koncentrická hypertrofia ĽK s diastolickou dysfunkciou I. stupňa, bez známkov pľúcnej hypertenzie, chlopne boli bez regurgitácie. Dňa 05.11.2020 bolo u pacientky realizované USG vyšetrenie abdomenu s nálezom výraznejšej hepatopatie charakteru steatózy, hydronefróza II. - III. stupňa vľavo pri zavedenom stente v úrovni panvičky. Po konzultácii s urológom bol dňa 05.11.2020 pacientke zavedený JJ stent do ľavej obličky. Pre paroxysmus tachyibrilácie predsieni na kontrolnom EKG zázname bola pacientke navýšená dávka betablokátoru. Dňa 09.11.2020 bolo u pacientky realizované CT pulmo-angiografické vyšetrenie hrudníka bez evidentných známkov pľúcnej embolizácie. Po uvedenej liečbe došlo u pacientky k úprave mineralogramu a renálnych parametrov, a na kontrolnom EKG zázname došlo k verzii na sínusový rytmus. Pacientka bola dňa 10.11.2020 v stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v dohliadanom období v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke.

Dňa 26.10.2020 prišla pacientka na ambulanciu pneumológie a ftizeológie na odporúčenie všeobecného lekára pre dospelých za účelom vylúčenia pľúcnej embolizácie, dňa 23.10.2020 jej boli realizované odbery, kde bola zistená ľahká pozitivita D-diméru 0,67 mg/l (norma do 0,5 mg/l). Subjektívne udávala sťažené dýchanie pri námahe, pocit pálenia na hrudníku a intermitentný produktívny kašeľ. Objektívne bola pacientka pri vedomí, orientovaná, poloha aktívna, obezita, bez ikteru, bez cyanózy, pokojové eupnoe, krk: lymfatické uzliny a štítna žľaza nehmatné, jugulárne veny plnené normálne, dýchanie: vezikulárne, čisté, bez vedľajších fenoménov, cor: akcia srdca pravidelná, frekvencia 82/min, abdomen: mäkké, pre obezitu ťažšie priehmatné, dolné končatiny: opuch pravého predkolenia. Na RTG snímke hrudníka zo dňa 18.09.2020 bol pľúcny parenchým bez ložiskových zmien a bez rozpadu, hily ľahko zvýraznené s kalcifikátmi, z hilov do periférie vybieha jemná pruhovitá kresba, bránice ostré, pravá dvoj-kontúrovaná, uhly voľné, stredný tieň hraničnej veľkosti. Vzhľadom na suponovanú pľúcnu embolizáciu a ľahkú pozitivitu D-diméru bola vypísaná žiadanka na CT – angiografické vyšetrenie pľúcnych artérií aj napriek tomu, že klinické prejavy jednoznačne nepoukazovali na pľúcnu embolizáciu. Pacientka pri vyšetrení nemala prejavy exacerbovanej astmy ani prejavy kardiálnej dekompenzácie a klinický stav v tom čase nevyžadoval hospitalizáciu.

Dňa 27.10.2020 bola pacientka v popoludňajších hodinách ošetrovaná na ambulancii vnútorného lekárstva, odkiaľ bola odoslaná na hospitalizáciu na oddelenie vnútorného lekárstva, kde bola hospitalizovaná od 27.10.2020 do 10.11.2020. Dôvodom prijatia na hospitalizáciu bolo udávané približne týždeň trvajúce zhoršené dýchanie po minimálnej fyzickej námahe, intolerancia horizontálnej polohy. V klinickom obraze boli prítomné prejavy počínajúcej ľavostrannej srdcovej nedostatočnosti, zhoršenie asthmy bronchiale. Pneumológom bola v úvode vyslovená suspekcia na embolizáciu do arterie pulmonalis. Realizovaným CT - angiografickým vyšetrením pľúcna embolizácia potvrdená nebola. Priebeh hospitalizácie bol nekomplikovaný, pacientke bola podávaná adekvátne kardioprotektívna, diuretická a bronchodilatačná liečba s dobrým klinickým efektom, došlo k hemodynamickej rekompenzácii. Echokardiograficky bola potvrdená dobrá systolická funkcia ľavej komory. Bola novozachytená fibrilácia predsiení s indikáciou antikoagulačnej liečby. Pre zhoršenú kompenzáciu diabetu bola navyšovaná inzulínoterapia, u pacientky boli zistené rezervy v diétnom režime. V spolupráci s urológom bola realizovaná výmena endoureterálneho stentu pre ureterolitiázu vľavo. Dňa 10.11.2020 bola pacientka v klinicky stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti.

Na pneumologickej a internej ambulancii, ako aj počas hospitalizácie na oddelení vnútorného lekárstva, bola pacientke poskytnutá zdravotná starostlivosť správne, bez pochybení v diagnostickom či terapeutickom procese. V terapeutickom časti zdravotnej starostlivosti bolo reagované včas a adekvátne aktuálnemu zdravotnému stavu pacientky.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v platnom znení.

NEZVRATNÉ KOMPLIKÁCIE PO KÚPEĽNEJ LIEČBE

Úrad začal prešetrenie správnosti zdravotnej starostlivosti poskytovanej nebohej 70-ročnej pacientke na základe podnetu jej manžela.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola sledovaná a liečená pre hypertenziu, hypotyreózu, Sjögrenov syndróm, séronegatívnu polyartritídu, osteopéniu. Dňa 02.12.2019 bola realizovaná implantácia totálnej endoprotézy pravého kolena. Dňa 09.10.2020 bola očkovaná na chrípku. Na konci októbra 2020 nastúpila na kúpeľnú liečbu do kúpeľov. Dňa 10.11.2020 bola prepustená domov pre pozitivitu testovania na SARS-CoV-2 zo dňa 07.11.2020. Dňa 10.11.2020 telefonicky komunikovala so všeobecným lekárom pre dospelých, udávala bolesť hrdla, nádchu, bola bez zvýšenej teploty. Pacientke bola odporučená symptomatická liečba, karanténa a dohodnutá telefonická kontrola o týždeň (18.11.2020), v prípade zhoršenia ťažkostí ihneď.

Dňa 13.11.2020 kontaktovala pacientka všeobecného lekára pre dospelých pre sťažené dýchanie a kašeľ, do liečby boli pridané antibiotiká Augmentin a ACC long. Pre zhoršenie stavu, dňa 16.11.2020 o 11:00 hod. prebehla opätovne telefonická konzultácia s pacientkou, ktorá udávala horúčky a suchý kašeľ, necítila sa lepšie, doporučené jej bolo kontaktovať KOS a hospitalizácia, čo však pacientka odmietla. V ten istý deň o 16:30 hod. návštívil pacientku všeobecný lekár pre dospelých v jej domácom prostredí. Počas vyšetrenia bola pacientka afebrilná, eupnoická, DF: 16/min, SpO2 98 %, mierna tachykardia - 90/min, auskultačne dýchanie vezikulárne čisté. Doporučené bolo pokračovať v liečbe, pri zhoršení ihneď volať RLP. Dňa 17.11.2020 pre zhoršenie dušnosti bola pacientka hospitalizovaná na oddelení vnútorného lekárstva s diagnózou COVID-19 pneumónie. Privolaná RZP realizovala Ag COVID-19 test, výsledok ktorého bol pozitívny, následne po prijatí na OVL dňa 18.11.2020 bol vykonaný aj PCR COVID-19 test tiež s pozitívnym výsledkom. Počas hospitalizácie pomocou HRCT vyšetrenia bola potvrdená pneumónia v pokročilom rozvinutom štádiu rozsahovo do 25 %. Pacientka mala v liečbe nasadenú kombináciu antibiotík Moxifloxacin a Ceftriaxon, boli parenterálne podávané: Hydrocortizon, vitamíny, mukolytiká, rehydratačná liečba, nízkomolekulový heparín. Dňa 18.11.2020 absolvovala pneumologické konziliárne vyšetrenie s následným doporučením pokračovania v nastavenej liečbe, po ktorej došlo k zlepšeniu zdravotného stavu pacientky, subjektívne ťažkosti ustúpili, došlo k poklesu zápalových parametrov, bola afebrilná. Dňa 26.11.2020 v zlepšenom stave bola prepustená domov s odporúčením pokračovať v ATB liečbe ešte 4 dni. Po prepustení z nemocnice až dňa 30.11.2020 o 13:30 hod. kontaktovala pacientka

svojho všeobecného lekára, kedy udávala, že jej veľmi opúchali nohy a málo močila. Doporučený Furosemid 40 mg per os, na nasledujúci deň konzultácia ohľadom zdravotného stavu a nech príbuzní doručia prepúšťaciú správu z hospitalizácie. Keďže sa pacientka necítila dobre, dňa 01.12.2020 bola vyšetrená v ambulancii všeobecného lekára. Udávala, že sa nevie poriadne vymočiť, stolicu nemala 3 dni. Objektívne bola pri vedomí, orientovaná, pri chôdzi dyspnoe, kľudové eupnoe, dýchanie vezikulárne, bilaterálne inspiračný krepitus, viac vľavo (podľa prepúšťacej správy dýchanie čisté aj v pneumologickom konzíliu), akcia srdca pravidelná, tachykardia, brucho mäkké, voľne priehmatné, palpačne bolestivosť v pravom hypogastriu, rozsiahle hematómy po s. c. podávaní LMWH. Elevovaný zápalový marker CRP (86,9 mg/ml), vzostup oproti hodnotám v prepúšťacej správe (z 26,9). Pacientka bola v ambulancii všeobecného lekára vycievkovaná, vypustených cca 100 ml moču - oligúria, moč odobratý na K+C, po vypustení moču pacientka nepociťovala úľavu. Vyšetrená aj per rectum, ampula voľná, bez stolice. V ambulancii bola zavedená i. v. kanyla, podaná ordinovaná terapia, pacientka prevezená RLP na urgentný príjem za účelom dif. dg. doriešenia abdominalgie a elevácie zápalových markerov. O 18:15 hod. bola pacientka vyšetrená na chirurgickej ambulancii, realizované odbery krvi, USG brucha, konzultovaný primár chirurgie. Doporučené zaviesť PMK, doma sucháre, tekutiny, nasledujúci deň ráno kontrola nalačno, realizovať kontrolné odbery krvi, zváži sa ďalší postup. Predpísané ATB (Ciphin), urologický čaj a glycerínové čípky podľa potreby. Dg. záver: v tom čase bez zjavných známkov NPB; Bolesti brucha v. s. uroinfekt?; rozvíjajúca sa kolitída?; zápcha. Dňa 02.12.2020 bola

pacientka vyšetrená na chirurgickej ambulancii dohliadaného subjektu. Cestou chirurgickej ambulancie realizované CT vyšetrenie brucha s nálezom edému submukózy takmer celého colonu, najmä cékum a colon ascendens - dif. dg. kolitída. V laboratórnych parametroch prítomné zvýšenie zápalových parametrov. Pacientka bola odoslaná na internú ambulanciu, bola indikovaná hospitalizácia s nasadením parenterálnej ATB liečby. Antigénový test na SARS-CoV-2 bol už negatívny. Pacientka bola hypotenzná, mierne tachykardická, frekvencia 105/min, mala hnačky, zvracala. Kultivačným vyšetrením hnačkovitej stolice bola zistená prítomnosť Clostridium difficile. Pacientke bola okrem iného ordinovaná ATB liečba clostrídiovej kolitídy vrátane rehydratácie pacientky (hnačky boli už počas prvej hospitalizácie, od 22.11.2020 zlepšenie). V laboratórnych parametroch vzostup CRP na 251,6, prítomné známky azotémie, v liečbe podávaný Normix, Metronidazol, pokračovalo sa v podávaní Piperacilin/tazobactam, rehydratácii, bol korigovaný mineralogram, preventívne podávané LMWH a oxygenoterapia. Pre pretrvávajúce dyspeptické ťažkosti bolo dňa 04.12.2020 vykonané natívne RTG vyšetrenie brucha, na ktorom boli prítomné hladinky, realizované chirurgické konziliárne vyšetrenie, stav záverovaný ako verifikovaná Clostrídiová kolitída. Doporučené bolo pokračovať v nasadenej konzervatívnej liečbe. Dňa 06.12.2020 pacientka náhodne skolabovala cestou do kúpeľne, doplnené RTG lebky, pravej dolnej končatiny a následne realizované aj CT vyšetrenie mozgu s negatívnym nálezom čerstvej patológie. Počas hospitalizácie sa stav pacientky, napriek liečbe, postupne zhoršoval, pretrvávala vysoká zápalová aktivita, zhoršovalo sa obličkové zlyhanie a respiračná

nedostatočnosť. Dňa 07.12.2020 udávala pacientka bolesti brucha, napínalo ju na vracanie, zle sa jej dýchalo. Realizované RTG brucha na CITO s nálezom progresie meteorizmu, následne opakovane realizované chirurgické konziliárne vyšetrenie, doporučené doplniť CT brucha v natíve. Pre rozvoj respiračnej insuficiencie, progresiu dyspeptických ťažkostí s vomitom nebolo možné realizovať odporúčané CT vyšetrenie brucha, bol konzultovaný anesteziológ a pacientka bola dňa 07.12.2020 preložená na OAIM. Počas hospitalizácie na internom oddelení boli opakovane realizované kontrolné odbery krvi, sledované vitálne funkcie, TT, príjem a výdaj tekutín, funkčnosť PK. Na OAIM bola pacientka okrem iného analgosedovaná, intubovaná, napojená na UPV, cirkulácia s KA podporou, fortifikovaná ATB liečba, korekcia parametrov vnútorného prostredia. Bolo realizované CT vyšetrenie hrudníka a brucha - o. i. parciálne stenotizujúca kolitída, bez toxického megakolónu. Napriek liečbe došlo k progresii septického stavu a multiorgánového zlyhávania. Dňa 08.12.2020 v ranných hodinách došlo k zastaveniu cirkulácie, KPCR nevedla k obnoveniu obehu, o 07:10 hod. bol konštatovaný exitus letalis. Podľa pitevného protokolu bolo príčinou smrti: Kardiorespiračné zlyhanie. Komplikácia základnej choroby: Syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS). Základná choroba (úrazy a iné): Enterokolitída zapríčinená Clostridium difficile; skôrnatenie tepien celk. II. -III. st.; konštatované úmrtie z chorobných príčin. Pridružené choroby: Stp. COVID-19 pneumónii 11/20 - pozápalové fibrózne zmeny na pľúcach a ostatný nález.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v dohliadanom období v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke.

Išlo o 70-ročnú pacientku s anamnézou hypertenzie, séronegatívnej polyartritídy, po totálnej endoprotéze pravého kolena v roku 2019, ktorá koncom októbra absolvovala kúpeľný pobyt. Z neho bola odoslaná do karantény pre pozitivitu antigénu na SARS-CoV-2 pri plošnom testovaní zo dňa 07.11.2020. U pacientky sa rozvinula covidová bronchopneumónia, s ktorou bola dňa 17.11.2020 hospitalizovaná na oddelení vnútorného lekárstva dohliadaného subjektu. Pacientka mala kombinovanú ATB liečbu. Po zlepšení stavu bola dňa 26.11.2020 prepustená do ambulantnej starostlivosti. Po 3 dňoch v domácom prostredí došlo k zhoršeniu stavu, pacientka bola dňa 02.12.2020 znovu hospitalizovaná na internom oddelení pre sepsu pri klostrídiovej kolitíde. Napriek liečbe sa stav zhoršoval, došlo k rozvoju multiorgánového zlyhania pri vyčerpaných rezervách organizmu (respiračná, renálna insuficiencia, septický šok). Dňa 07.12.2020 popoludní bola pacientka preložená na OAIM, kde bola napojená na umelú pľúcnu ventiláciu. Napriek komplexnej liečbe sa nepodarilo stav zlepšiť a dňa 08.12.2020 ráno pacientka exitovala. Pitva ako základnú príčinu smrti potvrdila klostrídióvu kolitídu, prítomné pozápalové fibrotické zmeny na pľúcach po COVID pneumónii. Klostrídióva kolitída býva následkom antibiotickej liečby, ktorú pacientka dostala pre covidovú pneumóniu. Klostrídióva kolitída je komplikácia, ktorá sa vyskytuje u pacientov po podaní antibiotickej liečby z dôvodu narušenia črevnej mikroflóry.

Ide o veľmi závažnú infekciu čriev, ktorá spôsobuje celkový zápal a oslabenie organizmu pacienta (sepsu) a často máva fulminantný a nezvratný priebeh s následkom úmrtia. Priebeh ochorenia môže byť závažný aj u mladých a zdravých ľudí. Pacientka bola imunokompromitovaná pri systémovom reumatologickom ochorení a stav sa javil ako prognostický nepriaznivý.

Úrad konštatuje, že počas hospitalizácie na oddelení vnútorného lekárstva a oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v platnom znení.

ZÁMENA STRÁN

Úrad prijal podnet 39-ročnej pacientky, ktorá žiadala prešetrenie postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá jej bola poskytnutá pri operáciách kolien. S chronickými ťažkosťami pravého kolena bola indikovaná na artroskopické ošetrenie pravého kolena, vykonaná jej bola artroskopia ľavého kolena a následne po zistení omylu artroskopia pravého kolena. Odvtedy má ťažkosti s obidvomi kolenami.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 04.04.2018 pacientka navštívila chirurgickú ambulanciu dohliadaného subjektu s výsledkom posledného MRI vyšetrenia (vyšetrenie magnetickou rezonanciou) z roku 2014. Chirurg pacientke odporučil vyšetrenie v ortopedickej ambulancii, ktoré absolvovala dňa 16.04.2018. Lekár pri vyšetrení pacientky zistil fyziologický nález (až na drásoty pod patelou), a preto odporučil nové MRI vyšetrenie pravého kolena. Dňa 26.04.2018 absolvovala pacientka MRI vyšetrenie pravého kolena so záverom: Minimálna veľkostná progresia v. s. chondrómu v proximálnej diafýze tibiae, drobná lézia predného rohu mediálneho menisku grade II. – III. a výrazná progresia veľkosti parameniskeálnej cysty - Bakerova cysta, mierne nehomogénna chrupavka pately. Pacientka bola následne vyšetrená 2-krát v ortopedickej ambulancii a dňa 11.06.2018 bola pacientke na základe výsledku MRI vyšetrenia a klinického nálezu odporučená artroskopia pravého kolena. Predoperačné vyšetrenie vykonal všeobecný lekár pre dospelých dňa 27.06.2018 V predoperačnom vyšetrení je uvedené, že pacientka má plánovaný operačný výkon – artroskopiou pravého kolena. Dňa 28.06.2018 bola pacientka prijatá v rámci jednotňovej zdravotnej starostlivosti na oddelenie úrazovej chirurgie dohliadaného subjektu, podľa prijímacej správy za účelom plánovanej artroskopie pravého kolena s MRI nálezom lézie predného rohu MM a poškodenia pately. Pacientke po prijatí o 07:40 hod. bola zabezpečená predoperačná príprava – zamerané vitálne funkcie, zabezpečený venózný vstup, podaná infúzia FR 500 ml + Novalgín. O 10:10 hod. bola pacientke podaná premedikácia na základe ordinácie z vykonaného predanestetického vyšetrenia. Súčasťou

zdravotnej dokumentácie je záznam z predanestetického vyšetrenia a pacientkou podpísaný informovaný súhlas s anestéziou. Súčasťou predloženej zdravotnej dokumentácie je Kontrolný protokol bezpečnej operácie, v ktorom je vyplnená kontrolná časť pred úvodom do anestézie a po úvode do anestézie - všetky kontrolné otázky sú zakrúžkované s odpoveďou áno vrátane uvedenia, že pacientka má v zdravotnej dokumentácii uvedenú identitu, stranu miesta operácie, názov výkonu, informovaný súhlas k operačnému výkonu a anestézii. Ďalej je uvedené, že operovaná strana je označená. Po úvode do anestézie mala byť opätovne skontrolovaná strana operácie a druh výkonu. K uvedenému úrad uvádza, že v zdravotnej dokumentácii je opakovane uvedené, že u pacientky je plánovaná artroskopia pravého kolena. Dňa 28.06. bola pacientke v celkovej anestézii vykonaná podľa zdravotnej dokumentácie obojstranná artroskopia – najprv ľavého kolena, po prebudení a informovaní pacientky, po dohovore bola vykonaná aj artroskopia pravého kolena.

Podľa zdravotnej dokumentácie v operačnej chirurgickej vložke bol nález pri artroskopii ľavého kolena: „lézia chrupavky mediálneho kondylu II. st., shaving (obrúsenie, oholenie) jeho okrajov a na patele, najmä na laterálnej hrane chondropatia II. – III. st., shaverujeme a okraje ošetrujeme, resekujeme pliku“. Pri artroskopii pravého kolena „nachádzame léziu mediálneho menisku, je len minimálne rozvláknenie – predný roh, ktorý drží, preto neshaverujeme, na patele chondropatia I.st. Minimálna chondropatia I.st. na mediálnom kondyle femoru. Ostatné časti mediálneho a laterálneho menisku držia bez poškodenia. Výplach a sutura portov“. Pooperačný priebeh podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii bol bez komplikácií, pacientke bol

o 16:00 hod. podaný Fraxiparine 0,6 ml s. c. Dňa 28.06.2018 po stabilizácii celkového stavu bola pacientka o 16:30 hod. prepustená do domáceho ošetrovania. Následne absolvovala pacientka 3 kontrolné vyšetrenia v ortopedickej ambulancii: Dňa 29.06.2018, t. j. deň po artroskopii s nálezom výpotku v oboch koleno. Pri punkcii pravého kolena získaných 45 ml krvi, vľavo 13 ml krvi. Dňa 04.07.2018 druhá kontrola s diagnózou Haemarthros l. dx., punkcia 30 ml krvi, hydrops l. sin., pukcia 20 ml, extrakcia stehov. Tretia kontrola bola dňa 11.07.2018 - punkcia vpravo 30 ml s prímiesou krvi, vľavo 8 ml synoviálnej tekutiny s prímiesou krvi. Odporúčaná rehabilitácia. Dňa 25.07.2018 kontrola v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých s konštatovaním neúplnej rekonvalescencie, plánovaná rehabilitácia na september. V nasledujúcom období absolvovala pacientka mnohé vyšetrenia na viacerých chirurgických a ortopedických pracoviskách SR vrátane MRI vyšetrenia, ktoré potvrdzujú pokračujúce problémy pacientky v oboch kolenných kĺboch. Podľa písomného vyjadrenia dohliadaného subjektu k výkonu dohľadu u pacientky omylom došlo k zámene končatiny a artroskopické vyšetrenie bolo vykonané na ľavom kolennom kĺbe. Nález na ľavom kolennom kĺbe zistený počas operácie vyžadoval chirurgické ošetrenie, ktoré operatér vykonal. Počas operácie si uvedomil, že nález zistený pri artroskopii sa úplne nezhoduje s MRI nálezom vykonanom pred operáciou, preto preveril zdravotnú dokumentáciu a zistil zámenu operovanej končatiny. Po prebudení pacientky z anestézie ju informoval o zámene kolenného kĺbu, o tom, že je možné bezpečne vykonať aj plánovaný výkon na pravom kolene, s čím pacientka súhlasila. Dohliadaný subjekt uvádza, že bol uvedený do omylu samotnou pacientkou,

ktorá mu na operačnom stole potvrdila, že jej budú operovať ľavé koleno.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu v dohliadanom období v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke.

U 39-ročnej pacientky s chronickými ťažkosťami pravého kolena bolo indikované artroskopické ošetrenie pravého kolena pre bolesti v kolene a posledný MRI nález drobnej lézie predného rohu mediálneho menisku, progresie parameniskeálnej cysty a Bakerovej cysty pri minimálnom klinickom náleze zo dňa 26.04.2018. V preskúmanej zdravotnej dokumentácii pred operáciou nie sú zaznamenané ťažkosti pacientky uvádzané na ľavom kolene. Pre nesúlad artroskopického nálezu, s MRI nálezom bolo potvrdené podozrenie zo zámeny strany končatiny s dokumentáciou, a po prebudení pacientky z anestézie bola vykonaná po artroskopii ľavého kolena aj artroskopia pravého kolena. V medicínskej praxi existuje viac odporúčaných postupov, ktorých cieľom je zabezpečenie bezpečnosti pacienta v peroperačnom období, ktoré okrem iného obsahujú predoperačné kontrolné postupy na eliminovanie zámeny strany pri párových orgánoch. Svetová zdravotnícka organizácia, chirurgické a anestéziologické spoločnosti, spoločnosti sestier a pacientov pripravili a v roku 2008 uviedli iniciatívu „Bezpečný operačný výkon zachraňuje životy“, ktorej súčasťou je kontrolný protokol (checklist). Z kontrolného protokolu vyplýva, že bezpečnosť pacienta závisí od činnosti a zodpovednosti celého tímu lekárov a sestier, kde každý má určenú úlohu. Všetci členovia

tímu musia spolupracovať a najmä spolu komunikovať. Úrad výkonom dohľadu zistil, že dohliadaný subjekt využíva tento protokol pre zabezpečenie bezpečnosti pacienta, uvádzaný ako Kontrolný protokol bezpečnej operácie. V kontrolnom protokole bolo stanovených 10 kľúčových momentov pre bezpečné podávanie anestézie, peroperačný priebeh a pooperačné obdobie vrátane liečby bolesti. Postup, ktorý je určený dodržiavaním/vyplnením jednotlivých kontrolných otázok v protokole je zameraný okrem iného aj na operovanie správneho pacienta na správnej strane tela. Súčasťou tohto postupu je jednoznačné popísanie lateralizácie poškodenia v zdravotnej dokumentácii, čo bolo dohliadaným subjektom dodržané, a v každom predoperačnom zázname je konštatované poškodenie pravého kolena. Podľa pravidiel tohto postupu, operatér sa musí pacientovi predstaviť, informovať ho o plánovanom operačnom výkone a získať jeho súhlas ešte pred podaním premedikácie, označiť dermografom stranu, kde sa bude operovať, zaistiť zobrazenie dôležitých snímok počas operácie, informovať ostatných členov tímu aký výkon a s akým rizikom bude vykonaný. V danom prípade je Kontrolný protokol bezpečnej operácie súčasťou preskúmanej zdravotnej dokumentácie, je však vyplnený iba čiastočne. Zároveň vyplneným protokolom je deklarované, že pacientka má podpísaný informovaný súhlas s operačným výkonom, a že operovaná strana je označená. Informovaný súhlas s operačným výkonom podpísaný pacientkou v zdravotnej dokumentácii chýba, rovnako, ako nie je uvedený záznam o označení operovanej strany. Z tohto dôvodu, ako aj hodnotením iných záznamov v Kontrolnom protokole bezpečnej operácie úrad zistil, že kontrolné kroky zabezpečenia

bezpečnosti pacientky boli vykonané formálne, nedôsledne, a preto došlo k zámene strany operovanej končatiny a dohliadaný subjekt vykonal artroskopiou ľavého kolena, namiesto plánovanej artroskopie pravého kolena. Vyjadrenie dohliadaného subjektu, že bol uvedený do omylu samotnou pacientkou, ktorá mu na operačnom stole potvrdila, že jej budú operovať ľavé koleno, neobstojí, pretože ide o nesprávny postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, keďže podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii, pacientka v tom čase už bola pod vplyvom premedikácie – o 10:10 hod. jej bolo podané Dormicum 7,5 mg per os (ústami). To, že peroperačne bol zistený nález na ľavom kolene, ktorý bolo potrebné chirurgicky ošetriť ako obhajoba zámene neobstojí, pretože indikácia k operácii ľavého kolena nebola diagnostickým a klinickým nálezom predoperačne potvrdená. Artroskopia ľavého kolena s nálezom poškodenia chrupaviek femoropatelárneho a mediálneho kompartmentu s dovtedajším asymptomatickým priebehom mala za následok opakované náplne krvi (haemarthros) s potrebou opakovanej punkcie kolenného kĺbu.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že dohliadaný subjekt porušil ustanovenia § 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 platnom znení v tom, že vykonal artroskopiou ľavého kolena, namiesto plánovanej artroskopie pravého kolena.

NEDOSTATOČNÁ DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA TEPLÔT

Úradu bol doručený podnet matky maloletej pacientky, ktorá vyjadrila podozrenie z nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej dcére.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka, narodená dňa 16.01.2019, v termíne, s primeranou popôrodnou adaptáciou, bola od narodenia evidovaná v AVLDD dohliadaného poskytovateľa. Absolvovala povinné lekárske prehliadky v rámci poradne, preventívne vyšetrenia a očkovania. Okrem upchatého nosa, zahlienenia a náznaku spasticity pri auskultácii vo veku 2 mesiacov neboli zaznamenané žiadne ťažkosti. Dňa 11.06.2019 bola pacientka vo veku necelých 5 mesiacov vyšetrená zastupujúcou lekárkou v ambulancii dohliadaného poskytovateľa pre matkou udávané „od nedele rána teplota, 38,8 °C, zvracala“. Zdravotná dokumentácia z vyšetrenia obsahuje záznam z vyšetrenia: „K-P komp., bruško voľné, priehmatné, dentitio incisivum, ameningeálne. Nurofen, Paralen – striedať, dostatok tekutín.“ Dňa 12.06.2019 o 21:39 hod. bola pacientka prijatá do ústavného zariadenia cestou LSPP s nameranou hodnotou CRP 119 mg/l a diagnózou susp. IMC. Matka udávala pretrvávanie teplôt do 39,5 °C. Vo vstupných laboratórnych parametroch boli elevované zápalové markery (CRP 150 mg/l, PCT 3 ug/l, leukocytóza), v moči leukocytúria, hematúria, nitritúria. Pri USG vyšetrení bol prítomný obraz pyelonefritídy vľavo. Kultivačne bola potvrdená E. coli 10⁴ - 10⁵/ml v moči.

Po aplikácii ATB liečby došlo k zlepšeniu celkového stavu a k regresii USG nálezu na ľavej obličke. Dňa 17.06.2019 bola pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti. V zdravotnej dokumentácii AVLDD nasleduje záznam zo dňa 18.06.2019 od ďalšej zastupujúcej lekárky o hospitalizácii pre akútnu tubulointersticiálnu nefritídu. Ďalšie vyšetrenia v AVLDD boli ošetrojúcou lekárkou realizované dňa 03.07.2019, 04.07.2019 (CRP v norme, Fe 13,6 ug/l, moč K+C Enterococcus faec. >10⁵/ml, ord. Bisepol), 22.07.2019, 24.07.2019 (kontrolný moč K+C sterilný), 05.08.2019, 08.08.2019, 26.08.2019 (moč K+C), 30.08.2019.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Matka s dieťaťom vo veku necelých 5 mesiacov navštívila AVLDD dňa 11.06.2019 (utorok) s údajom o horúčkach 38,8 °C od nedele rána, udávala zvracanie dieťaťa. Dieťa bolo vyšetrené zastupujúcou lekárkou, ktorá po vyšetrení stav uzavrela ako začínajúca dentícia - prerezávanie zúbkov, odporúčala striedať pri zvýšenej teplote Nurofen a Paralen a dostatok tekutín. Dňa 12.06.2019 bolo dieťa vyšetrené v rámci LSPP, kedy boli zistené vysoké hodnoty CRP (119 mg/l) a následne bolo odoslané do ústavného zariadenia ako susp. infekcia močových ciest. Dieťa bolo hospitalizované od 12.06.2019 do 17.06.2019 a prepustené s konečnou diagnózou akútnej tubulointersticiálnej nefritídy I. sin., 1. atak. Bola odporučená ďalšia liečba a kontrola moču cestou AVLDD po preliečení.

Infekcia močových ciest je častý problém v pediatrických ambulanciách a na detských lôžkových oddeleniach. Klinické prejavy akútnej pyelonefritídy závisia od veku

pacienta - čím mladšie je dieťa, tým má menej charakteristické príznaky. Pri každej horúčke, ako aj pri opakovaných subfebrilitách, treba u detí s chudobným orgánovým nálezom myslieť na možnosť infekcie močových ciest a vykonať kompletné vyšetrenie moču. Oneskorený začiatok liečby pyelonefritídy je hlavným rizikovým faktorom renálneho jazvenia. Dôraz sa kladie na včasné vyšetrenie moču na leukocytúriu a nitritúriu, pri každom ďalšom febrilnom stave je v prípade pozitívneho výsledku indikované okamžité nasadenie primeranej liečby. Vzhľadom na závažnosť akútnej pyelonefritídy, patria podľa väčšiny odborníkov dojčatá a malé deti aspoň v iniciálnej fáze choroby na lôžko detského oddelenia. Indikáciou k príjmu je nízky vek dieťaťa (menej ako 6 rokov), dehydratácia, vracanie, nedostatočný príjem tekutín a odmietanie perorálnej liečby.

Takmer 5-mesačné dieťa s údajom zvýšenej teploty dva dni a zvracania bolo vyšetrené v AVLDD, kde bol po fyzikálnom vyšetrení stav uzavretý ako začínajúce prerezávanie zubkov. Vzhľadom na to, že išlo o veľmi malé dieťa, a na anamnézu dva dni trvajúcich horúčok a udávaného zvracania pri chudobnom objektívnom náleze, bolo v rámci ambulantného vyšetrenia potrebné ešte ďalšie dodiagnostikovanie dieťaťa: vyšetrenie hladiny CRP a vyšetrenie moču, ktoré by v tom čase mohli ukázať začínajúcu infekciu močových ciest. Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, nakoľko neboli vyčerpané všetky dostupné prostriedky na dodiagnostikovanie príčin ťažkostí malého, takmer 5-mesačného dieťaťa (vyšetrenie moču a CRP).

ZISTENÉ NEDOSTATKY

V rámci komplexného vyšetrenia v AVLDD dňa 11.06.2019 u takmer 5-mesačnej pacientky s anamnézou 2 dni trvajúcich zvýšených teplôt a zvracania, pri chudobnom objektívnom náleze, malo byť ordinované a realizované vyšetrenie moču a CRP.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením 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. Zdravotná starostlivosť nebola pacientke v dohliadanom období v AVLDD dohliadaného poskytovateľa poskytnutá správne.

OPAKOVANÉ VYŠETRENIE – ODLIŠNÝ

VÝSLEDOK

Podnet na preverenie správnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti podal pacient, ktorý pre bolesti brucha navštívil opakovane urgentnú pohotovostnú službu nemocničného zariadenia a vyjadril nespokojnosť s „opakovaným vyšetrením“ a spôsobom, ako mu bola poskytnutá zdravotná starostlivosť.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 18.11.2019 v ranných hodinách (06:38 hod. čas tlačne písomného záznamu) bol pacient vyšetrený v CPO ambulancii zdravotníckeho zariadenia s nálezom: Diagnózy: R10.1 Bolesť hornej časti brucha. Pacient s KP prišiel sám. Vyšetrovaný od 05:40 hod.. TO: Pacient udáva bolesti brucha lokalizované do pravého podrebria od 03:30 hod. kľčovité, zobudil sa na bolesť, nevyžarujúcu, nevracal, nauzeu nemá, včera večer mal 3x hnačku normálnej farby, dýcha sa mu dobre, diétu chybu neguje, teplotu nemal. Pri príchode na CPO bez bolesti hlavy, bolesti na hrudníku, bez sťaženia dýchania, zvracania, vertiga, diplopie. Iné ťažkosti neudáva. OA: RFA v Banskej Bystrici 2017 pre SVT, od vtedy bez recidívy arytmie, O: laserová korekcia dioptrií, 2x strabizmus. LA: Alventa. AA: negat. Objektívne: TK 127/70 mmHg, P: 85/min, TT 36.7 °C, saturácia krvi kyslíkom 99 %. Pacient pri vedomí, orientovaný, GCS 15, orientačne neurologicky v norme, poloha aktívna, pokojné eupnoe, cirkulačne stabilizovaný, hydratácia primeraná, koža čistá, bez ikteru a cyanózy, periférne prekrvenie v norme, habitus normostenický, svalstvo normotrofické. Hlava: na poklop nebolestivá, zrenice izokorické, FR+/, bulby v strednom postavení, doťahujú všetkými smermi, nystagmus neprítomný, výstupy N. V. na tlak nebolestivé, inervácia N. VII. správna, sliznice vlhké, jazyk plazí v strednej rovine, krk bpn., štítnu žľazu ani lymfatické uzliny nehmatám, krčná chrbtica bez palp. citlivosti, voľná vo všetkých smeroch, šija neoponuje. Hrudník: akcia srdca pravidelná, ozvy zvučné, šelest nediferencujem, dýchanie vezikulárne, čisté, bez VDF. Brucho: v niveau hrudníka, mäkké, priehmatné, palpačne bolestivé v pravom hypochondriu, bez hmatnej rezistencie,

bez peritoneálneho dráždenia, hepar a lien v oblúku, peristaltika prítomná, TPT bilat. negat. Končatiny: bez edémov, deformít a varixov, Homans bilat. negat. Zavedená i. v. kanylá. RTG hrudníka v PA projekcii: Pľúcny parenchým bez zrejmych ložiskových zmien, cievna kresba je primeraná, bránica je klenutá, fc uhly sú voľné, srdce je nezväčšené, mediastínium bez presunu. Dátum potvrdenia: 18.11.2019 06:06 hod. RTG natív snímka brucha v stoj: bez ileózných hladín a pneumoperitonea. USG abdomenu: Pečeň je nezväčšená, primeranej echogenity, bez zrejmych ložiskových zmien. Žlčník je nezväčšený, bez litiázy, stena je nezhrubnutá, žlčové cesty sú nedilatované. Pankreas je bez známok expanzie. Obe obličky sú primeranej veľkosti, kôra primeranej šírky, bez stázy a zreteľnej litiázy. Slezina je nezväčšená, bez ložiskových zmien. Močový mechúr je málo naplnený. Bez priekaznej voľnej tekutiny v dutine brušnej. Záver: USG nález bez zreteľnej patológie. Dátum potvrdenia: 18.11.2019 06:10 hod. Laboratórne výsledky: Biochémia sérum: S-Gluk: 5,78, S-Krea: 87,1, S-BiIC: 16,36, S-BiIk: 5,21, S-AST: 0,40, S-ALT: 0,63, S-AMS: 0,97, S-Na: 141,0, S-K: 4,12, S-CRP: 0,48. Krvný obraz: KO-WBC: 11,95, KO-RBC: 5,10, KO-HGB: 147,0, KO-HTC: 0,44, KO-PLT: 210,0, KO-MCH: 28,70, KO-MCHC: 333,0, KO-MCV: 86,2, KO-NEUab: 9,07, KO-LYMab: 2,21, KO-MONOab: 0,58, KO-EOZab: 0,08, KO-BASOab: 0,01, KO-NEU %: 75,9, KO-LYM %: 18,5, KO-MONO %: 4,8, KO-EOZ %: 0,7, KO-BASO %: 0,1, RDW: 12,5, PDW: 15,6, MPV: 8,9. Koagulácia a iné: Quick-INR: 0,99, APTTtrati: 1,08. Nedefinovaná trieda: CKD-EPI: 1,78. Th: inf. FR 500 ml i. v. + 1 amp. Omeprazol 40 mg i. v. + 1 amp. Mesocain i. v. + 1 amp. Analgin i. v. Záver: o NPB nejde. Odporúčanie: kontrola lekárom po stečení infúzie. Dňa 18.11.2019 o 08:12 hod. bol pacient vyšetrený

lekárom dennej zmeny s nálezom: Diagnózy: R101 Bolesť v hornej časti brucha. Nadväzujem na nález lekára CPO z nočnej služby: Subj.: pacient sa cíti po stečení infúzie lepšie, kľče v bruchu mu prestali. Záver: Bolesť brucha pod pravým rebrovým oblúkom, bez NPB. Pacient KP kompenzovaný, cirkulačne stabilizovaný, po stečení infúzie udáva subjektívne zlepšenie stavu, objektívne schopný demitu. Dopor.: diétny režim, dostatočný príjem tekutín, v prípade bolesti brucha možno užiť voľnopredajné analgetiká, Buscopan, Nospa, pri ťažkostiach obvodný lekár, v prípade zhoršenia stavu kontrola ihneď, pacient poučený.

Dňa 18.11.2019 (18:10 hod. čas tlače písomného záznamu) sa pacient dostavil do ambulancie centrálného príjmu zdravotníckeho zariadenia po poukázaní z AVL D pre bolesť brucha v oblasti mezogastria a v oblasti pravého hypogastria. Zdokumentovaný bol nález: „Subj.: Pacient dnes komplet vyšetrený na urg. prijme..., odbery, RTG brucha, USG brucha, všetko bez evid. patológie, lab. v norme, USG bez zrejmej patológie, po vyšetrení šiel ešte k obvodnej lekárke, ktorá mu dala výmenný lístok na vyšetrenie brucha, nevie či nečítala komplet vyšetrenie z nemocnice, ale odoslala ho opäť na vyšetrenie. Pacienta odosielame na NSB brucha, začíname vyšetrenie, pacient vtedy vytiahol mobilný telefón, povedal, že si celý komplet náš rozhovor nahral na mobil a že uvidíme dôsledky .. opustil urg. príjem. Dg. záver: R454.“

Priebeh ochorenia: Toho istého dňa 18.11.2019 (21:04 hod. čas tlače písomného záznamu) bol pacient opakovane vyšetrený v CPO ambulancii zdravotníckeho zariadenia, kde bol vyšetrený prvýkrát: Diagnózy: R103 Bolesť v iných častiach podbrúšia, K37 Apendicitída, bližšie neurčená. Pacient s KP, s poukazom vyšetovaný

od 19:55 hod. TO: pacient dnes vyšetrený na CPO ako bolesť pod PRO s vylúčením NPB, demitovaný po infúznej liečbe. Po opustení priestorov CPO bolesti viacmenej sa objavili znova, s postupným prestupom do oblasti pupku a neskôr do oblasti pravého podbrúška. Bolesť skôr tupé, bez úľavovej polohy. Dal si od bolesti buscopan, bez efektu. Stolicu mal naposledy včera večer 3x, hnačkovitú, normálnej farby, odvtedy nemal. Prestali mu odchádzať vetry. Následne vyšetrený v AVL D, ktorá pacienta pre klinický nález odoslala na CPO. Pri vyšetrení na CPO napína ho na zvracanie, udáva bolesť brucha v pravom podbrúšku, hlavne na dotyk, má pocit nafúknutého brucha, vetry neodchádzajú, pri močení ho nepáli. Dýcha sa mu dobre, bolesti na hrudníku nemá. OA: RFA v Banskej Bystrici 2017 pre SVT, od vtedy bez recidívy arytmie, panické ataky v dispenzarizácii rajónneho psychiatra, operácie: laserová korekcia dioptrií, 2x strabizmus, AA: negat., LA: Alventa 1-0-0. Obj.: TK 129/79 mmHg, HR 76/reg., TT: 37,5 °C, orientovaný poloha aktívna, postoj a chôdza stabilná, limitovaná bolesťou, bez titubácií, pokojné eupnoe, hydratácia primeraná, koža čistá, bez ikteru a cyanózy, NCP na periférii orientačne v norme, Hlava – palpačne nebolestivá, bulby v strednom postavení, inervácia n. VII správna, zrenice izokorické, foto +/+, sliznice vlhké, jazyk plazí v strednej rovine, krk - bpn, dýchanie vezikulárne, počuteľné v celom rozsahu, bez VDF, cor AP, ozvy ohraničené, šesť nepočujem, brucho v niveau hrudníka, mäkké, priehmatné, palpačne citlivé v pravom hypogastriu, bez rezistencie, bez hepatosplenomegálie, peristaltika prítomná, BI-, Ro-, PI+, Mu-, tapotementt bilat. negat, DK bez edémov. Biochémia sérum: S-Gluk: 6,23, S-Urea: 4,44, S-Krea: 87,0, S-AST: 0,36, S-ALT: 0,60, S-GMT: 0,36, S-AMS: 1,0, S-Na: 139,7, S-K: 3,98, S-CRP:

13,61. Krvný obraz: KO-WBC: 15,37, KO-RBC: 5,07, KO-HGB: 145,0, KO-HTC: 0,44, KO-PLT: 230,0, KO-MCH: 28,60, KO-MCHC: 331,0, KO-MCV: 86,5, KO-NEUab: 12,85, KO-LYMab: 1,71, KO-MONOb: 0,80, KO-EOZab: 0,00, KO-BASOb: 0,01, KO-NEU %: 83,6, KO-LYM %: 11,1, KO-MONO %: 5,2, KO-EOZ %: 0,0, KO-BASO %: 0,1, RDW: 12,6, PDW: 15,6, MPV: 9,0. Koagulácia a iné: Quick-INR: 0,98, APTTtrati: 1,00. Nedefinovaná trieda: CKD-EPI: 1,78. RTG brucha v stojí: Hladinky v črevách v pravom dolnom kvadrante, voľný plyn podbránične nepozorovať. Dátum potvrdenia: 18.11.2019 20:25 hod. USG abdomenu: Appendix mediocekálne, edematózne, zhrubnutý, jemný lem tekutiny v jeho okolí – apendicitis. Pečeň primeranej veľkosti a echogenity, hladkého povrchu, bez zrejmych ložiskových zmien. Žlčník tenkostenný, nezväčšený, bez litiázy, žlčové cesty a v portae nerozšírené. Pankreas prekrytý. Slezina nezväčšená. Obličky primeranej veľkosti a šírky parenchýmu, bez stázy. Dátum potvrdenia: 18.11.2019 20:38 hod. RTG hrudníka v PA projekcii, 18.11.2019 06:02 hod. Pľúcny parenchým bez zrejmych ložiskových zmien, cievna kresba je primeraná, bránica je klenutá, fc uhly sú voľné, srdce je nezväčšené, mediastínium bez presunu. Zavedená i. v. kanyla. Podané: 1 amp. Degan i. v. bolus, FR 250 ml + 1 amp. Mesocain + 1 amp. Buscopan i. v. inf. Dg.: bolestivý brušný sy. v pravom hypogastriu v dif. dg. – apendicitis acuta. Dop.: Chirurgické konzílium. Následne (21:34 hod. čas tlaču písomného záznamu) bolo u pacienta vykonané chirurgické konzílium, so záverom: Appendicitis acuta. Odporúčaný bol príjem na chirurgickú kliniku.

Prijatie pacienta: V nasledujúcom období od 18.11.2019 do 20.11.2019 bol pacient hospitalizovaný na chirurgickej klinike ústavného zariadenia. Dňa 18.11.2019

vo večerných hodinách bola v celkovej anestézii realizovaná urgentná apendektómia s nálezom flegmonózne zmeneného appendixu. Pooperačne bola ordinovaná ATB liečba. Pooperačný priebeh bol primeraný, pacient bol realimentovaný, rana bola pokojná. Pacient bol na 2. pooperačný deň v stabilizovanom stave, afebrilný, prepustený s odporúčaním do ambulantnej starostlivosti.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Pri vyšetrení pacienta dňa 18.11.2019 (18:10 hod. čas tlaču písomného záznamu) v ambulancii centrálného príjmu neboli dodržané štandardné diagnostické postupy, nebola zdokumentovaná aktuálna anamnéza, pacient nebol objektívne vyšetrený, natívna snímka brucha bola indikovaná bez predchádzajúceho objektívneho vyšetrenia.

Klinický obraz sa pri NPB môže meniť veľmi rýchlo, takže 12 hodín staré, aj keď kompletne chirurgické vyšetrenie, nevyklučuje možnosť progresie klinického nálezu.

ZÁVER

V doloženom zdravotnom zázname z „opakovaného vyšetrenia“ vyšetrujúci lekár neuvádzal anamnestické informácie, ktoré formuloval pacient. Neuvádzal základné informácie o vyšetrení pacienta, vitálne funkcie, TT, nález na bruchu. Zdôrazňuje negatívny nález z vyšetrenia pred cca 12 hod. Uvádzal, že pacienta odosiela na NSB, „začínáme vyšetrenie“. Podľa tejto informácie vyšetrujúci lekár odoslal pacienta na RTG vyšetrenie brucha

bez predchádzajúceho klinického vyšetrenia, teda bez jednoznačnej indikácie. Ďalšie pokračovanie „vo vyšetrowaní“ pacient ukončil svojim nesúhlasom a odišiel do iného zdravotníckeho zariadenia.

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na diaľku a prešetrením 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.

KEĎ JE VÄZEŇ PACIENTOM

Podnet podaný matkou 58-ročného nebohého syna, ktorý bol v inkriminovanom období umiestnený v Ústave na výkon väzby a Ústave na výkon trestu odňatia slobody.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 28.01.2019 o 04:37 hod. bol pacient prostredníctvom ZZS RLP privezený z ÚVVaÚVTOS do ÚPS - vnútorné lekárstvo pre slabosť, nevoľnosť, sťažené dýchanie, bodavú bolesť v prekordiu a búšenie srdca s diagnózami: Tachykardia (SF 208/min) a Hypotenzia (TK 100/75 mmHg). V ambulancii ZZS bol zavedený PVK, podané - NaCl, Betaloc i. v., infúzia FR. V internej ambulancii bola zistená OA: M. Crohn, pankreatitída, artériová hypertenzia; LA: Imuran, Agen; NA: fajčiar, alkohol nepije.

V rámci terajšieho ochorenia bolo zaznamenané, že pacientovi je od predošlého rána zle, okolo 07:00 hod. nameraná rýchla pulzová fr. 130/min, udával tlakové bolesti za hrudnou kosťou. SPG: pacient pri vedomí, orientovaný, poloha aktívna, habitus normostenický, pokojové eupnoe, koža anikterická, bez cyanózy, bledší kolorit, akcia srdca pravidelná, SF 160..100/min, TK 85/60 mmHg, dýchanie vezikulárne čisté, bez VDF, brucho priehmatné bez palpačnej citlivosti a hmatnej rezistencie, peristaltika auskultačne prítomná, hepar a lien nehmatné, DK bez edémov a varixov, TT 36,5 °C. EKG (04:52 hod.): „AFLU/SVT, fr. 169/min, QRS 90 ms, R/S vo V4, bez ak. repol. a ischem. zmien“. Podaný bol Vasocardin 25 mg. Následné EKG (05:48 hod.): „SR, fr. 109/min, PQ 160 ms, QRS 90 ms, R/S vo V4 vyšší odstup ST v II,V3“. Stanovené diagnózy: Paroxysmus AFLU/SVT so spontánnou konverziou na sínusový rytmus, Morbus Crohn, Artériová hypertenzia. Odporúčania - pacient z interného hľadiska K-P kompenzovaný, akútnu hospitalizáciu na internom oddelení nevyžaduje; ráno kontrola v AVLD, konzultovať arytmiologickú ambulanciu za účelom ďalšieho manažmentu; v prípade ťažkostí kontrola v internej ambulancii ihneď. Vyšetrenie ukončené o 05:58 hod.

Dňa 28.01.2019 o 10:49 hod. bol pacient opäť cestou ZZS RZP privezený (po odoslaní všeobecným lekárom) do Príjmovej a konziliárnej ambulancie vnútorného lekárstva (toho istého PZS) pre opakovaný kolaps, hypotenziu (TK 80/50 mmHg) a slabosť; bolesti na hrudníku pacient negoval, SF 71..72/min, glykémia 8,6 mmol/l; v ambulancii ZZS napojená infúzia FR. V internej ambulancii bolo v rámci OA doplnené, že ide o pacienta s M. Crohn - stav po opak. resekciách hrubého čreva. V rámci terajšieho ochorenia bolo zaznamenané,

že v noci „z piatka na sobotu“ (25./26.01.2019) začali ťažkosti - bolesti pod pravým rebrovým oblúkom, v noci nespál, mal triašku, spotil sa, poobede si zobral Nalgesin, šiel na priepustku k sestre, tam sa nemal dobre, bol slabý, mal vysokú TT - nad 39 °C, večer sa vrátil, v noci sa mal zase zle, dominovali bolesti pod pravým rebrovým oblúkom, 28.01.2019 nadránom bol na ÚPS - vnútorné lekárstvo - stav po spont. verzii fluttera predsiení; moč tmavý, oranžový, stolice menlivé, ale nie horšie ako obyčajne, nie krvavé; pokašliava, nedá sa mu odkašľať. Zaznamenané tiež, že pacient je umiestnený v ústave na výkon väzby s najmiernejším strážením, môže sa pohybovať voľne, len sa musí hlásiť. SPG: pacient pri vedomí, orientovaný, poloha aktívna, slabý, orientačne neurologicky bez deficitu, šija neoponuje, habitus normostenický, koža subikterická, bez cyanózy, pokojové eupnoe, hydratácia slabá, zrenice izokorické, skléry žltavé, oropharynx bez zápalu, jazyk suchý, dýchanie vezikulárne, bez VDF, vpravo oslabené, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, brucho v niveau, palpačne tuhé pod pravým rebrovým oblúkom, bolestivé, peristaltika prítomná, DK bez edémov, TK 85/60 mmHg, TF 100/min, TT afebrilný. EKG (11:01 hod.): „RS, akcia prav., frekvencia 100/min, PQ 0,14s, QRS do 0,12s, repol. Bez sign. isch. zmien“. Realizované RTG brucha v stojí: Výrazná žalúdočná bublina s dlhou hladinkou, možná distenzia žalúdka, ako aj žalúdočná hypersekrécia, vzduchová bublina s hladinkou pravdepodobne na vrchole lienálnej flexúry hrubého čreva; ostatný nález plne v medziach normy. RTG hrudných orgánov: zápalové zmeny pľúcneho tkaniva vpravo. Podaná bola infúzia FR 500 ml 3x. Stanovené diagnózy: Bronchopneumónia l. dx., bolesť pod pravým rebrovým oblúkom - susp. cholecystitída, Hypotenzia - možný prešokový stav + „ost.

dg.“. Odporúčania - u pacienta je indikovaná hospitalizácia, vzhľadom na to, že ide o pacienta umiestneného v ústave na výkon väzby prostredníctvom ich všeobecného lekára dohovorený príjem do väzenskej nemocnice v Trenčíne, dohovorený policajný doprovod, prevoz RZP (13:15 -16:50 hod.).

Od 28.01.2019 do 29.01.2019 bol pacient hospitalizovaný v Nemocnici pre obvinených a odsúdených a ÚVTOS Trenčín, kde bol 29.01.2019 o 07:23 hod. konštatovaný exitus letalis. Záverečné diagnózy: Akútne respiračné zlyhanie v rámci MODS pri septickom stave, Agranulocytóza v. s. ako nežiaduci účinok azatioprinu, Makrocytová anémia ťažkého st., Bolesťový syndróm pravého podbrušia, Flutter predsiení/SVT - stav po spontánnej konverzii na SR (v ZD 28.01.2019), Artérová hypertenzia (v ZD), M. Crohn - stenotizujúca forma, stav po pravostrannej hemikolektómii a resekcii terminálneho ilea, stav po opakovanej revízii pre fistuly a stenotizácie (r. 2004 - 2005), adheziolýzy, kolokutánná fistula, Hepatopatia - steatóza pečene, Chronická pankreatitída, Susp. polyp močového mechúra, Nefrolitiáza l. dx. (v ZD), Nikotinizmus.

Dňa 30.01.2019 bola vykonaná patologicko-anatomická pitva so záverom:

Príčina smrti - Cor decompensatum, Hypertrophia excentrica ventriculorum cordis bilat., Myomalationes m. cordis cum myofibrosis disseminata m. cordis.

Základná choroba - Bronchopneumonia mucopurulenta pulmonis dx., - Morbus Crohn stenotisans (od. r. 2004) - klinický údaj.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Výkonom dohľadu na mieste po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, vyjadrení PZS, ako aj na účely dohľadu prizvaného konzultanta úradu z odboru vnútorné lekárstvo úrad zistil, že diagnostické, terapeutické a časové postupy neboli v súlade so štandardnými postupmi a súčasnými odbornými poznatkami.

1/ Pri vyšetrení pacienta v rámci ÚPS - vnútorné lekárstvo dňa 28.01.2019 (cca 4:40 – 05:58 hod.)

- mali byť zrealizované základné hematologické a biochemické laboratórne vyšetrenia,
- po verzii na sínusový rytmus mal byť pacient ponechaný v nemocnici na pozorovanie s monitoringom TK a pulzovej frekvencie, s príslušnými diagnostickými a terapeutickými postupmi vzhľadom na to, že išlo o pacienta s liečenou artériovou hypertenziou, avšak s aktuálnou hypotenziou (TK 85/60 mmHg), poukazujúcou na šokový stav, so záchvatom - flutter predsiení/supraventrikulárna tachykardia, vzniknutým prvýkrát, ako aj o rizikového pacienta s M. Crohn.

2/ Pri vyšetrení pacienta v Príjmovej a konziliárnej ambulancii vnútorného lekárstva dňa 28.01.2019 (cca 10:50 – 13:15 hod.)

- mali byť zrealizované základné hematologické a biochemické laboratórne vyšetrenia,
- vzhľadom na šokový stav a zistenú rozsiahlu pravostrannú bronchopneumóniu mal byť pacient hospitalizovaný na oddelení vnútorného lekárstva príslušného PZS s následnými adekvátnymi diagnostickými a intenzívnymi terapeutickými postupmi,

- vzhľadom na závažnosť stavu nemal byť pacient transportovaný prostredníctvom ZZS RZP do Nemocnice pre obvinených a odsúdených v Trenčíne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

NEPOZNANIE AKÚTNEJ BRUŠNEJ PRÍHODY U PACIENTKY S NOVODIAGNOSTIKOVANÝM NÁDOROM MATERNICE

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie dcéry zosnulej pacientky, ktorá požiadala o prešetrenie zdravotnej starostlivosti poskytnutej jej zosnulej matke, ktorá bola hospitalizovaná pre veľké bolesti brucha a žalúdka.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V dohliadanom období mala pacientka 59 rokov, v minulosti bola liečená na artériovú hypertenziu, neskôr liečbu svojvoľne ukončila, ambulanciu všeobecnej lekárky prestala navštevovať. Zmluvným gynekológom bola

ako 45-ročná odoslaná do ústavného zariadenia za účelom doriešenia nálezů na krčku maternice, viac v ambulancii zmluvného gynekológa nebola.

Dňa 03.06.2020 bola k pacientke v dopoludňajších hodinách zavolaná záchranná zdravotná služba pre bolesti brucha. Udávala asi 3 týždne trvajúce bolesti brucha, ktoré začínali pod rebrovými oblúkmi, mala kŕče, diétovala, v ten deň ráno užila No-spa. Stolicu mala v norme. Pacientka sa po liečbe (infúzia FR, Torecan) cítila lepšie, odmietla prevoz do nemocnice. Popoludní vyhľadala ambulantnú pohotovostnú službu, pre suponované známky peritonitídy bola odoslaná na chirurgické vyšetrenie.

V čase o 20:02 hod. bola pacientka prijatá na chirurgické oddelenie. Nauzeu alebo vomitus neudávala, udávala zvýraznenie bolestí kŕčového charakteru brucha od noci. Objektívne bola kardiopulmonálne stabilizovaná, brucho mala voľné, priehmatné, čiastočne napínala brušnú stenu, palpačne difúzne citlivé až bolestivé, bez hmatnej rezistencie, peristaltika tichšia, bez vysokých tónov, Plenies, Blumberg, Roving, Murphy negatívne, tapotement negatívny. Vyšetrenie per rectum absentuje. Laboratórne v krvnom obraze ľahká leukocytóza ($11,1 \times 10^9/l$), anémia ťažkého stupňa (Hgb 79 g/l), trombocytóza ($602 \times 10^9/l$), v biochemických vyšetreniach urea v norme, kreatinín 148,4 $\mu\text{mol/l}$, hepatálne testy v norme, amylázy 14,59 $\mu\text{kat/l}$, lipáza 1,98 $\mu\text{kat/l}$, hyponatrémia (123 mmol/l), hyperkaliémia (7,1.. 5,6 mmol/l), vysoké CRP (160,2 mg/l). Ešte pred prijatím realizované sonografické vyšetrenie brušných orgánov preukázalo zväčšenú pečeň s USG obrazom steatózy, voľnú tekutinovú kolekciu perihepaticky, perisplenicky, v malej panve medzi črevnými kľučkami (v diff. dg. ascites, malígný výpotok, hemoperitoneum), ďalej atrofické zmeny

pravej obličky a hypoechogénny, neostro ohraničený, nehomogénny útvar dorzálne od močového mechúra s odporúčením dovyšetrovania. Na RTG snímke brucha v ľahu popísaný meteorizmus a obsah stolice v kolon, bez dilatácie črevných kľučiek a prítomnosti hydroaerických fenoménov, bez voľného plynu pod bránicami. Počas hospitalizácie podávaná infúzna a analgetická liečba. Vzhľadom na suponovaný gynekologický pôvod ťažkostí (na základe sonografického nálezů a údajů nepravidelného krvácania od decembra 2019) bola pacientka ešte v ten deň o 22:58 hod. preložená na gynekologické oddelenie k doriešeniu stavu s diagnostickými závermi: tumor cervicis uteri, ascites, anémia ťažkého stupňa kombinovanej etiológie. Podľa údajů v prepúšťacej správe bola pacientka klinicky bez známok peritonizmu, bez náhlej príhody brušnej, laboratórne bez známok sepsy.

Pacientka bola od 03.06.2020 do 05.06.2020 hospitalizovaná na gynekologickom oddelení. Gynekologická anamnéza: 2 pôrody, posledné gynekologické vyšetrenie pred 15 rokmi. Pri prijatí na gynekologické oddelenie pacientka udávala nepravidelné krvácanie z rodidiel od decembra 2019, bolesti v podbruší, aktuálne zvýraznené, posledné 2 týždne zvracala, aktuálne nezvracala. Pri gynekologickom vyšetrení portio tumorózne zmenené, difúzne krvácajúce, klenby spotrebované tumorom, pri vyšetrení získané droľivé hmoty z cervixu (reprezentatívna vzorka na histologické vyšetrenie), palpačne hmatný tumorózne zmenený cervix, klenby spotrebované tumorom, brucho palpačne citlivé, bez peritoneálneho dráždenia, zavedený gelaspon a tamponáda pošvy. Transvaginálnym sonografickým vyšetrením zistený v oblasti uteru nehomogénny tumor

veľkosti 74x48 mm, adnexá bilaterálne nediferencované, v cavum Douglasi voľná tekutina 33 mm. Pacientke podávaná hemoterapia, infúzna liečba, spasmooanalgetiká, hemostyptiká, antibiotická liečba empiricky (Bitammon), korigovaná hyperkaliémia. Pri konziliárnom internom vyšetrení (dňa 04.06.2020 o 13:45 hod.) bola pacientka kardiopulmonálne stabilizovaná, brucho priehmatné, palpačne citlivé, aperitoneálne. EKG krivka bez čerstvých ischemických zmien. Aktuálne laboratórne urea, kreatinín, hepatálne testy v norme, zvýšená amyláza, ľahko zvýšená lipáza, Na 129 mmol/l, K 6,54... 4,42 mmol/l, CRP 249 mg/l. Pacientka mala odstránenú tamponádu z pošvy, nekrvácala. Dňa 05.06.2020 sa pacientka cítila horšie, ťažšie sa jej dýchalo, viac ju bolelo brucho. Objektívne brucho ascitické, zatvrdnuté, horšie priehmatné, pohmatovo bolestivé. V kontrolných laboratórnych vyšetreniach vzostup CRP na 431,6 mg/l, v krvnom obraze leukocytóza ($22,7 \times 10^9/l$), hemoglobín po hemoterapii zo vzostupom na 107 g/l. Realizované CT vyšetrenie brucha a malej panvy (natívne aj s kontrastom) preukázalo obrovské množstvo voľného plynu v peritoneálnej dutine, voľnú peritoneálnu tekutinovú kolekciu, únik kontrastu mimo žalúdok nebol pozorovaný, popísané aj známky steatózy pečene, významnej stenózy tr. coeliacus, s filiformnou náplňou a. lienalis, s nesýtením sleziny postkontrastne, na CT známky veľkého tumoru cervixu a tela uteru, bublinky plynu v oblasti prechodu cervixu uteru do vagíny, bez prítomnosti bubliniek plynu v utere poukazujúcich na perforáciu, prítomná tekutinová kolekcia v cavum Douglasi, zväčšené retroperitoneálne lymfatické uzliny aj uzliny v malej panve. V zobrazenom pľúcnom parenchýme podozrenie na drobnonodulárny rozsev. Doplnené RTG vyšetrenie pľúc v ľahu

nepreukázalo jednoznačné infiltratívne ani ložiskové zmeny pľúcneho parenchýmu. Konzultovaný chirurg indikoval urgentný preklad na chirurgické oddelenie za účelom operačnej liečby z vitálnej indikácie. Diagnostický záver z hospitalizácie bol tumor cervicis et corporis uteri, peritonitis acuta, pneumoperitoneum, ascites.

Na JIS chirurgického oddelenia bola pacientka prijatá dňa 05.06.2020 v dopoludňajších hodinách. Klinicky bol prítomný obraz ťažkého septického šoku, pri preklade s nemerateľným tlakom krvi, s nutnosťou vazopresorickej podpory, mramorovanie kože dolných končatín, na bruchu bubienkový poklop, defans musculaire. Pacientka bola pripravovaná na operačný výkon, anesteziológ v rámci predanestetického vyšetrenia konštatoval ASA V/E, výkon z vitálnej indikácie. V skorých odpoľudňajších hodinách realizovaná laparotómia s revíziou dutiny brušnej. Po otvorení dutiny brušnej hornou strednou laparotómiou nález masívneho pneumoperitonea, žľčovú obsah v dutine brušnej, výpotok 1 500 ml, početné pablany s nálezom perforácie žalúdka na prednej stene (8x5 mm); realizovaná sútura vredu, odber na histológiu, výplach dutiny brušnej. Operačné diagnózy: ulcus callosum ventriculi praepyloricum perforans (pneumoperitoneum, peritonitis diffusa inveterata), početné medzikľúčkové abscesy, sepsa, septický šok, abdominálny compartment syndróm. Celková anestézia prebehla bez komplikácií.

Pacientka bola pooperačne do 07.06.2020 hospitalizovaná na JIS chirurgického oddelenia v pokračujúcej analgosedácii. Starostlivosť sa realizovala v spolupráci s anesteziológmi. Podávanú mala komplexnú liečbu septického šoku vrátane mechanickej a farmakologickej podpory vitálnych funkcií, antibiotickú

liečbu, kortikoidy, nízkomolekulový heparín, čerstvú mrazenú plazmu, substituované koagulačné faktory. Kontrolné laboratórne vyšetrenia preukázali metabolickú (laktátovú) acidózu ťažkého stupňa, anemický syndróm, leukocytózu, predĺžené parametre hemokoagulácie, vzostup dusíkatých látok, pokračujúci rozvrat vnútorného prostredia. Hemodialýza nebola indikovaná, pokračovala konzervatívna liečba. V ďalšom období sa prehlbovali klinické a laboratórne známky septického šoku s orgánovou dysfunkciou až zlyháváním, s poruchou hemokoagulácie. Pacientka bola febrilná, cirkulačne nestabilná, na umelej pľúcnej ventilácii. Dňa 07.06.2020 bola preložená na OAIM, kde sa pokračovalo v komplexnej liečbe, napriek tomu pretrvávala hemodynamická nestabilita s nutným zvyšovaním dávok vazopresorov, objavilo sa krvácanie pri koagulopatii. Aj pri maximálne vyťaženej liečbe stav pacientky progredoval, dňa 09.06.2020 došlo k jej úmrtiu.

Histologické vyšetrenie vzorky z cervixu uteru verifikovalo nízko diferencovaný nekeratinizujúci skvamocelulárny karcinóm sprevádzaný prekrvácáním a nekroticko-inflamatórnymi zmenami.

Histologické vyšetrenie vzorky z laparotomickej operácie potvrdilo HP-negatívnu ulceráciu žalúdka, s mykotickou superinfekciou, bez dôkazu nádorovej proliferácie.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

Pacientka bola prijatá vo večerných hodinách dňa 03.06.2020 na chirurgické oddelenie pre 3 týždne trvajúce bolesti brucha s prítomným metabolickým rozvratom, anémiou ťažkého stupňa. Mala realizované sonografické vyšetrenie brucha s nálezom voľnej tekutiny v dutine brušnej a malej panve a s nálezom tumoru malej

panvy. RTG vyšetrenie brucha bolo bez popisu pneumoperitonea. Chirurgovia náhlu príhodu brušnú vylúčili. Vzhľadom na predpokladaný gynekologický pôvod ťažkostí bola pacientka preložená ešte v ten deň na gynekologické oddelenie, kde mala podávanú adekvátnu liečbu. Počas vstupného vyšetrenia bol realizovaný aj odber vzorky z cervixu uteru na histologizáciu. Pri zhoršení zdravotného stavu pacientky dňa 05.06.2020 sa realizovalo urgentné CT vyšetrenie brucha s popisom masívneho pneumoperitonea, ktorého origo nebolo možné z CT vyšetrenia presne určiť. Laboratórne došlo k vzostupu CRP cez 400 mg/l. Po preklade na chirurgické oddelenie bola pacientka urgentne operovaná. Peroperačne pri laparotómii zistený nález masívneho pneumoperitonea, žlčového obsahu v dutine brušnej, výpotku 1 500 ml, početných pablán, početných medzikľučkových abscesov, nález perforácie kalózneho ulkusu žalúdka na prednej stene.

Úrad po analýze zdravotnej dokumentácie a zobrazovacích vyšetrení konštatoval, že zdravotná starostlivosť zo strany dotknutého poskytovateľa nebola pacientke dňa 03.06.2020 poskytnutá správne. Pacientka bola akútne privezená pre bolesti brucha, náhle zhoršenie dlhšie trvajúcich ťažkostí. Pri prijatí na chirurgické oddelenie bol prítomný metabolický rozvrat a anemický syndróm. Sonografickým vyšetrením sa zistila prítomnosť tekutinovej kolekcie v dutine brušnej prakticky v celom rozsahu a tumor malej panvy. Realizovaná bola aj RTG snímka brucha, pričom nález nebol správne vyhodnotený. Na danej RTG snímke brucha boli známky pneumoperitonea - jemný kosáčikovitý pruh voľného vzduchu pod bránicou v subfrenickom priestore v dutine brušnej, taktiež ventrálne pod brušnou stenou.

Úrad taktiež konštatoval, že klinický stav pacientky v korelácii s nálezmi na zobrazovacích vyšetreniach nebol dňa 03.06.2020 správne vyhodnotený - indikované bolo akútne CT vyšetrenie brucha.

V danom prípade išlo o súbeh závažných ochorení, o rozsiahly tumor cervixu uteru (v 3. štádiu) a chronický, kalózny vred žalúdka s postupným porušením bariéry a presakovaním gastroduodenálneho obsahu do peritoneálnej dutiny. Popis inveterovanej peritonitídy operatórom dokumentuje, že nešlo o niekoľkohodinovú perforáciu vredu žalúdka. Ťažkosti pacientky pri prijatí boli nešpecifického charakteru. Laboratórne bol už pri prijatí prítomný minerálový rozvrat, pričom samotná hyperkaliémia mohla byť teoreticky príčinou náhlej smrti pacientky.

Súčasne je korektné poznamenať, že pacientka mala odporúčené doriešenie nálezu na krčku maternice už v minulosti, anamnesticky udávala za obdobie posledných mesiacov nepravidelné krvácanie, a napriek tomu svoj zdravotný stav neriešila.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Skupina vykonávajúca dohľad zistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky. RTG vyšetrenie brucha dňa 03.06.2020 bolo zo strany popisujúceho rádiológa nesprávne vyhodnotené, nakoľko nebolo popísané pneumoperitoneum. U pacientky s daným klinickým stavom a nálezom na RTG vyšetrení brucha bolo indikované akútne CT vyšetrenie.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne.

KRVÁCANIE AKO POOPERAČNÁ KOMPLIKÁCIA PO LAPAROSKOPICKOM ODSTRÁNENÍ ŽLČNÍKA

Podnet na preverenie správnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti podala na pobočku úradu pacientka. V podnete vyjadrila nespokojnosť s poskytnutím zdravotnej starostlivosti k jej osobe ako pacientke na chirurgickom oddelení.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Podľa dokumentácie a vyjadrenia dohliadaného subjektu bola pacientka dňa 09.06.2021 plánovane prijatá na chirurgické oddelenie dohliadaného subjektu za účelom operačnej liečby cholecystolitiázy - laparoskopickej cholecystektómie. Dňa 10.06.2021 v ranných hodinách, po adekvátnej predoperačnej príprave, bola zrealizovaná plánovaná laparoskopická cholecystektómia, v popise operácie lege artis bez komplikácií, aj s kontrolou hemostázy, krvácanie neprítomné, subhepatálne vložený Redonov drén. Pooperačne sledovaná na chirurgickej pooperačnej izbe na monitore so sledovaním hemodynamiky, príjmu

a výdaja, dve hodiny po operácii štandardne vykonaný krvný obraz s Hg: 121. V nočných hodinách pacientka nespí, cca o 23:00 hod. udáva bolesť žalúdka, TK: 105/64 mmHg, P: 100/min. Dňa 11.06.2021 o 02:23 hod. pacientka objektívne hypotenzná TK: 70/47 mmHg, P: 130/min. Sestrou oznámený stav službukonajúcemu lekárovi, ordinovaná ďalšia infúzna (volumexpanzívna) liečba. Dňa 11.06.2021 o 05:30 hod. vykonaný kontrolný krvný obraz s Hg: 86, TK: o 06:00 hod. 89/62 mmHg, P: 121/min. Pri predávaní nočnej služby zhodnotené, že pacientka spala málo, Redonov drén funkčný, o 08:19 hod. odlievaných 230 ml krvavého sekrétu. Pri raňajšej vizite subjektívne aj objektívne známky iniciál. hemoragického šoku, preto urgentne zrealizované CT brucha s nálezom hemoperitonea. Indikovaná urgentná reoperácia, pacientka poučená, súhlasí. Pred príchodom na operačný sál TK: 94/61 mmHg, P: 120/min. Pri reoperácii dňa 11.06.2021 klasickým rezom otvorená dutina brušná, prítomné hemoperitoneum s celkovou stratou krvi v bruchu cca 1500ml (aj s predchádzajúcim odpadom v Redonovej fľaši). Revidovaná subhepatálna oblasť, kde odstránený koag. koláč, klipy na a. cystica a d. cysticus intaktné, predpokladané krvácanie z lôžka pečene, kde je prítomné pevne adherujúce koagulum. Preto lôžko pečene suturované dvomi Z-stehmi, vykonaná toilette dutiny brušnej a vložené dva Tygónové drény do subhepatálneho priestoru a do cavum Douglasi. V ten istý deň ešte pooperačne celkovo podané 3x ery masa a 2x čerstvo zmrazená plazma. Na ďalší deň 12.06.2021 v drénoch minim. odpad - subhepatálny priestor 33 ml cavum Douglasi 40 ml, neskôr pri negat. odpade drény dňa 13.06.2021 extrahované. Pooperačne pacientka hemodynamicky stabilizovaná, priebeh ďalšej liečby bez komplikácií. Dňa 15.06.2021 prepustená

do domácej liečby, pri prepustení hepatálne testy v norme, KO: Le: 5,71, Hkt: 0,31, Hg: 93, Tr: 222, CRP: 15,8 (s pooper. klesaním).

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacientka bola hospitalizovaná na chirurgickom oddelení dohliadaného subjektu v časovom období od 09.06.2021 do 15.06.2021. Podľa dokumentácie pacientka bola prijatá za účelom plánovanej operačnej liečby - CHE pre žlčníkové kamene. RA: bez pozoruhodností. OA: vážnejšie chorá nebola. AA: neguje. LA: Nolpaza. Algifen a Buscopan p.p. PCR test na COVID – negat. Objektívne vyšetrenie pri prijatí: je pri vedomí, orientovaná, poloha aktívna, bez ikteru a cyanózy, eupnoe. Inervácia hlavy orientačne v norme, izokória, FR symetricky výbavná, skléry anikterické, uši, nos a dutina ústna bpn, šija voľná, neoponuje. AS pravidelná, ozvy ohraničené, dýchanie je vezikulárne čisté, brucho nad niveau hrudníka, mäkké, priehmatné a palpačne je citlivé pod PRO, peristaltika prítomná, bez peritoneálneho dráždenia, bez hmatnej rezistencie, inguiny voľné, tapott. bilat. negat., DK bpn. DG: Cholecystolithiasis, kameň žlčníka bez cholecystitídy, bez prejavov obštrukcie žlčových ciest. Predoperačné interné vyšetrenie zo dňa 01.06.2021: kardiopulmonálne je kompenzovaná. Arteriálna hypertenzia 1. st. ESH/ESC, SV paroxyzmálna tachykardia. Nikotinizmus. Operačný výkon v CA možný. Štandardná profylaxia trombembolizmu perioperačne. Prijatá na chirurgické oddelenie dňa 09.06.2021 o 11:26 hod. TK: 103/83 mmHg, P: 100/min. TT: 36,4 °C, DF: 18/min. Výška 165 cm, Hmotnosť 52,5 kg. Poučenie a informovaný súhlas s hospitalizáciou a operáciou v zmysle zákona podpísala. Vedená predoperačná

edukácia pacientky. Na večernej vizite o 18:15 hod. je bez ťažkostí, doporučené pokračovať v ordinovanej liečbe. Podaná klyzma. Ošetrovaný pupok. Dňa 10.06.2021 ráno meraný TK: 90/69 mmHg, P: 74/min, TT: 36,6 °C. Predoperačne o 7:25 hod. podaný Vulmizolin 2 g i. v. Na rannej vizite o 7:25 hod. bez ťažkostí, brucho je nebolestivé. Operácia dňa 10.06.2021 v čase od 8:45 hod. do 10:45 hod. Operácia brušná, plánovaná. Operačná indikácia: Kameň žlčníka bez cholecystitídy, bez prejavov obštrukcie žlčových ciest. Operačný výkon: cholecystektomia laparoskopicky. Indikácia: USG dokázaná cholecolithiaza, opakované bolesti pod PRO. O 10:45 hod. privezená z operačnej sály. Ordinácie: infúzna liečba, Degan, Dolsin, Fraxiparine multí 0,3 s. c. o 17:00 hod. Controloc i. v. 40 mg 2x denne, Novalgin i. v. o 11:59 hod. monitorovaný TK, P, TT, bilancia tekutín. KO: o 12:44 hod. WBC: ...14.83, RBC: ...4.05, HGB: ...121.00, MCV: ...99.00, MCHC: ...30.30 (pg), MCHC: ...2306.0, RDW: ...13.40, PLT: ...230.0, MPV: ...11.60, PDWFL: ...13.50 (11). Je pokračované v infúznej liečbe. Isolyte a 10 % Glukóza s inzulínom. Večerná vizita lekárom o 19:01 hod. Bez pozoruhodností, pokračovať v ordinovanej liečbe. O 21:00 hod. pacientka nespí, udáva bolesti žalúdka. Podaný Degan i. v. Dňa 11.04.2021 o 00:14 hod. bolesti v oblasti operačnej rany a Redonu. O 01:25 hod. Kontroly TK, P, TT. O 2:27 hod. pacientka nespí, cíti sa zle, je hypotenzná. Lekár ordinuje 2x500 ml. Ringerlaktát. O 05:02 hod. podaný Novalgin. Ráno o 06:00 hod. výsledky odberu o 05:30 hod. INR 1,31., PTR 1,29. Biochémia: GLU: ...9.92 (mmol/l), UREA: ...2.35 (mmol/l), KREATE: ...67.22 (pmol/l), TBIL: ...14.17 (pmol/l), DBIL: ...2.96 (uuiol/l), AST: ...0.53 (pkat/l), ALT: ... 0,89 (pkat/l), GMT: ...0.22 (ukat/l), ALP: ...0.67 (pkat/l), PAMS: ...0.18 (pkat/l), NA: ...139.70 (mmol/l), K: ...4.57

(mmol/l), CL: ... 103.70 (mmol/l), CRP: ... 14.2 (mg/l). Hematológia: WBC: ...11.05, RBC: ...72.87, HGB: ...86.00, PICT: ...70.28 (pomer); MCV: ...100.00 ; MCP: ...29.10; PLT: ...236.0; MPV:... 11.40, PDW FL: ...13,7, PTR: ...1.29; INR: ...1.31. Na rannej vizite o 07:20 hod. lekár v dekurze píše: cíti sa slabá, občas závraty, afebrilná. TK: 90/60 mmHg, P: 120/min. Brucho je priehmatné, rany sú kľudné. Redon odsal 250 ml krvavej tekutiny. Ordinácia sledovať TK,P nakrížiť 2 krvi. Je pokračované v ordinovanej liečbe. O 08:20 hod. vystavená žiadanka na CT vyšetrenie. V žiadanke sa píše: pacientka je po CHE, t. č. pokles KO, hypotenzia, odpad z drénu 250 ml krvi. Vylúčiť tekutinové kolekcie v dutine brušnej. Kontrolný KO: o 08:59 hod. Hematológia: WBC: ...11.59, RBC: ...2.63, HGB: ...79.00, HCT: ...0.26; MCV: ... 98.90 ; MCHO: ...28.50, MCHC: ...305.0, RDW: ...13.00, PLT: ...231.0; MPV: ...11.20; PDW FL: ...13.70. Odber: 11.06.2021 o 08:32 hod. a o 08:46 hod. podaný Dicynone i. v., Kanavit i. v., Controloc i. v., infúzna liečba. O 09:21 hod. je výsledok MSCT abdomenu natívne. V dutine brušnej prítomná tekutinová kolekcia denzity 22-45 H. j. perihepatálne (hrúbky 25 mm), periliénálne (hrúbky 20 mm), parakolicky (hrúbky do 22mm), väčšie množstvo tekutiny aj v malej panve. Perihepatálne v pravom hypochondriu prítomné menšie plynové kolekcie. Plynové kolekcie prítomné aj v oblasti brušnej steny a subkutánne vpravo až v úrovni pravej inguiny. Mezogastricky vpravo zavedený brušný drén, hrot drénu je v oblasti hľu pečene. Deštrukciu zobrazeného skeletu nepozorovať. Záver: Hemoperitoneum - väčšie množstvo. Hepatomegalia. Stav po CHE. Pneumoperitoneum - perihepatálne a v pravom hypochondriu - dif. dg pooperačné podmienené. Plynové kolekcie brušnej steny a subkutánne vpravo - v. s. pooperačné. Ložisková lézia

pravej nadobličky - v. s. adenóm minim. fluidothorax vpravo. Plochšie diskkrétne dystelektázy bazálnych častí pľúc bilat. O 09:57 hod. pacientka odvezená na operačný sál. Operácia brušná - urgentná, reoperácia. Indikácia: deň po laparoskopickkej CHE, t. č. so známami hemoragického šoku, hypotenzia, tachykardia, odpad v dréne, CT-nález – známky výraznejšieho hemoperitonea. Reoperácia dňa 11.06.2021 v čase od 10:30 hod do 11:55 hod. Operačná dg. Pre indikáciu na operáciu: Haemoperitoneum, Shock haemorhagicum, St. p. cholecystectomiam laparoscop. Operačný výkon: relaparotomia, revisio et toill.cavi abdominis, sutúra lôžka pečene, Tygon duas. Popis operácie: „V celkovej anestéze Mayo rezom v pr. hypochondriu až mesogastriu sa po vrstvách dostávame do DB, nachádzame výrazné množstvo sanguinolentného sekrétu - celkovo odsávame 1000 ml, straty v koagulách cca 200 ml a v rúškach cca 100 ml, ráno v Redone 230 ml, suma sumárum do 1500 ml. Revidujeme subhepatálny priestor, prítomný výrazný koag. koláč, ktorý manuálne odstaňujeme, v lôžku už pevne adherujúce koagulum, klipy na d. cysticus a a. cystica neporušené, predpokládame krvácanie z lôžka, ktoré sa zdá zastavené. Vykonaná sutúra lôžka žľzníka v pečeni dvomi Z-stehmi, teplé rúčky. Vykonaná dôkladná toill. DB, pod pečeň z pr. mesogastria vkladáme 26" Tygon, tiež 24" do CD. Po teplej rúške nebadáme známky zjavného krvácania, bez zn. žlče. Rúška a tampóny súhlasia, suturujeme brušnú stenu po vrstvách s výplachom oper. rany Betadine roztokom“. Pooperačné ordinácie: Ery masy podľa KO, dnes minim. dve, ČMP, analgéza, inf., LMWH minim. od zajtra (pri nepokračujúcom krvácaní). Na oddelenie po operácii umiestnená o 11:57 hod. Sledované vitálne funkcie. Kontrolný odber KO: o 12:44 hod. s výsledkom: WBC:

9,35, RBC: 2,42, HGB: 73, HCT: 0,24, PLT: 142. Po reoperácií celkove podané tri ERY masy a dve mrazené plazmy. Počas podávania krvných derivátov je bez reakcie. Kontrolný KO: o 19:00 hod. WBC: 10,45, RBC: 2,82, HCT: 0,28, HGB: 84, PLT: 157. Večerná vizita o 19:58 hod. ordinovaná krv a potom kontrolný KO o 00:00 hod. Je pokračované v hemostatickej liečbe Kanavit, Dicynone, Controloc. Antibiotická liečba i. v. Cefotaxim 3x0,5 g. i. v. Dňa 12.06.2021 kontrolný KO: o 00:00 hod. WBC: 8,88, RBC: 3,26, HGB: 96, HCT: 0,32, PLT: 147, INR: 1,18, FIB: 2,4, PRT: 1,16. Pacientka po operácií mala kontrolovaný TK,P á 1 hod. bilancia tekutín. Moč sledovaná diuréza cez PK. Ranný KO: odber o 5:30 hod. WBC: 9,77, RBC: 3,36, HBG: 100, HCT: 0,33, PLT: 158. Kontrolná biochémia: GLY: ...3.97, UREA: 71.56; KREATE: ...57.99, FBIL: ...19.69, DBIL: ...4.39, AST: 70.75, ALT: ...10.94, GMT: ...0.29, ALP:...0.83, NA: ...142.40, K: ...3.73, Cl: ...104.70, CRP: ...31.9. Na rannej vizite o 08:37 hod. sa cíti lepšie, má mierne bolesti. Je afebrilná. Brucho je priehmatné. Rany sú pokojné. Drény odpady č. 1 - 50 ml., č. 2 – 10 ml. Počas dňa je obehove stabilná, mobilná, sledovaná bilancia tekutín. Rana nepretečená. Na večernej vizite o 19:55 hod. pacientka stabilná, je pokračované v ordinovanej liečbe. Dňa 13.06.2021 je pokračované v ordinovanej liečbe. Cíti sa dobre, má mierne bolesti v oblasti operačnej rany. Brucho je priehmatné, rany pokojné, odpady z drénov: č. 1 - 50 ml, č. 2 - 25 ml krvi. Kontrolný KO: WBC: 6,95, RBC: 3,43, HGB: 102, HCT: 0,34, PLT: 190. O 11:46 hod. preváz rany, odstránené drény. O 19:27 hod. večerná vizita - pokračovať v liečbe. Dňa 14.06.2021 je pokračované v liečbe: Cefotaxim, Controloc, Novalgin, Fraxiparine, D-4. Kontrolný KO: WBC: 5,02, RBC: 3,26, HBG: 96, HCT: 0,32, PLT: 198, CRP: 24,9. Kontrolná

biochémia - nálezy v norme. Subj. sa cíti lepšie, má mierne bolesti operačnej rany. Objektívne afebrilná, brucho priehmatné, palpačne mierne citlivé, peristaltika prítomná, rany nepretečené, hoja p. p. Preväz rany. Dňa 15.06.2021 je pokračované v liečbe: Cefotaxim, Controloc, Novalgín, Fraxiparine, D-4. Kontrolný KO: WBC: 5,71, RBC: 3,14, HBG: 93, HCT: 0,31, PLT: 222. K: 3,19, CRP: 15,8. TK: 112/78 mmHg, P: 92/min, TT: 36,2 °C. Kontrolná biochémia - nálezy v norme. Subj. sa cíti lepšie, má mierne bolesti operačnej rany. Objektívne afebrilná, brucho priehmatné, palpačne mierne citlivé, peristaltika prítomná, rany nepretečené, hoja sa p. p. Preväz rany. O 09:02 hod. prepustená do ambulantnej starostlivosti.

ZÁVER

Krvácanie je ako najčastejšia pooperačná komplikácia po laparoskopickej cholecystektómii. Je uvádzaná aj v informovanom súhlase, ktorý pacientka podpísala. Pokiaľ je diagnostikovaná včas a je správne riešená, len minimálne ohrozuje pacienta. V dohliadanom prípade pacientka v dôsledku správneho klinického sledovania, monitoringu vitálnych funkcií, KO, odpadu krvavého obsahu z Redonovho drénu a včasného CT vyšetrenia brucha bola diagnóza pooperačného krvácania stanovená včas a správne, a efektne aj bola riešená. Nedošlo k ohrozeniu života a ani predĺženiu doby hospitalizácie nad bežnú normu. Komplikácia bola riadne zadokumentovaná a pacientka bola poučená. Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne.

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu nedostatky. Nebol porušený

§ 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov a ani iné právne predpisy.

AJ MONITORING JE DÔLEŽITÝ

Podnet na preverenie správnosti poskytovanej zdravotnej starostlivosti podala na pobočku úradu dcéra pacienta. V podnete podávateľka vyjadrila nespokojnosť s poskytnutím zdravotnej starostlivosti svojmu otcovi posádkami RZP a RLP.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Dňa 11.06.2020 o 09:37 hod. dostala posádka RZP poskytovateľa hlásenie z KOS o potrebe výjazdu k pacientovi, ktorý dostal epileptický záchvat a podľa udania volajúceho ani po Diazepame neprešiel. Výjazd bol realizovaný o 09:37 hod., na miesto určenia posádka prišla o 09:55 hod. V zázname o zhodnotení zdravotného stavu pacienta bolo uvedené: OA: NCMP (2016). LA: Xarelto, Atoris, Sobycor, Agen pp., Verospiron, Furon, Afonilium, Milurit, Nolpaza, Depakine. AA: alergija nebola udaná. TO: pacient bol v bezvedomí, s prítomnými epileptickými kŕčmi. Namerané hodnoty FF: TK: 94/40... 85/60... 112/55 mmHg. SF: 85... 65/min, DF: 20...20/min, SpO₂: 95...85...95 %, Gly: 6,5 mmol/l, TT: 36,6 °C, GCS: 5...5. Otváranie očí: žiadne. Verbálny kontakt: žiadny. Motorika: flexia. Očné reflexy: bez fotoreakcie. Brucho: bez nálezu. Dýchacie cesty: priechodné. Dýchanie: eupnoe. Auskultačný nález:

nevyšetrený. Pulz: nitkovitý. Koža: bledá. Neurologický nález: kŕče. Pacientovi bola zavedená i. v. linka, bol podaný: Apaurin 5 mg o 09:35 hod., Apaurin 2,5 mg o 10:00 hod., Apaurin 2,5 mg. Tiež boli podané infúzne roztoky F1/1 500 ml 2x. Po podaní liečby kŕče postupne doznievajú, avšak po chvíli nastupujú. Na adresu prizvaná prostredníctvom KOS posádka RLP. Príchod posádky RLP na miesto zásahu o 10:18 hod.

Stav pacienta pri odovzdaní posádke RLP: TK: 112/55 mmHg, SpO₂: 95 %, GCS: 5, dýchanie spontánne. Po príchode na miesto určenia, ležal pacient v sanitke RZP (bol prichystaný na odvoz do nemocnice). V zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby (RLP) bolo uvedené: TO: pacient bol v bezvedomí, hypotenzný, hyposaturovaný, krčoval. Podľa informácií od RZP a príbuzných mal opakovane epizáchvat, RZP opakovane podala Apaurin (viď predchádzajúci záznam). Podľa vyjadrenia RLP poskytovateľa, zistili od posádky RZP, že pacient je po opakovaných NCMP, má sekundárnu epilepsiu, má permanentnú AFib., má astmu bronchiale, CHOCHP. Po ich príchode, už bol pacient cca 1 hodinu v bezvedomí, napriek liečbe, ktorú dostal (spolu 20 mg Apaurinu), stále mal kŕče. Najprv medzi záchvatmi sa preberal, v čase príchodu RLP už bol stále v bezvedomí. Podľa vyjadrenia poskytovateľa bolo bezvedomie spôsobené záchvatmi, ale aj podanou liečbou (Apaurin). Objektívny stav pacienta: GCS: 3b., TK: 85/45...110/60...115/65 mmHg, SF: 120/min... 140/min... 76/min., SpO₂ %: 65...78...80, dýchal spontánne, ale boli zástavy dýchania - gasping počas epi záchvatu, pacient chrčal, auskultačne - vrzoty bilaterálne (aspirácia?). EKG záznam: popis v zázname o zhodnotení zdravotného stavu: ST.....PR O,146 s QRS 0,126. Počas transportu pacienta posádkou RLP mal pacient opakovane

realizovaný EKG záznamo 10:23 hod., 10:26 hod., 10:48 hod. Podľa vyjadrenia poskytovateľa boli záznamy hodnotené ako „rytmus TKS v tvare BLTR“. Diagnózy v závere správy: bezvedomie, status epilepticus, susp. aspirácia. Th: Apaurin 10 mg, Propofol 100 mg, Tracrium 25 mg, Noradrenalin, F1/1 500 ml. Podľa vyjadrenia poskytovateľa (lekár RLP) pacienta chceli intubovať pre zhoršené vitálne parametre (klesala saturácia O₂, napriek inhalácii O₂). Pri laryngoskopii bolo zistené, že v dýchacích cestách je veľa tekutín, ktoré sa museli opakovane odsávať. Vzhľadom na obtiažnu intubáciu (2 pokusy) bola zavedená laryngeálna kanyla, ktorou bol pacient predýchavaný až do príchodu do nemocnice (78 – 80 %). Pacient bol odovzdaný o 11:15 hod., prijatý bol na OAIM (11.06.2020). Pri prijíme bol cyanotický, bez hmatnej pulzácie na a. carotis, zreničky izokorické, fixované, na DKK prítomné mapovité škvrny, v okolí úst prítomné zvrátky. EKG - prítomné široké komplexy. Začalo sa dýchanie ambuvakom a po presune na lôžko bola začatá KPR, podaný bol Adrenalin 3 mg, defibrilácia (výboj 200 J), následne došlo k obnove srdcového rytmu, pulzy boli hmatné aj na periférii, prítomná bola hypotenzia. Pacient bol napojený na UPV, bol zavedený CVK a arteriálny katéter. Realizované CT mozgu a pľúc so záverom: mozog t. č. bez krvácania, v T-O oblasti prítomné hypodenzné ložisko na podklade postmalatických zmien. Peri a paraventrikulárne prítomné hypodenzity na podklade ischemie a angiopatie. Pacient bol počas hospitalizácie na OAIM analgosedovaný, korigovaný bol TK a arytmia, do liečby pridané antikonvulzíva a empiricky antibiotiká. Dňa 15.06.2020 bola ukončená analgosedácia a bol realizovaný weaning pacienta. Zrealizované neurologické vyšetrenie, ktoré hodnotí stav pacienta ako komatózny, v rámci rozvoja

mozgovej hypoxie, bez výbavných kmeňových reflexov, hypo až areflexia na končatinách. Dňa 24.06.2020 bola zrealizovaná punkčná dilatačná tracheostómia. Dňa 26.06.2020 bol pacient preložený na centrálnu JIS. Stav pri prijíme: bezvedomie, GCS: 3 b., obehovo stabilný, tendencia k hypotenzii, ventilačne suficientný, enterálna výživa bez návratu, diurézy hraničné. Dňa 01.07.2020 bol pacient, vzhľadom na infaustnú prognózu, po dohovore s príbuznými, prepustený do ambulantnej starostlivosti. Pacient vyžadoval 24 hodinovú starostlivosť, kým bolo do NGS.

Informácie o ďalšom vývoji zdravotného stavu pacienta nemá úrad k dispozícii, podnet od dcéry pacienta bol úradu doručený dňa 10.07.2020. Predmetom dohľadu bolo poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientovi pri zásahu RZP a RLP, počas jeho prevozu do nemocnice.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

Podľa záznamov o čase hlásenia, výjazde a príchode na miesto určenia bol výjazd posádky ZZS RZP poskytovateľa na miesto udalosti realizovaný štandardným spôsobom a správne. Príchod posádky RZP na miesto určenia bol realizovaný včas. Diagnostické a terapeutické postupy posádky RZP boli indikované a realizované včas, štandardným spôsobom, v dostatočnom rozsahu a správne.

Na základe vyššie uvedených faktov teda úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť pacientovi počas zásahu posádky ZZS RZP poskytovateľa, bola poskytnutá včas, štandardným spôsobom a správne.

Zhodnotenie postupov posádky RLP: Výjazd posádky RLP bol taktiež realizovaný štandardným spôsobom

a správne. Príchod posádky RLP na miesto určenia bol realizovaný včas. Diagnostické a terapeutické postupy posádky RLP boli indikované a realizované správne, ale následná zdravotná starostlivosť počas transportu pacienta nebola poskytnutá správne.

Úrad po preštudovaní predloženej dokumentácie, vyjadrenia prevádzkovateľa ZZS a stanoviska odborného konzultanta úradu zistil, že počas transportu pacienta do nemocničného zariadenia posádkou RLP nebol pacientovi správne vyhodnotený EKG záznam a nezistila sa zástava srdcovej činnosti, v dôsledku čoho došlo k nezvratnému poškodeniu mozgu a vyhasnutiu kognitívnych mozgových funkcií.

Za sledovanie zdravotného stavu a vitálnych funkcií pacienta počas celej doby transportu zodpovedá posádka ZZS.

Na základe vyššie uvedených faktov teda môžeme konštatovať, že zdravotná starostlivosť pacientovi počas zásahu posádky ZZS RLP poskytovateľa nebola poskytnutá správne.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ZA VŠETKO MOHOL ALKOHOL?

Úradu bol doručený podnet odboru kriminálnej polície PZ, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej nebohému.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

37-ročný pacient bol ZZS vo večerných hodinách privezený v sprievode príslušníkov polície na urgentný príjem ÚZZ. V lekárskom náleze z chirurgickej ambulancie bolo uvedené, že pacient napadol súrodenca, utrpel bodné poranenie brucha a rezné poranenie ľavej ruky v ebriete, počas prevozu bol KP stabilný, udával difúzne bolesti brucha, TK: 150/90 mmHg, P: 95/min, počas vyšetrenia 1x zvracal. V objektívnom náleze bolo zaznamenané: brucho pod niveau hrudníka, bodná rana pod pravým rebrovým oblúkom dĺžky cca 2,5 cm so zasahovaním do podkožia až na m. rectus, pri sondáži do hĺbky cca 3 - 4 cm, poklop diferencovane bubienkový, palpačne ťažšie priehmatné pre nespôluprácu a napínanie, bez známok peritoneálneho dráždenia, pri palpácii bolestivosť pod rebrovými oblúkmi. McBurney negat., Murphy negat., Rovsing negat., Blumberg negat., tapottement negat. bilat., ingviny bilat. pevné, chabá peristaltika počutelná vo všetkých kvadrantoch, neúsilná, bez kovových fenoménov, hepar a lien nezväčšené; ľavá horná končatina - hybnosť prstov plná, rezná rana 2,5 cm ulnárnej hrany ruky zasahujúca do podkožia, v oblasti bázy palca tangenciálna rezná rana zasahujúca do podkožia s rovnými okrajmi s kapilárnym krvácaním, fovea test negat. Následne boli realizované

odbery krvného obrazu a biochemických parametrov (hodnoty v norme), hladina alkoholu v krvi bola 3,71 g/l. Záver vykonaného USG vyšetrenia brucha bol: pre nespôluprácu pacienta hodnotenie hrubo orientačné; v prehľadných úsekoch abdomenu bez voľnej tekutiny; parenchymatózne orgány orientačne bez evidentných traumatických zmien. Na chirurgickom UP bola vykonaná revízia rán ľavej ruky - toilette, sutura po vrstvách, sterilné krytie. V lokálnej anestézii bola vykonaná revízia rany brušnej steny s následným chirurgickým ošetrením. Diagnostický záver vyšetrenia bol: Vulnus scissum parietis abdominis. Vulnera scissa manus I. sin. Ebrietas simplex. V odporúčení pre pacienta bolo uvedené: predbežná doba liečenia do 10 - 12 dní, rany držať v suchu, čistote, skontrolovať očkovanie proti tetanu cestou AVLD do 3 dní event. doočkovať, šetrenie HK, kontrola na chirurgickej ambulancii o 3 dni, pri zhoršení stavu sa hlásiť ihneď na ÚPS. O päť dní po ošetrení pacient exitoval. Podľa záverov pitvy bol príčinou smrti šokový stav pri difúznom fibrinózne-hnisavom zápale pobrušnice spôsobený penetrujúcou bodnou ranou brucha s poranením vnútrobrušných orgánov (prebodnutie žalúdka v oblasti veľkého zakrivenia; nabodnutie pankreasu a mäkkých tkanív retroperitonea so zakrvácaním do okolitých tkanív).

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

V lekárskom náleze z vyšetrenia na chirurgickej ambulancii UP v anamnéze terajšieho ochorenia nebol uvedený dátum, čas a miesto vzniku zranenia. V objektívnom náleze bola uvedená bodná rana pod pravým rebrovým oblúkom cca 2,5 cm dlhá so zasahovaním do podkožia až na m. rectus

pri sondáži do hĺbky cca 3 - 4 cm. Bodnutie pod pravým rebrovým oblúkom nebolo bližšie lekársky opísané v zmysle orientácie rany, ani bodný kanál, najmä čo sa týka jeho smeru. Bodné rany sú zvyčajne spôsobené priamočiarym nástrojom s hrotom a ostrím (nožom), teda aj priebeh bodného kanála v mäkkých tkanivách je priamočiary, ale iba do momentu než dôjde k odstráneniu/vytiahnutiu zraňujúceho predmetu z rany. Následkom svalového spazmu, ako aj zmeny polohy poškodeného sa v mäkkých tkanivách zmení priamočiary bodný kanál na nepravidelný. Revíziou takého bodného kanála rigídnu sondou (aj keď s olivkou) dôjde ľahko k uviaznutiu sondy v stene kanála a k falošne negatívnemu výsledku/presvedčeniu, že kanál končí a nepokračuje prebodnutie steny brušnej. Orientačnú revíziu bodného kanála je najlepšie vykonať palpačne - indagačne (prstom), kde sa končekom prsta ľahšie ozrejmi priebeh kanála. Súčasne treba zdôrazniť, že dôkladnú revíziu bodného kanála je možné realizovať iba za podmienok primeranej asistencie, najlepšie v celkovej anestézii. Pri vyšetrení brucha pohmatom bolo zadokumentované, že brucho je palpačne ťažšie priehmatné pre nespôluprácu a napínanie, bez známk peritoneálneho dráždenia, bola zaznamenaná bolestivosť pod rebrovými oblúkmi. Ak pacient nespôlupracoval a napínal brucho/brušnú stenu, vyvstáva otázka, ako bolo možné vylúčiť príznaky peritoneálneho dráždenia. Pri abdominálnej USG nebol sonograficky vyšetrený samotný bodný kanál. Pre nespôluprácu pacienta bolo hodnotenie hrubo orientačné. Táto poznámka USG vyšetrenie diskvalifikovala a vyšetrenie malo byť považované za irelevantné/bezvýznamné. V diagnostickom závere

bolo uvedené rezné poranenie brušnej steny (Vulnus scissum parietis abdominis), v skutočnosti išlo o bodné poranenie (Vulnus punctum). Zranenie ľavej ruky bolo nesprávne klasifikované ako rezné poranenie. Podľa správy z pitvy išlo o prebodnutie ľavej ruky - Vulnus punctum. Otvorené poranenie brušnej steny/brucha patrí medzi náhle príhody brušné. V chirurgii platí zásada, že nad náhlou príhodou brušnou nesmie slnko vyjsť ani zapadnúť, teda náhla príhoda brušná sa musí riešiť urgentne, bezodkladne. Pre možné katastrofálne následky musí byť otvorené poranenie brušnej steny náležite vyšetrené a prienik do dutiny brušnej musí byť bez akýchkoľvek pochybností vylúčený/dokázaný. Realizované vyšetrenia boli nesprávne vyhodnotené. Revízia kanála sondou nebola dostačujúcim vyšetrením na zistenie rozsahu bodného kanála a pri hĺbke kanála cca 3 - 4cm mala byť varovaním. Varovným príznakom bolo aj zvracanie pacienta (aj keď nie je možné stanoviť, či zvracal v dôsledku intoxikácie alkoholom, alebo v dôsledku zranenia brušnej steny) a difúzna bolesť brucha, resp. bolesť v podrebríach. Je diskutabilné hodnotenie peritoneálneho dráždenia pri nespôlupráci pacienta a pri napínaní brušnej steny. USG vyšetrenie brucha bolo poňaté ako negatívne, napriek upozorneniu rádiológa, že hodnotenie je hrubo orientačné, pritom negatívne USG vyšetrenie brucha nevyklučuje potrebu ďalších zobrazovacích modalít (CT). Na preukázanie rozsahu zranenia prednej steny brušnej neboli indikované dostupné zobrazovacie vyšetrenia: RTG natívna snímka brucha v stoj - z dôvodu možnosti prítomnosti voľného vzduchu v podbráničných priestoroch (prítomnosť vzduchu mohla byť pôvodcom bolesti pod rebrovými oblúkmi);

CT vyšetrenie brucha. Nesprávnym poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri diagnostike došlo k nesprávnemu diagnostickému záveru, a tým k nesprávnemu liečebnému postupu. V čase lekárskeho vyšetrenia bola pacientovi zistená hladina alkoholu v krvi 3,71 g/l, teda 3,71 promile. Táto hodnota predstavuje otravu alkoholom (3,00 - 3,99 g/kg otrava alkoholom). Pri uvedenej intoxikácii alkoholom sa poučenia v odporúčení v tomto kontexte javia nezmyselné, nakoľko pacient si ich len ťažko mohol pamätať a pochopiť ich zmysel. Pri daných zraneniach a intoxikácii/otrave alkoholom mal byť pacient hospitalizovaný minimálne z dôvodu observácie.

ZÁVER

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

POUŽITÉ SKRATKY

AA – alergická anamnéza
ACD – arteria coronaria dextra
AFib. – fibrilácia predsiení
ALP – alkalická fosfatáza
ALT – alanínaminotransferáza
amp. – ampulka/y
AMS – amyláza
APTT – aktivovaný parciálny tromboplastínový čas
ASA – klasifikácia anestetického rizika (podľa Am. anestéziol. spol.)
AST – aspartátaminotransferáza
ATB – antibiotikum
AVLD – ambulancia všeobecného lekára pre dospelých
AVLDD – ambulancia všeobecného lekára pre deti a dorast
bilat. – obojstranne
BLTR – blok ľavého Tawarovho ramienka
BMI – Body Mass Index
CA – celková anestézia
CCS – klasifikácia stupňa anginy pectoris
CITO – akútne vyšetrenie
CKD-EPI – glomerulárna filtrácia
Cor AP – akcia srdca pravidelná
COVID-19 – ochorenie spôsobené vírusom SARS-Cov-2
CPAP – podporná neinvazívna ventilácia
CPO – centrálné prijímacie oddelenie
CRP (S-CRP) – C-reaktívny proteín
CT – computerová tomografia

CVK – centrálny venózný katéter
ČMP – čerstvá mrazená plazma
DES – Drug-Eluting Stent
DF – dychová frekvencia
dg. – diagnóza/y
dif. dg. – diferenciálna diagnostika
DK – dolná končatina DKK – dolné končatiny
EF – ejekčná frakcia
ESH/ESC – Klinická smernica pre manažment artériovej hypertenzie (guidelines)
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram
Er (Ery) – erytrocyty
FF – fyziologické funkcie
Fib – fibrinogén
FR – fyziologický roztok (fotoreakcia)
fr. – frekvencia
GCS – Glasgow kóma skóre
GMT – glutamyltransferáza
Hb – hemoglobín
HK – horná končatina
HP – Helicobacter pylori
HRCT – špeciálne CT vyšetrenie pľúc
CHE – cholecystektómia
CHOCHP – chronická obštrukčná choroba pľúc
ICHS – ischemická choroba srdca
IMC – infekť močových ciest
inf. – infúzia
INR – pomer protrombínového času pacienta a času normálnej vzorky

i. v. – intravenózne
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti
JJ stent – urologický dvojité stent
K – kálium
KA – katecholamíny
KO – krvný obraz
KOS – krajské operačné stredisko
KP – kardio-pulmonálne
KPR/KPCR – kardiopulmonálna (kardiopulmocerebrálna) resuscitácia
LA – liečebná anamnéza (lokálna aneztázia)
I. dx. – lateris dextri
Le (Leu, Lkc, WBC) – leukocyty
ĽK – ľavá komora
LMWH – nízkomolekulárny heparín
I. sin. – lateris sinistri
LSPP – lekárska služba prvej pomoci
MM – mediálny meniskus
MR, MRI – magnetická rezonancia
MSCT – multidetektorová počítačová tomografia
n. – nervus
N VII – 7. hlavový nerv (n. facialis)
NCP – nervovo cievne pomery
NCMP – náhla cievna mozgová príhoda
NSB – natívna snímka brucha
NGS – nazogastrická sonda
NPB – náhla príhoda brušná
NT-pro BNP/pBNP – biomarker srdcového zlyhávania

NYHA – klasifikácia výkonnosti srdca p. Newyorskej srdcovej asociácie
OA – osobná anamnéza
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
OVL – oddelenie vnútorného lekárstva
ÚCH – oddelenie úrazovej chirurgie
OUP – oddelenie urgentného príjmu
P – pulz
PA – zadnopredná projekcia
PAD – perorálne antidiabetikum
PCI – perkutánna koronárna intervencia
PCT – hematokrit trombocytov, prokalcitonín
PK – permanentný katéter
PMK – permanentný močový katéter
PRO – pravý rebrový oblúk
PVK – premanentný venózný katéter
PZ – policajný zbor
RLP – rýchla lekárska pomoc
RTG – röntgen
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
SARS-Cov-2 – vírus spôsobujúci ťažký akútny respiračný syndróm
SC – sectio caesarea
s. c. – subkutánne (podkožne)
SF – sínusová frekvencia
SPG – status presens generalis
SpO2 – saturácia krvi kyslíkom
SR – sínusový rytmus, Slovenská republika

SV, SVT – supraventrikulárny, supraventrikulárna tachykardia
sy. – syndróm
ŠŽ – štítna žľaza
tbl. – tableta/y
th. – terapia, terapeutický
TK – tlak krvi
TKS – trvalá kardiostimulácia
TO – terajšie ochorenie
TPT – tapotement
Tr (Tro) – trombocyty
TT – telesná teplota, tampón tonzíl
UP – urgentný príjem
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
UPV – umelá pľúcna ventilácia
úrad – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
USG – ultrasonografia
ÚVV a ÚVTOS – Ústav na výkon väzby a ústav na výkon trestu odňatia slobody
ÚZZ – ústavné zdravotnícke zariadenie
V/E – z vitálnej indikácie (ASA V/E)
VDF – vedľajšie dychové fenomény
VVR – veľmi vysoké riziko
ZD – zdravotná dokumentácia
ZZS – záchranná zdravotná služba

