

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky 2022



- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

Kazuistiky

2022

www.udzs-sk.sk

Predslov

Vážení čitatelia, už staroveký mysliteľ a lekár Hippokratés vedel, aký blahodarný vplyv má na uzdravenie pacienta jeho dôvera k lekárovi. Dôvera navodzuje chorému priaznivý psychický stav a ten pozitívne ovplyvňuje jeho telo i dušu. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) si túto stáročiami overenú skúsenosť veľmi dobre uvedomuje a vyvíja veľké úsilie, aby poskytovanie zdravotnej starostlivosti upevňovalo dôveru medzi pacientmi a lekármi.

Súčasťou tejto nikdy sa nekončiacej práce je aj posudzovanie konkrétnych prípadov, u ktorých vznikli otázky, či bol zvolený liečebný postup správny. Veľakrát, až v 85 % podnetov, sa ukáže, že pochybnosti sú neodôvodnené. Ale vyskytnú sa aj prípady, keď náš dohľad zistí, že zdravotná starostlivosť mala nedostatky. Miera ich závažnosti je rôzna, ale treba otvorene povedať, že niektoré chyby majú, žiaľ, aj tragický koniec.

Čo môžeme urobiť preto, aby chýb bolo v našej liečebnej praxi čo najmenej? Musíme z každej zle zvolenej diagnostiky, z každej zle zvolenej liečby vyvodit' poučenie. Na tomto mieste hneď musím však dodať, že súčasťou poučenia sú aj tie výsledky nášho dohľadu, ktoré správnosť liečebného postupu potvrdia. S týmto cieľom – poučiť a predchádzať tak zlyhaniam – úrad každoročne zverejňuje kazuistiky, čo je prehľad najzaujímavejších prípadov, ktoré sme detailne preskúmali. Na konci každého takéhoto dohľadu je naše stanovisko, či ten-ktorý poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytol alebo neposkytol zdravotnú starostlivosť správne a včas.

Uvedomujeme si, že dohľad nášho úradu sa uskutočňuje až po tom, čo bola zdravotná starostlivosť poskytnutá a vyvolala otázky. Kľúčové teda je, aby bola poskytnutá správne a aby bolo čo najmenej sťažností a zvlášť tých oprávnených.

Preto úrad v spolupráci so Slovenskou lekárskou komorou v máji tohto roka uskutočnil panel vzdelávacích podujatí, venovaných práve kazuistikám. Stretli sme sa s lekármi v Bratislave, v Banskej Bystrici a v Košiciach. Účasť v počte 394 zástupcov z radov odbornej verejnosti považujem za ďalší dôležitý krok na ceste zlepšovania zdravotnej starostlivosti o našich občanov.

Verím, že aj tohtoročné kazuistiky, ktoré sme pripravili pre odbornú i laickú verejnosť, sú zároveň dôležitým príspevkom do upevňovania dôvery medzi lekármi a ich pacientmi.

Želám vám zaujímavé čítanie.

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

Obsah

MANAŽMENT PACIENTKY S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU V AMBULANCIÍ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH	6
BOLA KYRETÁŽ MATERNICE VYKONANÁ SPRÁVNE?	12
DÔSLEDNÁ ANAMNÉZA JE ZÁKLAD DIAGNÓZY	15
BOLÁVÁ RUČIČKA A CHIRURG	17
HAVÁRIA NA MOTORKE	20
ZANEDBANIE DIFERENCIÁLNO-DIAGNOSTICKÉHO PROCESU V POOPERAČNOM OBDOBÍ.....	23
BOLESTI NA HRUDNÍKU - NEUSTÁLE PODCEŇOVANÉ?	27
MUSELA BYŤ ZLOMENINA DIAGNOSTIKOVANÁ PRI PRVOM VYŠETRENÍ	29
TRAGICKÉ ZRANENIE TEHOTNEJ ŽENY	31
PODCENENÉ RIZIKO VZNIKU TROMBOEMBOLIZMU	37
EKG AKO DÔKAZ	40
POZOR NA OPAKOVANÚ RETENCIU MOČU U GERIATRICKÉHO PACIENTA.....	44
BOL PRÍČINOU ÚMRTIA PACIENTKY NEDOSTATOČNÝ POSTUP LEKÁROV?.....	47
PODCENENIE SITUÁCIE	52
SKRYTÁ KOMPLIKÁCIA PO LAPAROSKOPICKEJ RESEKCII ŽALÚDKA PRE MORBÍDNU OBEZITU.....	58
PRVÝ HISTOLOGICKÝ DOKUMENTOVANÝ PRÍPAD NA SLOVENSKU?.....	63
NEROZPOZNANIE ZLOMENINY U 5-ROČNÉHO DIEŤAŤA PO ÚRAZE. PREČO JE DÔLEŽITÉ DÔSLEDNÉ VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE	66
BOLA OPERÁCIA ZBYTOČNÁ?	69
KOMPLIKÁCIA ANTIKOAGULAČNEJ TERAPIE	71
SPONTÁNNY PNEUMOTORAX	73
PREČO NEBOL VYKONANÝ OPERAČNÝ ZÁKROK?	75
AJ JEDEN PARAMETER JE DÔLEŽITÝ.....	78
OZAJ IBA KAŠEĽ?	81
POUŽITÉ SKRATKY	89

MANAŽMENT PACIENTKY S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH

Podnet na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti podal syn 61-ročnej pacientky. Žiadal prešetriť postup všeobecnej lekárky, ktorá v období prísneho lockdownu v súvislosti s epidemiou ochorenia Covid-19 (marec - apríl 2020) „*ordinovala len telefonicky*“. Syn pacientky udával, že matka opakovane telefonicky kontaktovala všeobecnú lekárku pre bolesti na hrudníku s náhlymi zmenami TK. Tá jej predpísala lieky na vysoký TK, ktoré ale nezlepšovali jej stav, preto lekárka usúdila, že ide o nešpecifickú neurózu a predpísala jej („*opäť bez diagnostiky a cez telefón*“) liek Neurol. Krátko na to matka doma náhle skolabovala a bola cestou RZP prevezená do nemocničného zariadenia, kde po niekoľkých hodinách zomrela na infarkt.

ANAMNÉZA, PRIEBEH DIAGNOSTIKY A LIEČBY

Podľa dostupných anamnestických údajov mala pacientka v októbri 2014 diagnostikovanú artériovú hypertenziu, bola nastavená na antihypertenzívnu liečbu. Okrem TK Holtera absolvovala aj EKG Holter, na ktorom bol popisovaný AV blok II. stupňa Mobitz II s blokom 2:1 v nočných hodinách. S uvedeným záverom absolvovala konzultáciu v arytmologickej ambulancii so záverom: Intermittentný AVB II st. v nočných hodinách, asymptomatický, Arteriová hypertenzia 2. st ESH/ESC, susp. ICHS dif. dg. VAS chrbtice. Ambulantným kardiológom bola doplnená bicyklová ergometria so záverom: „Toleruje záťaž 50 W a 75 W po dve minúty s fr. srdca od 65/min. do 113/min. Hodnoty TK 119/75, 168/85 mmHg. Test bol ukončený na konci 4-tej minúty pre únavu a bolesti nôh. EKG počas i po záťaži bolo bez patologických zmien. Pacientka bola bez stenokardií. ECHOKG: normálny nález. Kardiológ odporúčal úpravu životosprávy a pokračovať v antihypertenzívnej liečbe. Závery uvedených vyšetrení mala k nahliadnutiu aj všeobecná lekárka, o čom bol vykonaný záznam v zdravotnej dokumentácii vedenej v ambulancii VLD.

V nasledujúcom období v priebehu roku 2015 sú v dokumentácii ambulancie VLD záznamy o predpise antihypertenzívnej liečby (bez objektívneho nález, bez hodnoty TK). V máji 2016 absolvovala pacientka preventívnu prehliadku: „PA: t. č. nepracuje, RA: Ca neguje, DM na PAD matka, OA: v detstve FR, zápal mozgových blán ako 11-ročná, Subjektívne: t. č. LPP. Objektívne: eupnoe, anikterus, pokožka bez chorobných zmien. Výška 164 cm, váha: 60 kg, eupnoe, anikterus, pokožka bez chorobných zmien. Hlava, krk, orientačne neurologicky a ORL v norme, ŠŽ a LU nezväčšené.

Pulmo.: dýchanie vezikulárne, bez vedľajších fenoménov. Cor.: akcia pokojná, pravidelná, TK 140/75 torr. Abdomen: voľné, priehmatné, hepar nezväčšený, lien nenaráža, tapotment bilat. negat., DK: bez opuchov a bez varixov. Dopor.: moč chem. a sed., odber FW, KO, glykémia, kreatinin, chol., TGL, EKG, stolica na OK – negat., M79.00 – RF a CRP. Dg. záver: recid. AVB II. st. v noč. hodinách asympt., Chr. ICHS, NYHA II., Arteriálna hypertenzia novoizistená, Stp. FR v detstve, Reumatoidná artritída anamnest.“ Podaný Imovax. Laboratórny skrining (odber aj výsledky zo dňa 26. 5. 2016) ako súčasť preventívnej prehliadky bol v norme, až na zvýšenú hladinu Cholesterolu 5,62 mmol/l. Absentovalo vyšetrenie moču. Laboratórne výsledky neboli vidované ordinujúcim lekárom v rámci nasledujúcich návštev v ambulancii VLD. EKG nebolo realizované. Preventívna prehliadka neobsahovala žiadne odporúčania týkajúce sa prevencie, režimových a terapeutických postupov.

V priebehu roku 2017 boli v dokumentácii záznamy o predpise antihypertenzívnej liečby, o očkovaní proti chrípke a jedenkrát vyšetrenie pre infekč horných dýchacích ciest s predpisom ATB liečby. V dokumentácii sa nenachádza ani jedna hodnota TK. Podobne aj v roku 2018. V priebehu roku 2019 bola pacientka v úvode dvakrát vyšetrená pre infekč horných dýchacích ciest s predpisom ATB liečby a antitusík, pri predpise antihypertenzívnej liečby bol v júni 2019 zdokumentovaný aj objektívny nález: „Cor akcia pravidelná, pokojná, bez ES, TK 138/80 torr, P-81. Predpis chr. liekov. Bol poučený o liečebnom postupe a po poučení s ním súhlasí.“ V júni 2019 absolvovala pacientka preventívnu prehliadku: „PA: t. č. nepracuje, RA: Ca neguje, DM na PAD matka, OA: v detstve FR, zápal mozgových blán ako 11 ročná, Subjektívne: t. č. LPP. Objektívne: eupnoe, anikterus, pokožka bez chorobných zmien. Výška 164 cm, váha: 60 kg. Eupnoe, anikterus, pokožka bez chorobných zmien. Hlava, krk, orientačne neurologicky a ORL v norme, ŠŽ a LU nezväčšené. Pulmo.: dýchanie vezikulárne, bez vedľajších fenoménov. Cor.: akcia pokojná, pravidelná, TK 140/75 torr. Abdomen: voľné, priehmatné, hepar nezväčšený, lien nenaráža, tapotment bilat. negat., DK: bez opuchov a bez varixov. Dopor.: moč chem a sed., odber FW, KO, glykémia, kreatinin, ALT, chol, TGL, EKG, stolica na OK – negat. Dg. záver: recid. AVB II. st. v noč. hodinách asymp., Chr. ICHS, NYHA II., Arteriálna hypertenzia novoizistená, stp. FR v detstve, Reumatoidná artritída anamnest.“ Písomný záznam preventívnej prehliadky je prakticky totožný s predchádzajúcou preventívnu prehliadkou z 26. 5. 2016, chýba len ordinácia RF a CRP. Laboratórny skrining odobratý a laboratóriom vyšetrený dňa 22. 10. 2019 bol, až na zvýšenú hladinu krvných tukov (chol 5,83 mmol/l, triglyceridy 2,15 mmol/l) v norme.

Absentuje vyšetrenie moču. V októbri 2019 bolo do písomného záznamu preventívnej prehliadky doplnené hodnotenie EKG realizovaného dňa 22. 10. 2019 – SR, prav. akcia 64/min., p. z. vo V3-4, QRS v norme, T vlny pozit. (BPTR). Tak ako pri predchádzajúcej preventívnej prehliadke laboratórne výsledky neboli vidované ordinujúcim lekárom a absentuje odporúčanie týkajúce sa prevencie, režimových a terapeutických postupov.

V nasledujúcom období bola pacientka v ambulancii VLD vyšetrená v termínoch:

- 22. 11. 2019 – „Subj.: kaše asi 2 mesiace, prieduškové. Obj.: sliznice a tonsily pokojnejšie – podstatne. Pulmo: dýchanie vezikulárne, ojed. drásoty. Pri zmene zdrav. stavu k horšiemu kontrola ihneď, inak o týždeň. Bol poučený o liečebnom postupe a po poučení s ním súhlasí.“ Predpísané ATB (Dalacin) a Promethazin sir. Dg.: J40.
- 2. 12. 2019 – „Subj.: nemá sa lepšie, kaše. Obj.: DÚ: sliznice a tonsily pokojnejšie – podstatne. Pulmo dýchanie vezikulárne, ojed. drásoty, pri zmene zdrav. stavu k horšiemu kontrola ihneď, inak o týždeň. Bol poučený o liečebnom postupe a po poučení s ním súhlasí.“ Dg. J06.8, zmena ATB liečby (Biseptol) + Codein.
- 15. 1. 2020 – „Subj.: pac. stále kaše, mala sa lepšie, Biseptol nedobrala. Obj.: DÚ: sliznice červenšie. Pulmo: vezikulárne s rachotami. Nový infekť bronchitídy. Exacerbovaná bronchitída, pri zmene zdrav. stavu k horšiemu kontrola ihneď, inak o týždeň, resp. 10 dní. Súhlasí s ošetrením a poučením podpis:..“ Dg.: J06.9, J41.8, predpis ATB (Rovamycin) + Promethazin.
- 22. 1. 2020 – „Subj.: nemá sa lepšie, kaše. Obj.: DÚ: sliznice a tonsily pokojnejšie – podstatne. Pulmo: dýchanie vezikulárne, ojed. drásoty. Pri zmene zdrav. stavu k horšiemu kontrola ihneď, inak o týždeň. Bol poučený o liečebnom postupe a po poučení s ním súhlasí.“ Dg.: J06.8, predpis: Promethazin sir.
- 20. 4. 2020 – „Telefonická konzultácia počas corona virus. T. č. pozoruje vyšší TK 190/90 torr. Pacientke bola upravená antihypertenzívna liečba.“
- 24. 4. 2020 – „dopodnes tlak – TK 120/69 torr, k večeru má tlak.“ Do liečby bol pridaný Neurol.
- 29. 4. 2020, 09:06 hod. – „telefonická konzultácia počas corona virus – cielená anamnéza – má sa lepšie. Popis subj. Obtiaží, ak sa zohne dostane krč v chrbte, zdvihne sa jej tlak na chvíľku a hneď prejde. Dg. záver arteriálna hypertenzia sanovaná. Doporučenie a liečba - režim hypertonika. Poučenie pri zhoršení zdravotného stavu – kontrola ihneď, inak podľa stavu a objednaní. Poučenie o liečebnom postupe a po poučení s ním súhlasí.“

Dňa 29. 4. 2020 o 15:22 hod. bola pacientka vyšetrená na CPO nemocnice s poliklinikou - „*Pacientka privezená cestou RLP pre bolesti na hrudníku asi mesiac. Teraz bolesti výrazne pred hodinou.*“ V rámci TO bolo uvedené: „*Pacientka privezená RLP ako bolesti na hrudi s propagáciou do chrbta. V RLP TK 165/95 torr, fr. 85/min., df. 17/min., sat 97 %, glykémia 7,8 mmol/l, GCS 15, podaný Analgin, Isoket. Subj.: pred 3 týždňami mala výstup TK sprevádzaný krčovitými bolesťami na hrudi, spontánny ústup do 5 minút, dostala nové lieky od VLD, pripisovala to stresu, dnes, keď bola v pokoji, sedela na dvore, zrazu ju stíslo na hrudi /popisuje ako krč/, vyskočil jej tlak, ruky jej oslabli, nemohla už ani vstať z lavičky, doteraz ju ten krč drží, s chrbticou ťažkosti nemá, dýcha sa ťažšie, tiež asi 3 týždne, zadýchava sa rýchlo, nevládze, palpitácie neguje, nohy neopúchajú, pri námahe zvieravé bolesti na hrudi, nachladená nebola, TT neguje, brucho nebolí, hlava nebolí, nemotá sa.*“ Dňa 30. 4. 2020 o 03:39 hod. pacientka náhle skolabovala, po neúspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii bol skonštatovaný exitus letalis.

Podľa záverov pitvy bola príčinou smrti náhla koronárna smrť – akútne koronárne zlyhanie. Popisované boli staršie i čerstvejšie ischemické poškodenia srdcového svalu, univerzálna ateroskleróza ťažkého stupňa vrátane ťažkej obliterujúcej koronarosklerózy, starší parciálne rekanalizovaný trombus tesne za odstupom pravej koronárnej artérie, staršie krvácanie do aterosklerotického plátu râmus cirkumflexus ľavej koronárnej artérie, intersticiálna fibróza až disperzná myofibróza svaloviny ľavej komory srdca a medzikomorovej priehradky.

HODNOTENIE ÚRADU

Podľa skupiny vykonávajúcej dohľad išlo o 61-ročnú pacientku, u ktorej bola v rámci hospitalizácie na oddelení vnútorného lekárstva NsP v októbri 2014 stanovená diagnóza artériovej hypertenzie a v ďalšom období bola pacientke v AVLD v nepravidelných intervaloch predpisovaná odporúčaná antihypertenzívna liečba. Ani pri jednom predpise nebola pacientka objektívne vyšetrená, nebola zdokumentovaná žiadna hodnota TK ani anamnestické údaje o domácom monitoringu TK. V máji 2016 absolvovala preventívnu prehliadku, v rámci ktorej bola hodnota TK 145/75 torr, objektívny nález bol v norme. Záver preventívnej prehliadky bol: „*recid. AVB II. st. v nočných hodinách, chronická ICHS, NYHA II., Arteriálna hypertenzia novozistená, stp. FR v detstve, Reumatoidná artritída anamnest.*“ Takto formulovaný diagnostický záver nebol správny, nezohľadňoval závery predchádzajúcich vyšetrení. U pacientky neboli cielene zisťované rizikové faktory vo vzťahu k základnej diagnóze (pacientka bola fajčiarka), artériová hypertenzia nebola u pacientky správne klasifikovaná (v súlade s odborným usmernením MZ SR

na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou zo dňa 29. 12. 2014, Ročník 62, čiastka 45-60). Jediným odborne akceptovateľným hodnotením a popisom arteriálnej hypertenzie je uvedenie stupňa a celkového, resp. do 40 roku života relatívneho, kardiovaskulárneho rizika. Na základe tejto klasifikácie je u pacientov s arteriálnou hypertenziou vykonávaná cieľená diferenciálna diagnostika a liečba. Ani záverečné vyhodnotenie tejto preventívnej prehliadky nebolo správne, neboli v dostatočnom rozsahu realizované odporúčané laboratórne vyšetrenia (absentuje vyšetrenie moču), nebolo zrealizované EKG vyšetrenie. Záver preventívnej prehliadky neobsahuje žiadne odporúčania týkajúce sa prevencie, režimových a terapeutických postupov v koreláte s uvádzaným diagnostickým záverom. Preventívna prehliadka, tak ako bola realizovaná, nespĺnila svoj účel. Veľmi podobne bola pacientka manažovaná aj v ďalšom období, kedy pokračovala v nepravidelnej preskripcii antihypertenzívnej liečby, bez monitoringu TK (jediná hodnota TK bola zdokumentovaná 6. 6. 2019 – 138/80 torr). Preventívna prehliadka realizovaná dňa 27. 6. 2019 je prakticky totožná s predchádzajúcou preventívnou prehliadkou s nesprávnym diagnostickým záverom, absenciou hodnotenia realizovaných vyšetrení a absenciou odporúčaní týkajúcich sa prevencie, režimových a terapeutických postupov. U pacientky bola napr. zaregistrovaná porucha metabolizmu lipidov, ako jeden z rizikových faktorov, tento nález nebol v ďalšom priebehu nijako zohľadnený.

Od novembra 2019 bola pacientka v ambulancii VLD opakovane vyšetrená pre kašeľ (22. 11. 2019 – Subj.: „kašeľ asi 2 mesiace“), bez bližšej špecifikácie – dráždivý?, produktívny?, charakter spúta?, mala pacientka teploty?, zadýchavala sa? Objektívny nález opakovane popisoval vezikulárne dýchanie s drásotmi, zvýšené prekrvenie sliznic a tonzíl. Aj napriek opakovanej ATB liečbe (postupne ordinovaný Dalacin C, Biseptol, Rovamycin) a antitusikám (Codein, Promethazin) sa pacientka ani po troch mesiacoch liečby nemala lepšie (vyšetrená 11/2019 – dg. J40, 12/2019 – dg. J06.8, 2x 1/2020 – dg. J06.9, J41.8). Pri opakovanej ordinácii ATB liečby absentuje vyšetrenie zápalových markerov, resp. kultivačné vyšetrenie, na základe ktorého by mohla byť ATB liečba indikovaná cieľene. Okrem infektu dýchacích ciest sa po troch mesiacoch nezvažovala možnosť inej príčiny kašľa. Tento postup nebol správny.

V ďalšom období, dňa 20. 4. 2020, v čase zložitej epidemiologickej situácie v súvislosti s ochorením COVID-19, pacientka kontaktovala ambulanciu VLD telefonicky. Písomne bolo zdokumentované: „T. č. pozoruje vyšší TK 190/90 torr.“ Pacientke bola upravená antihypertenzívna liečba a vysvetlený postup pri navyšovaní dávok antihypertenzív, v prípade nejasností mala volať. Dňa 24. 4. 2020 bola zdokumentovaná druhá telefonická konzultácia, pacientkou udaná

hodnota TK bola 120/69 torr, TK stúpala večer. K liečbe bolo pridané anxiolytikum (Neurol 2x 0,25 mg). Posledná telefonická konzultácia prebehla dňa 29. 4. 2020 v dopoludňajších hodinách. Podľa cieľenej anamnézy – „má sa lepšie“. Popis subj. obtiaží: „ak sa zohne dostane kŕč v chrbte, zdvihne sa jej tlak na chvíľku a hneď prejde.“ Dg. záver: Arteriálna hypertenzia sanovaná. Pacientke bolo odporúčané pokračovať v antihypertenzívnej liečbe, režim hypertonika. Pri zhoršení zdravotného stavu kontrola ihneď, inak podľa stavu a objednania.

To, že pacientka v čase nepriaznivej epidemiologickej situácie absolvovala len telefonické konzultácie, bolo v súlade s postupmi odporúčanými v rámci primárnej sféry. Vychádzajúc zo zdokumentovaných údajov bolo predmetom týchto konzultácií riešenie vyšších hodnôt TK. Subjektívne ťažkosti boli v ambulancii VLD zdokumentované veľmi stručne v porovnaní s údajmi, ktoré pacientka v rámci cieľenej anamnézy uviedla na CPO NsP dňa 29. 4. 2020 – „Pacientka privezená cestou RLP pre bolesti na hrudníku asi mesiac. Teraz bolesti výrazne pred hodinou. ...Pred tromi týždňami mala výstup TK sprevádzaný kŕčovitými bolesťami na hrudi, spontánny ústup do 5 minút, dostala nové lieky od VLD, pripisovala to stresu, ...dýcha sa jej ťažšie tiež asi 3 týždne, zadýchava sa rýchlo, nevládze, palpitácie neguje, nohy neopúchajú, pri námahe zvieravé bolesti na hrudi, nachladená nebola, TT neguje, brucho nebolí, hlava nebolí, nemotá sa.“ Úrad nemá zákonné možnosti objektivizovať obsah telefonických hovorov, preto sa nemohol jednoznačne vyjadriť, akým spôsobom viedla VLD „cieľenú anamnézu“ a aké ťažkosti pacientka udávala. Z vyššie uvedeného je však zjavná diskrepancia v rozsahu popisovaných subjektívnych ťažkostí.

Po komplexnom prehodnotení poskytovanej zdravotnej starostlivosti, vychádzajúc zo zdravotnej dokumentácie vedenej v ambulancii VLD v dohliadanom období možno konštatovať, že diagnostika a liečba pacientky so základnou diagnózou arteriálnej hypertenzie nebola vedená správne. Komplexný manažment pacienta s arteriálnou hypertenziou má viesť k prevencii, resp. k zmierneniu príznakov orgánových poškodení a komplikácií základného ochorenia.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

- 1) Diagnostika a liečba pacientky s arteriálnou hypertenziou nebola v dohliadanom období v ambulancii VLD vedená v dostatočnom rozsahu a správne v súlade s odborným usmernením MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s arteriálnou hypertenziou (zo dňa 29. 12. 2014, čiastka 45-60, ročník 62).

- 2) Diagnostický a liečebný postup v ambulancii VLD v období od 22. 11. 2019 do 22. 1. 2020 v súvislosti s kašľom nereagujúcim na antiinfekčnú liečbu a antitusiká nebol správny. Antibiotiká boli opakovane ordinované empiricky, bez pátrania po infekčnom agens, bez znalosti dynamiky zápalových parametrov. Nezvažovala sa aj iná ako infekčná etiológia pretrvávajúceho, na liečbu nereagujúceho, kašľa.

ZÁVER

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetroním zdravotnej dokumentácie úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z., podľa ktorého je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne a včas.

BOLA KYRETÁŽ MATERNICE VYKONANÁ SPRÁVNE?

Na základe podnetu, ktorý úrad prijal od pacientky, boli preverené postupy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke na gynekologicko-pôrodníckom oddelení dohliadaného subjektu, kde bola v rámci jednodňovej chirurgie vykonaná u pacientky kyretáž maternice.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka, v 8. týždni gravidity, bola prijatá na gynekologicko-pôrodníckom oddelení na vykonanie RCUI (revízia dutiny maternice pomocou nástroja/kyretáž). Odoslaná bola obvodnou gynekologickou pre niekoľko dní trvajúce slabé krvácanie z rodidiel (missed abortus in g. h 8.). Status presens: pacientka bola pri vedomí, orientovaná, bez cyanózy a ikteru, močenie, stolica v norme, KP kompenzovaná, DKK bez edémov a varixov. Anamnestické údaje: OA: bez vážnejších chorôb. RA: bez pozoruhodností. LA: negatívna. AA: negatívna. PM: 25. 3. 2021. GA: doteraz bez pôrodov, potratov, UPT. Operovaná nebola. Laboratórne parametre boli v medziach normy. Pacientka pred operáciou podpísala informovaný súhlas o slobodnom rozhodnutí, bez nátlaku a potvrdila, že nie je zbavená svojprávnosti a súhlasí

s diagnostikou a liečbou na gynekologicko-pôrodníckom oddelení v rozsahu, ako navrhuje lekár. Obj.: pri vaginálnom vyšetrení, per speculam viditeľné krvácanie strednej intenzity, palpačne uterus v AVF, veľkosti grav. m. II, pohyblivý, palp. citlivý, adnexa bilaterálne bpn., CD voľné. Dg.: Missed abortion (zadržaný potrat). Operácia dňa 14. 5. 2021 o 11,40 hod. Anestéza: celková. Nález: „Po dezinfekcii vonkajších rodidiel, pošvy a porcia, zachytené horné porcio amerikánom, sonda 7 cm, dilatovaný cervikálny kanál po H. č. 6 a vykonaná revízia dutiny uteru, materiál odoslaný na histologické vyšetrenie.“ Po zákroku bola pacientka sledovaná, pozákrkový priebeh bol bez komplikácií, afebrilná, hemodynamicky kompenzovaná (TK: 105/78 torr). Kontrola o 15,00 hod.: S: má sa dobre, chce ísť domov, mierne krváca, bolesti nemá. Obj.: brucho palpačne voľné, nebolestivé, mierne citlivé podbruško, krvácanie miernej intenzity. Pacientka bola v tento deň, v popoludňajších hodinách, prepustená do ambulanej starostlivosti a bola poučená, že sa má hlásiť u obvodného gynekológa a kontrola u dohliadaného subjektu o 10 dní, kedy príde pre výsledok histologického vyšetrenia. Výsledok histologického vyšetrenia: Makroskopický nález: zaslané menšie mn. kyretovaného materiálu v celistvých kusoch o objeme 0,3 ml, hnedastej farby s prímiesou krvi, mätkoelastickej konzistencie, zrnitého, sklovitého vzhľadu. Mikroskopický nález: v kompletne vyšetrowanom materiáli ide o hypersekrečné a deciduálne zmenené endometrium. Súčasti plodového vajíčka v danom materiáli neprítomné. Podľa vyjadrenia dohliadaného subjektu, pacientka si po výsledok histologického vyšetrenia neprišla.

Podľa vyjadrenia obvodnej gynekologičky, prvá návšteva pacientky v súvislosti s tehotenstvom, bola dňa 7. 5. 2021. V dokumentácii je zápis, že pacientka žiadala o UPT. Mala sa rozhodnúť do 2 týždňov. Prišla však skôr-14. 5. 2021, s tým, že krváca. Následne prišla pacientka k obvodnej gynekologičke 17. 5. 2021, po zákroku a doniesla prepúšťaciu správu. Dňa 25. 5. 2021 bol zrealizovaný odber krvi na HCG. Vzhľadom k tomu, že hodnota HCG bola zvýšená, bol indikovaný opakovaný odber, pacientka však neprišla. Na vyšetrenie sa dostavila 3. 6. 2021, kedy USG vyšetrením bola potvrdená IUG. Pacientka bola odoslaná na gynekologicko-pôrodnícke oddelenie dohliadaného subjektu. Podľa vyjadrenia dohliadaného subjektu, bola pacientka poučená o možnosti pokračovania gravidity, aj prerušenia gravidity. Dostala pár dní na rozmyslenie s tým, že ak sa rozhodne pre UPT, zrealizuje sa na gynekologicko-pôrodníckom oddelení dohliadaného subjektu. Pacientka bola poučená o možných komplikáciách, mala sa sama rozhodnúť. Dňa 7. 6. 2021 pacientka oznámila primárovi GPO, že interrupciu nepodstúpi a odvtedy už dohliadaný subjekt o nej nemal informácie.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Po prijatí na oddelenie a po odobratí anamnestických údajov bola pacientka správne gynekologicky vyšetrená, bolo zistené krvácanie strednej intenzity, tiež boli správne odobraté základné odbery a správne bolo zrealizované vaginálne USG vyšetrenie, ktoré potvrdilo intrauterinnú graviditu, veľkosti 6. týždňa (podľa PM by to mal byť 8. gestačný týždeň), bez známk vitality. Na základe týchto vyšetrení bol správne indikovaný zákrok – RCU (kyretáž).

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti na gynekologicko-pôrodníckom oddelení dohliadaného subjektu posudzoval so skupinou vykonávajúcou dohľad aj prizvaný konzultant úradu v odbore gynekológia a pôrodníctvo. V posudku konzultant uvádza aj niektoré teoretické fakty o zadržanom potrate: „Hlavným znakom tzv. missed abortion je neprítomná srdcová aktivita plodu na USG a jeho zaostávanie v raste oproti aktuálnemu gestačnému týždňu. Srdcovú aktivitu plodu je možné na USG zaznamenať už v 6. týždni, v 7. a vyššom týždni už musí byť s určitou pravdepodobnosťou zaznamenaná. Krvácanie z rodidiel pri verifikovanom missed abortion je už klinickým príznakom incipientného potratu.“

Čo sa týka nesúladu medzi gestačným týždňom podľa ultrazvuku a gestačným týždňom podľa poslednej menštruácie u pacientky (rozdiel 2 týždňov), k otehotneniu nemuselo dôjsť v strede menštruačného cyklu, ale v niektorej inej jeho fáze, a to vysvetľuje rozdiel dĺžky gravidity vypočítanej podľa PM a určenej USG vyšetrením. U pacientky s veľkou pravdepodobnosťou išlo o tento prípad. Podľa údajov zo zdravotnej dokumentácie ambulantného gynekológa pacientka už krváčala 3 dni. Pokiaľ by sa u pacientky nevyskytovalo krvácanie z rodidiel, bolo by možné počkať a skontrolovať graviditu ultrazvukom o 7 dní. Pacientka však krváčala z rodidiel 3 dni - pri prijatí strednou intenzitou. Prítomnosť krvácania z rodidiel pri potrate môže znamenať ohrozenie celkového zdravotného stavu pacientky.

Kombináciou rozdielov dĺžky gravidity (zaostávanie v raste - 2 týždne), neprítomnosti srdcovej aktivity plodu a krvácania z rodidiel u pacientky boli vykázané všetky známky incipientného potratu, kedy je jedným z riešení v takomto prípade aj zákrok – RCU (kyretáž). Indikácia k uvedenému zákroku u pacientky bola na základe jej klinického stavu a objektívnych vyšetrení stanovená lege artis.

Zákrok prebehol v celkovej anestéze, podľa operačného nálezu štandardným spôsobom bez komplikácií. Podľa histologického nálezu bolo získané malé množstvo tkaniva, hypersekrečné a deciduálne zmenené endometrium. Súčasťou plodového vajca v danom materiáli neboli prítomné.

V odbornom stanovisku konzultant úradu ďalej uviedol: "Komplikácie pri potratoch sa podľa literatúry rozdeľujú na 3 skupiny: akútne, včasné a neskoré. Medzi akútne okrem iných patrí aj nedostatočné prečistenie dutiny maternice – tzv. rezidua, alebo aj ponechanie intaktnej gravidity, pokiaľ išlo o nízky týždeň. O tom, že priebeh zákroku bol lege artis, svedčí aj histologický nález tkaniva z dutiny uteru. Ponechanie intaktnej intrauterinnej gravidity po RCUI (kyretáž) je možné kvalifikovať ako prípustnú komplikáciu po takomto zákroku, nie však ako postup non lege artis."

Podľa vyššie uvedených skutočností je možné konštatovať, že reakcia ambulantného gynekológa a aj dohliadaného subjektu na komplikáciu, ktorá vznikla po zákroku RCUI (kyretáž), bola včasná a lege artis.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

DÔSLEDNÁ ANAMNÉZA JE ZÁKLAD DIAGNÓZY

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientovi na urgentnom prijíme.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol sledovaný a liečený neurológom pre idiopatickú nefamiliárnu dystóniu (r. 1990) na neurostimulačnej liečbe s implantovanou elektródou hlbokovej mozgovej stimulácie v oblasti interného palida (od r. 2014), s obojstrannou hypakúziou, bol diabetik a hypertonik. Pacient bol vyšetrený na UP dohliadaného subjektu, v lekárskom náleze z UP bolo o. i. zapísané, že pacient pociťuje závrate a tŕpnutie ľavej ruky - „*má pocit, ako keby mal mravce na prstoch*“, doma si nameral TK: 170/84 mmHg, glykémiu 15,4 mmol/l a kontaktoval Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby SR. Následne vyslaná posádka ambulancie RZP realizovala transport pacienta do ústavného zdravotníckeho zariadenia. V lekárskom náleze z UP bolo ďalej uvedené, že pacientovi sa dýchalo dobre, neudával bolesti hlavy, hrudníka či brucha, nemal teplotu ani

hnačky, pravidelne užíval Lozap H, Rivotril. Na ambulancii UP bol TK: 177/111 mmHg, P: 80/reg., TT: 36,2 °C, sat. O₂ 99 % bez oxygenoterapie. Pri objektívnom vyšetrení lekár zhodnotil nález nasledovne: „*pri vedomí, orientovaný, GCS 15b, eupnoe, cirkulačne stabilizovaný, hydratácia primeraná, bez ikteru a cyanózy, periférne prekrvenie v norme, hlava nebolestivá, zrenice izokorické, foto +/-, sliznice vlhké, jazyk plazí v strednej rovine, krk bpn., dýchanie vezikulárne, cor - AP ozvy ohraničené, abdomen mäkké, priehmatné, palpačne nebolestivé, bez rezistencie, peristaltika prítomná, tapott. bilat. negat., DK bez edémov.*“ V laboratórnych odberoch bola potvrdená hyperglykémia 18,96 mmol/l, mierne elevované GMT 1,98 ukat/l, hraničné ALP 2,04 mmol/l, hraničná leukocytóza, INR a aPTT bez výraznejšieho posunu. Bolo natočené EKG. Lekár záveroval nasledovné dg.: „*Artérová hypertenzia, dekompenzovaná. Hyperglykémia, DM II. typu, dekompenzovaná.*“ Pacientovi bola aplikovaná i. v. liečba Plasmalyte 1000 ml a 1 tbl. Ebrantilu 30 mg. Kontrolný TK bol 160/100 mmHg, kontrolná glykémia 11 mmol/l. V závere lekárskej správy bolo uvedené: „*Pacient je t. č. cirkulačne stabilizovaný, pri vedomí, orientovaný, bez cyanózy, eupnoický, bez bolestí, laboratórne bez závažných abnormalít. Odporúčam fyzické a psychické šetrenie, dodržiavať dostatočný pitný režim, pravidelný self-monitoring TK 2x denne, pravidelný self-monitoring glykémie, hodnoty zapisovať. Do liečby pridám Metformin 500 mg 1,0,0 užívať ráno s jedlom, Agen 5 mg 0,0,1, pri TK nad 160/80 mmHg Tensioin 25 mg s. l. p. maximálne 3x denne (rp vydané). Kontrola obvodným lekárom do 3 dni. Ambulantne kontrola diabetológom. V prípade zhoršenia ťažkostí kontrola na UP ihneď. Pacient poučený.*“ Vo večerných hodinách toho istého dňa v domácom prostredí nastalo zhoršenie klinického stavu pacienta. Príbuznými bol pacient privezený na UP iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Podľa záznamu dominoval u pacienta vystupňovaný deglutinačný problém, horšia artikulácia, pretrvávalo trpnutie ľavej ruky, závraty, pridružilo sa zvracanie. Pracovná dg. bola susp. CMP. Pacient bol vyšetrený neurológom, CT vyšetrenie ukázalo trombózu sinus tranverzus vľavo a oklúziu distálneho V4 úseku vertebrálnej artérie vpravo. Intervenčný rádiológ neindikoval endovaskulárny zákrok, rozhodol o konzervatívnom postupe, nakoľko bolo riziko distálnej propagácie trombu pri zákroku. Klinický stav pacienta prudko progredoval, hlavne v neurologickom deficite. Bolo indikované MR vyšetrenie, v priebehu ktorého pacient aspiroval a nastala porucha vedomia so zástavou vitálnych funkcií. Ihneď bol resuscitovaný a napojený na UPV. Kontrolným CT vyšetrením mozgu bol potvrdený rozsiahly edém mozgu, mozočka a mozgového kmeňa. Po odpojení z analgosedácie bola prítomná kóma s vyhasnutými reflexmi a bola diagnostikovaná mozgová smrť.

Podľa pitevného protokolu bezprostrednou príčinou smrti bol edém mozgu, nález čerstvej encefalomalácie v pravej mozočkovej hemisfére pri celkovej ateroskleróze mozgových tepien, ako i ischémia v pravej hemisfére cerebella a laterodorzálnej časti predĺženej miechy. Medzi ostatnými nálezmi bola popísaná obojstranná aspiračná bronchopneumónia.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

51-ročný polymorbídny pacient bol prvotne vyšetrený na internej ambulancii UP dohliadaného subjektu pre vysoký TK a glykémiu. Pacient udával aj závrate sprevádzané trpnutím ruky. Po klinickom vyšetrení, odbere anamnézy, doplnených laboratórnych odberoch, realizovanom EKG a podanej liečbe, bol pacient demitovaný do domáceho liečenia. Podľa vyjadrení zainteresovaných, lekár UP pri vyšetrení vychádzal z negatívnych informácií od RZP (nebola uvedená dg. CMP, IM), pričom vo vlastnom vyjadrení potvrdil prítomnosť vertiga a trpnutia ruky u pacienta tak, ako to bolo aj zapísané v lekárskom náleze. Lekár UP musí mať vlastný rozhodovací proces založený na dôkladnom odbere anamnézy, dôkladnom fyzikálnom vyšetrení a následných doplňujúcich laboratórnych, prípadne ďalších zobrazovacích a odborných vyšetrení.

Úrad konštatoval, že rozsah orientačného neurologického vyšetrenia lekára internej ambulancie UP („*zornice izokorické s fotoreakciou obojstranne, GCS 15b*“) bol nedostatočný, zdravotný stav pacienta pri danom dg. súhrne a anamnéze bolo potrebné konzultovať so špecialistom v odbore neurológia.

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť zo strany internistu na UP dohliadaného subjektu nebola pacientovi poskytnutá správne, výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

BOL'AVÁ RUČIČKA A CHIRURG

Úrad prešetroval podnet matky maloletého pacienta vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej malému synovi. V podnete podávateľka vyjadrila nespokojnosť s postupom ošetrojúceho lekára chirurga. Podľa matky sa lekár

zameral na úraz hlavy a nedostatočnú pozornosť venoval poraneniu ruky dieťaťa, ktoré bolo následne diagnostikované.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Vykonaným dohľadom, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacienta a z písomného stanoviska dotknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti úrad zistil, že pacient bol dňa 8. 10. 2021 o 17:16 hod. vyšetrený v chirurgickej ambulancii oddelenia urgentného príjmu dohliadaného subjektu.

V zázname z vyšetrenia sa uvádza, že ide o 1-ročné dieťa (ďalej len „pacient“), ktoré v daný deň spadlo do postieľky, v ktorej nebolo matrac, udrelo si hlavu v oblasti čela, v bezvedomí nebolo, nezvracalo, podľa udania matky reagovalo primerane, spavé nebolo. Pacient bol objektívne vyšetrený. Bol pri vedomí, kontakt veku primeraný - usmieva sa, čulý, KP kompenzovaný, normohydratovaný, eutrofický, eupnoe, orientačne neurologicky v norme, afebrilný. V objektívnom náleze je popisované zranenie v oblasti hlavy - frontálne a periorbitálne vľavo erytém, bez opuchu, inervácia tváre symetrická, oči - v strednom postavení, zrenice izokorické, fotoreakcia priama i konsenzuálna bilat. správna, nos, uši bez výtoky, šija voľná, neoponuje, orientačne neurologicky v norme. Iné známky traumy na tele lekár nepozoroval. Bolo realizované RTG vyšetrenie lebky v 2 projekciách so záverom: Bez RTG známk porušenia kontinuity kalvy.

Po vyšetrení bol pacient v stabilizovanom stave prepustený do domácej starostlivosti s odporúčaniami: pokojový režim, sledovať zmeny stavu 48 hod. - sledovať aj v noci - či nezvracia, či reaguje na dotyk, úplné prebudenie nie je nevyhnutné. Podávať ľahšiu stravu, nepodávať nové pokrmy, nedávať pred blikavé svetlá (TV, PC...), nevystavovať priamemu slnku. Pri ťažkostiach (zvracanie, napínanie na vracanie, nechutenstvo, bolesti hlavy, závrate, zimnica, bledosť, malátosť, spavosť, strata vedomia, kŕče...) a zmenách celkového stavu kontrola u nás.

S odstupom 12 dní bol pacient dňa 20. 10. 2021 vyšetrený v chirurgickej ambulancii iného subjektu. Anamnesticky uvádzané, že pacient má v oblasti ľavého predlaktia palpačnú citlivosť a opuch. Na realizovanom RTG bol nález stavu po zlomenine oboch kostí predlaktia na prechode strednej a distálnej tretiny, lomná línia ešte dobre viditeľná. Naložená bola sadrová dlahá na ľavý lakeť a predlaktie. Pri kontrolnom vyšetrení dňa 10. 11. 2021 bol klinický nález pokojný, prítomný mierny opuch, hybnosť ešte obmedzená. Sadrová fixácia bola zložená a nasadená bola bandáž. Odporúčané bolo cvičenie doma. Žiadne ďalšie vyšetrenie v danej ambulancii nebolo realizované.

ZHODNOTENIE POSTUPU

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Zdravotná starostlivosť, ktorá bola poskytnutá pri ošetroaní pacientovi v ambulancii dohliadaného subjektu, bola poskytnutá správne, včas a v adekvátnom rozsahu. Počas jej poskytovania nedošlo k pochybeniu.

Z dokumentácie je zrejmé, že pacient bol vyšetrený v chirurgickej ambulancii OUP dohliadaného subjektu. Podľa záznamov v dokumentácii z posudzovaného vyšetrenia, kde je uvedený anamnestický údaj matky, že dieťa si udrelo hlavu, sa neuvádzajú žiadne poranenia ani ťažkosti inej časti tela. Pri adekvátne vykonanom vyšetrení konštatovaný nález korelujúci s udávanými anamnestickými údajmi: periorbitálny erytém vľavo bez opuchu pacienta aj s uvedením, že iné známky traumy na tele nie sú zjavné.

Preto bola ordinovaná RTG snímka lebky, ktorá bola bez patologického nálezu. Vzhľadom na skutočnosť, že nebola prítomná žiadna neurologická symptomatológia, bolo dieťa s rozsiahlym odporúčením daným matke odoslané do domácej starostlivosti. Tento diagnosticko-liečebný postup považujeme za štandardný a správny a v tomto prípade dostačujúci. Spôsob a rozsah vyšetrenia pacienta je determinovaný údajmi, ktoré lekár získa anamnesticky a fyzikálnymi nálezmi pri vyšetrovaní pacienta.

K základným faktom diagnostiky fraktúry všeobecne patria anamnéza – údaj, ktorá časť tela bola postihnutá vonkajším násilím, teda ktorú oblasť má lekár vyšetrovať zvlášť dôsledne. V tomto prípade bol udaný len úraz hlavy.

K príznakom zlomeniny všeobecne patria: bolesť (neudaná - dieťa sa usmievalo), opuch, deformita a porucha funkcie (ani jeden z týchto príznakov nebol zaznamenaný). Samozrejme, pri menších zlomeninách bez posunu, niektorý z týchto príznakov môže chýbať, nie však všetky. Pri absencii všetkých vyššie uvedených faktorov lekár nemá dôvod predpokladať takúto diagnózu a podozrenie na zlomeninu môže potom vysloviť len na základe údaju rodiča, aby vedel, ktorú časť tela má dať RTG vyšetriť.

Vzhľadom k vyššie uvedeným faktorom zlomeniny a chýbajúcim znakom, ktoré by k podozreniu na zlomeninu mohli lekára viesť, je v dokumentácii zaznamenaný primeraný rozsah vyšetrenia pacienta.

V posudzovanom prípade je faktom, že zlomenina bola diagnostikovaná až na 12. deň po úraze, čo je dlhý časový interval. To v kontexte vyššie uvedených skutočností vrhá pochybnosť, či k uvedenej zlomenine nedošlo následne až v tomto intervale. Poukazujú na to spomínané údaje, aj to, že rodičia si za taký dlhý čas (12 dní) nič u dieťaťa nevšimli! (?)

Mechanizmus pádu dieťaťa do postielky, čiže intenzita - presnejšie kinetická energia nárazu spôsobila na čele len erytém, bez poškodenia kože. Je otázkou, či by taká istá intenzita spôsobila fraktúru oboch kostí predlaktia, bez známkov traumy na koži. To vnáša nejasnosti do skutočného úrazového deja, resp. času úrazu pacienta.

Na základe podrobnej analýzy prípadu je možné záverom konštatovať, že zdravotná starostlivosť bola maloletému pacientovi poskytnutá správne, v adekvátnom rozsahu a v súlade s medicínskymi odporúčaniami. Počas poskytovania zdravotnej starostlivosti nedošlo k pochybeniu zo strany zdravotníckych pracovníkov.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. – pochybenie v diagnostických a liečebných postupoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v ústavnom zdravotníckom zariadení.

HAVÁRIA NA MOTORKE

Podávateľ podnetu žiadal prešetriť postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jeho otcovi po dopravnej nehode na motorke, ktorý bol prevezený záchranou zdravotnou službou do nemocnice, pričom podľa záchranárov sa malo ísť o zlomeninu stehennej kosti alebo bedrového kĺbu s predpokladom vnútorného krvácania v týchto miestach. Uviedol, že otec bol po nehode pri plnom vedomí, komunikoval aj pravidelne dýchal, vzhľadom k bolesti, ktorú cítil v nohách, podávateľ nepredpokladal ani poranenie chrbtice a teda, že nejavil žiadne známky poškodenia životne dôležitých orgánov. Žiadal prešetriť, či bol postup záchrany života otca správny a dostatočne rýchly bez zbytočných „prestojov“, prečo ho hneď neposlali na operačné oddelenie a nezastavili krvácanie, či nedostal neprimerané množstvo liekov pred a po operácii, ktoré podľa vyjadrenia v úmrtnej správe spôsobili hemoragicko-traumatický šok a zástavu srdca.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Úrad zistil, že 63-ročný pacient po dopravnej nehode ako vodič motocyklu, ktorý sa dostal do šmyku v ľavotočivej zákrute, prešiel

vpravo mimo cesty, kde kontaktoval zvodidlá a pokračoval v pohybe po trávinatej ploche s deceleráciou pri dopravnej značke, bol dňa 8. 5. 2021 o 18:00 hod. privezený rýchlou zdravotnou pomocou na oddelenie urgentného príjmu - chirurgickú ambulanciu. Pacient udával bolesti hlavy, chrbtice v celom rozsahu, opuch, bolesť a deformáciu ľavého stehna. Realizované bolo USG vyšetrenie, odbery krvi a celotelové vyšetrenie CT so záverom - zlomeniny obidvoch lonových kostí, zlomenina ľavého acetabula, zlomeniny bedrovej lopaty vľavo s ľahkou dislokáciou, zlomeniny krížovej kosti, nezávažné zlomeniny priečných výbežkov tiel stavcov L3 - L5, zlomenina stehnovej kosti vľavo. Pacientovi s kominutívnou fraktúrou panvy a diafýzy femuru bola naložená dočasná fixácia ľavého stehna a panvovej kosti a bol odoslaný na príjem na JIS chirurgického oddelenia.

O 19:50 hod. bol pacient prijatý na chirurgickú JIS s diagnózou polytraumy s hemoragickým šokom v šokovom stave, zahájená bola resuscitačná volumterapia, analgosedácia, zavedený centrálny venózný katéter, permanentný močový katéter. Stav pacienta sa napriek liečbe zhoršoval, pre poruchu vedomia bola nutná orotracheálna intubácia a UPV. O 22:01 hod. bol pacient preložený na OAIM, po stabilizácii stavu bol prevezený na ortopedický operačný sál k operačnému riešeniu trieštivej fraktúry femoru s dislokáciou. Počas operačného výkonu bol pacient hypotenzný, podávané transfúzie, plazma, kryštaloidy, nutné vysoké dávkovanie vasopresorov. Bola realizovaná fixácia zlomeniny rekonštrukčným klincom miniinvazívne s dosiahnutím správneho postavenia zlomeniny femoru. Pooperačne bol naložený bedrový pás na stiahnutie trieštivej zlomeniny panvy s cieľom minimalizovať krvácanie do panvy. Po operačnom výkone bol prevezený na OAIM, kde bolo pokračované v UPV, tekutinovej resuscitácii, podávaní vasopresorov. Od prijatia bol pacient anurický. Dňa 9. 5. 2021 o 05:15 hod. dochádza k bradykardii, ktorá nereagovala na liečbu, o 05:30 hod. došlo k zastaveniu obehu a konštatovaný bol exitus letalis.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

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

K vzniku traumatických zmien u pacienta došlo vplyvom dopravného úrazu. Histologickými vyšetreniami boli potvrdené chronické somatické ochorenia orgánov. Výsledky laboratórných vyšetrení potvrdili, že pacient nebol pod vplyvom alkoholu ani iných psychotropných látok počas nehody.

Komplexná liečba bola pacientovi poskytnutá včas, správne, podľa štandardných postupov v súlade so zásadami lege artis. Rozsah predoperačnej prípravy a predoperačných vyšetrení bol adekvátny akútnemu ohrozeniu života pacienta, závažnosti zranení a operačného výkonu. Samotný operačný výkon bol plne indikovaný a technicky správne zrealizovaný, liečba v pooperačnom období bola ordinovaná a podávaná v súlade so zásadami lege artis, rozsah liečby bol adekvátny akútnemu ohrozeniu života pacienta. Operačný výkon - intramedulárna osteosyntéza zlomeniny stehennej kosti vľavo rekonštrukčným klincom bol indikovaný správne a bol tiež správne technicky prevedený. Pri závažných zraneniach u vysoko rizikového polytraumatizovaného pacienta bola urgentná operácia nevyhnutná. Kombinácia rozsiahlych, so životom nezlučiteľných zranení a ich komplikácií - rozsiahla tuková embólia pľúcneho riečiska s preťažením a zlyhaním pravého srdca a závažných systémových ochorení - ateroskleróza III. st. boli nezlučiteľné so životom. Traumaticko-hemoragický šok, ktorý sa rozvinul v dôsledku poranení viacerých orgánov a anatomických častí tela (polytraumatizmus), so spolupodieľajúcim sa masívnym tukovým embolizmom pľúcneho riečiska bol proces, ktorý viedol k srdcovej smrti pacienta. Tukový embolizmus pľúcneho riečiska je akútna komplikácia vyskytujúca sa u 90 % pacientov so zlomeninou dlhých kostí a panvy (dominantne pri zatvorených zlomeninách). Zapríčiňuje ju úrazové poškodenie drobných žíl v kostnej dreni, do ktorých sa pod tlakom okolitých tkanív dostávajú fragmenty tukového tkaniva. Tieto ďalej cirkulujú do malého krvného obehu (pľúc), kde dochádza k plneniu a mechanickému upchatiu pľúcnych kapilár. Poranenia stehrovej kosti, panvy, úponov tenkého a hrubého čreva a okolitých mäkkých tkanív v stupni a rozsahu zistenom pri súdnej pitve, spojené s masívnym tukovým embolizmom, boli nezlučiteľné so životom. Stav organizmu, ktorý bol primeraný veku pacienta, nedokázal prežiť pre tak masívne poškodenia a redukované kompenzačné schopnosti organizmu, vyplývajúce z prirodzeného starnutia orgánov a tkanív. Zdravotná starostlivosť bola pacientovi poskytnutá správne, včas, v dostatočnom rozsahu a štandardnými medicínskymi postupmi.

ZÁVER

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

ZANEDBANIE DIFERENCIÁLNO- DIAGNOSTICKÉHO PROCESU V POOPERAČNOM OBDOBÍ

Na základe podnetu, ktorý úrad prijal od pacienta, bol preverený postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi v zdravotníckom zariadení pracoviska jednotňovej chirurgie dohliadaného subjektu, kde bola pacientovi vykonaná cholecystektómia a v chirurgickej ambulancii dohliadaného subjektu, kde pacient absolvoval kontroly po operácii.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacient bol prijatý za účelom plánovaného chirurgického výkonu - cholecystektómie, na základe odporúčania z chirurgickej ambulancie. V USG náleze a laboratórnom náleze neboli prítomné známky zápalu (zhrubnutie steny cholecysty), zápalové markery boli v rámci predoperačných vyšetrení v medziach normy. V prijímacej správe bolo v rámci anamnestických údajov uvedené: RA: bez pozoruhodností, OA: bežné detské ochorenia, lieči sa na vysoký TK, prostatu, epilepsia v liečbe od r. 2007. Operácie: 0, úrazy: úraz hlavy v minulosti, zvýšené krvácanie: 0, varixy: 0. AA: alergie na lieky neudával. FA: dlhodobé berie lieky: co-Amlessa, Tanyz, Tegretol. TA: fajčenie. PA: SZČO. TO: pacient prijatý na pracovisko jednotňovej chirurgie za účelom laparoskopickej cholecystektómie. Status presens: pacient pri vedomí, poloha aktívna, habitus normostenický, hlava mezocefalická, na poklop nebolestivá, inervácia n. VII. správna, výstupy nn. V. nebolestivé. Uši, nos: bpn. Dutina ústna: jazyk plazí v strednej rovine, nepovlečený, chrup sanovaný, vývody slinných žliaz bez akútnych zápalových zmien. Hltan: nosová časť: klenba voľná, ústna časť: podnebné mandle strednej veľkosti, symetrické, bez patologického obsahu, podnebné oblúky pri fonácii pohyblivé. Hrtanová časť: piriformné sínusy voľné, sliznica ružová. Hrtan: epiglottis – bpn. Krk: súmerný, LU nezväčšené. Dg.: Cholecystolithiasis, Art. hypertenzia 2. st. ESH/ESC, BHP, St. po úraze hlavy v minulosti, epilepsia v liečbe, od r. 2007 bez záchvatu. Pacient bol prijatý na oddelenie o 7:00 hod. Vyšetrený hemogram: Leu: 6,67, Er: 5,0, Hb: 158, Tr: 272, PT: 1,02, HPTT: 0,84, Fbg: 4,30. Pacient mal podanú premedikáciu - Diazepam 10 mg p. o., bandáž DK, Fraxiparine 0,3 ml s. c. Podaný bolus Amoksiklav 2,4 gr. i. v. Pred operáciou pacient podpísal informovaný súhlas. Predoperačné vyšetrenie bolo bez kontraindikácii k operačnému výkonu. Operačný nález: Symptomatická USG verifikovaná cholecystolitiáza bez cholecystitídy.

Indikovaná cholecystektómia. Operácia bola vykonaná v celkovej anestéze, citujeme z operačného nálezu: „...oblúkovitý rez nad umbilikom, po zaistení fascie Veressovou ihlou insuflujeme kapnoperitoneum. Následne vkladáme port 10 mm pre optiku. Pod kontrolou zraku následne zavádzame port 10 mm v epigastriu a dva 5 mm porty v pravom mesogastriu. Revidujeme dutinu brušnú - hepar, predná stena žalúdka negat., cholecysta veľkosti cca 10 x 5 cm, akútne flegmonózne zmenená, hydropická, v zrastoch s omentom. Pomocou háčika uvoľňujeme cholecystu z omentálnych zrastov. Preparácia obtiažna, preparujeme v Calotovom trojuholníku, kde identifikujeme d. cysticus, ktorý následne medzi klipmi pretínáme. Pokračujeme v preparácii a. cystica, ktorú identifikujeme, pri následnej preparácii dochádza k lézii a. cystica s krvácaním, preto hneď emergentne konvertujeme, v pravom podrebrí šikmý rez, v dutine brušnej odsávame hematóm, Pringleyho manéver, zastavujeme krvácanie. Ihneď odoberáme krv na KO, na objednávku 2x Ery masy z vitálnej indikácie. Po vypláchnutí subhepatálneho priestoru dokončujeme subseróznou cholecystektómiu, arteria cystica ošetrová dvoma opichovými ligatúrami, kontrola - bez známok krvácania, bez leaku žlče. Do lôžka vložený Surgical a Gelaspon. Opakovaná kontrola krvácania, hemostáza, spádový drén do subhepatálneho priestoru. Následne v anatomických vrstvách sutúra operačných rán.“ Cholecysta bola odoslaná na histologické vyšetrenie. Odporúčanie: pokračovať v ATB - Amoksiklav á 8 hodín 1,2 gr. i. v., Novalgin 4x 2 ml i. v., Dolsin, Buscopan, Ranital, Degan, Dicynone, Pamba. kontrola KO, hemokoagulačné vyšetrenie, Bi, AST, ALT, GMT, ALP, Na, K, CRP, urea, kreatinín. Výsledky statim: Hb: 69, Ery: 2,14, Leu: 3,5, Trom: 115. Pacientovi bola podaná prvá transfúzia o 13:38 hod. - Ery deleukotizované 300 ml, druhá transfúzia podaná o 15:10 hod. - 254 ml. Krvný obraz po transfúzii o 18:07 hod. Hb: 130,0, Ery: 4,10, Leu: 11,27, Trom: 172,0. Večerná vizita po operácii: subjektívne sa pacient cítil dobre, bez dýchavice, bez stenokardií. Objektívne zistené: afebrilný, kardiopulmonálne kompenzovaný, rany pokojné. Úprava KO (viď vyššie), vzostup hepatálnych enzýmov: S-AST: 1,66, ALT: 1,36, GMT: 2,42, večer o 21,51 hod. bol realizovaný kontrolný odber: AST: 2,32, ALT: 1,83, GMT: 4,75. Ordinácie liekov: Amoksiklav 1,2 gr. á 8 hod. i. v., Fraxiparine 0,3 ml s. c., Dicynone 1 amp. á 8 hod., Pamba 1 amp. á 8 hod., Ranital 2x 1 amp., Degan 3x 1 amp., analgetiká podľa potreby, chronická liečba. Sledovanie TK, TT, P.

Dňa 8. 11. 2019 sa pacient cítil dobre, bol afebrilný, kardiopulmonálne kompenzovaný, rany boli pokojné, spádový drén bol funkčný (450 ml). Laboratórne výsledky: Hb: 136, Ery: 4,32, Bi: celk.: 31,49, Bi konj.: 21,85, AST: 2,14, ALT: 2,19, GMT: 5,58, CRP: 89,24.

Dňa 9. 11. 2019 vizita: pacient sa mal dobre, drén funkčný - 600 ml. Poobede chirurgická vizita: brucho voľné, drén bez žlče, pacient

afebrilný, nekrvácav. Laboratórne výsledky: AST: 0,94, ALT: 1,40, GMT: 4,10, Bi celk.: 46,35, Bi konj.: 25,94, CRP 244,98, Hb: 119.

Dňa 10. 11. 2019 v noci pacient udával bolesti v oblasti chrbta, po analgetikách zmiernenie, afebrilný, rany pokojné, nekrvácav, TK: 119/67, P: 108. O 09:00 hod. bola chirurgická vizita: brucho palpačne priehmatné, drén ponechaný, vymenený (290 ml). Laboratórne výsledky: Leu: 10,9, Hb: 107, Bi celk.: 47, 68, Bi konj.: 39,25, AST: 13,82, ALT: 10,9, GMT: 3,19, CRP: 288,38.

Dňa 11. 11. 2019 pacient udáva pretrvávanie bolestí, chirurgická vizita: brucho priehmatné, sutury pokojné, KP kompenzovaný TK: 121/82, P: 74. Indikované bolo USG vyšetrenie brucha. Ordinovaný bol Ciprofloxacín 400 mg á 12 hodín. Laboratórne výsledky: Leu: 11,36, Hb:110, AST: 25,52, ALT: 24,91, GMT: 3,13, Bi celk: 62,72, Bi konj.: 47,86, CRP: 366 80. Výsledok histologického vyšetrenia: mierna až stredne výrazná chronická nešpecifická cholecystitída, bez nádorových a iných podstatnejších histologických zmien.

Dňa 12. 11. 2019 na vizite pacient udával, že sa má lepšie, objektívne bol afebrilný, brucho mal mäkké, priehmatné. Vykonané bolo USG vyšetrenie brucha so záverom: tekutinová kolekcia v lôžku žlčníka s bublinami vzduchu, v dif. dg. absces. hepatomegália, stav po CHE, kortikálna cysta obličky. Nezobrazený pankreas. Laboratórne výsledky: Ery: Leu: 11,4, 3,33, Hb: 106, PLT: 196, Glu: 6,26, AST: 7,50, ALT: 14, 31, GMT: 3,11, Bi celk.: 104,1, Bi konj.: 83,21, CRP: 330,37, K: 3,21. Kvôli zníženej hodnote kálie boli pacientovi podané 2 amp. KCL v 500 ml F. Po konzultácii s operatórom bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Kontroly na chirurgickej ambulancii poskytovateľa: Prvá kontrola bola 13. 11. 2019. Subj.: pacient sa cítil „slabý, ale trochu lepšie“. Objektívne: ikterický, operačná rana bez secernácie, okolie pokojné. Abdomen - voľné, priehmatné, minimálna palpačná citlivosť pravého hypochondria, bez hmatnej rezistencie, bez peritoneálneho dráždenia, inguiny voľné. Výsledky: Leu: 11,4, Hb: 112,0, Glu: 8,06, Bi celkový: 161,5, Bi konj.: 76,12, AST: 4,83, ALT: 10, 62, GMT: 3,44, ALP: 1,73, AMS: 1,06, CRP: 246,9. Odporúčanie: kontrola zajtra. Predpis: Quamatel 20 mg, Novalgín, Ciprofloxacín 500 mg, Amoksiklav 625 mg, Silymarín, Cardilan. Podľa vyjadrenia poskytovateľa bola pacientovi podaná infúzia Mesocain + Analgin. Dňa 14. 11. 2019 - kontrola. Pacient sa stále cítil slabý. Objektívne: subikterický, eupnoe, obehovo kompenzovaný. Abdomen: voľné, priehmatné, citlivé v pravom podrebrí, bez hmatnej rezistencie, bez peritoneálneho dráždenia, inguiny voľné, tapotement bilaterálne bol negatívny. Podaná infúzia 5 % Glu. + Milgamma. Počas podania - dobre, priebeh bez komplikácií. Odporúčanie: kontrola zajtra, podanie infúzie ako dnes, v pláne laboratórna kontrola a USG event. CT kontrolné vyšetrenie, pri zhoršení kontrola ihneď.

Dňa 15. 11. 2019 mal poskytovateľ podľa svojho vyjadrenia dovolenku, rovnakú infúziu mala podať sestra a v pondelok 18. 11. 2019 mal prísť znova na kontrolu k poskytovateľovi, na pláne boli odbery a USG vyšetrenie ev. CT kontrola. Na lekárskej správe z 15. 11. 2019 bolo uvedené: podaná inf. 5 % Glu. + Milgamma, priebeh bez komplikácií (pečiatka poskytovateľa).

Dňa 16. 11. 2019 bol pacient privezený na urgentný príjem nemocničného zariadenia, pre zhoršenie stavu. Zrealizovali sa základné odbery a po vyšetrení lekárom bol pacient ihneď odoslaný na vyššie pracovisko, kde bol hospitalizovaný v období od 16. 11. 2019 – 13. 12. 2019. Dňa 17. 11. 2019 bol pacient operovaný. Operačný náález: Laesio ductus hepaticus communis et hepatici I. dx. et sin., Bismuth IV., Peritonitis biliaris diffusa, Abscessus subhepatalis et subphrenicus I. dx. Op. výkon: Laparotomia, revisio, evacuatio abscessus subphrenicus I. dx. et subhepatalis, hepatico – jejunooanastomosis sec. Roux – en – Y, lavage, drainage.

ZISTENÉ NEDOSTATKY

U pacienta s USG verifikovanou cholecystolitíazou bola správna indikácia na selektívnu cholecystektómiu. Operácia bola správne začatá laparoskopicky, ale pre masívne peroperačné krvácanie z a. cystica bola správne konvertovaná na konvenčnú laparotómiu. Operatérovi sa podarilo krvácanie zvládnuť a dokončil cholecystektómiu, správne bol pacientovi urgentne vyšetrený KO a následne bola správne dvakrát podaná transfúzia krvi. Pooperačný stav bol komplikovaný eleváciou bilirubínu, hepatálnych testov a CRP, správne boli realizované kontrolné odbery na vyšetrenie uvedených parametrov a tiež bolo po operácii správne zrealizované USG vyšetrenie brucha. Nebolo však správne pacienta s uvedenými vysokými hodnotami hepatálnych testov a CRP a tiež so zisteným výpotkom pod pečeňou, prepustiť do ambulantnej starostlivosti. Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam, ako aj vzhľadom k známemu komplikovanému priebehu operácie, bolo potrebné u pacienta v rámci diferenciálno-diagnostického procesu, pátrať po príčine zvýšených hodnôt CRP a hepatálnych testov, so zreteľom na prítomný výpotok v dutine brušnej, ktorý bol zistený pri USG brucha.

Dňa 12. 11. 2019 nebolo správne prepustiť pacienta do ambulantnej starostlivosti, vzhľadom k zvýšeným hodnotám zápalových a hepatálnych parametrov a tiež kvôli suspektnému USG nálezu (prítomnosť výpotku pod pečeňou). U pacienta bolo potrebné pokračovať v diferenciálno-diagnostickom procese, za účelom upresnenia diagnózy a následnej terapie.

U pacienta po predčasnom prepustení z pracoviska jednodňovej chirurgie, pretrvávali patologické hodnoty pečeňových testov a bilirubínu a tiež patologické hodnoty zápalových markerov. Poskytovateľ ambulantnej starostlivosti o týchto skutočnostiach vedel, nakoľko boli uvedené v prepúšťacej správe. Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam, ako aj vzhľadom k známemu komplikovanému priebehu operácie (zrasty, poranenie a. cystica a krvácanie), bolo potrebné u pacienta v rámci diferenciálno-diagnostického procesu, pátrať po príčine zvýšených hodnôt CRP a hepatálnych testov, a vykonať opäť kontrolné USG brucha, event. CT brucha, prípadne ERCP, alebo pacienta odoslať na vyššie pracovisko.

Postupy poskytovateľa pri ambulantných vyšetreniach neboli správne. Vzhľadom k subjektívnym ťažkostiam pacienta - slabosť a objektívnym príznakom - ikterus, zvýšenie hodnôt bilirubínu, transamináz, zápalových parametrov a tiež vzhľadom na USG nález výpotku pod pečeňou bolo potrebné, vzhľadom ku komplikáciám, ktoré vznikli pri operácii, predpokladať možnosť iatrogénnej lézie žlčových ciest, a neodkladne realizovať diferenciálno-diagnostický proces. Postup poskytovateľa pri ambulantných kontrolách nebol adekvátny aktuálnemu zdravotnému stavu pacienta, komplikovanému priebehu operácie a bezprostrednému pooperačnému priebehu.

Pri ambulantných kontrolách mal poskytovateľ vzhľadom k aktuálnemu stavu pacienta (ikterus, slabosť...), k laboratórnym hodnotám (zvýšenie hepatálnych testov, Bi, CRP) a USG nálezu (výpotok pod pečeňou), neodkladne pokračovať v diferenciálnej diagnostike príčin daného stavu (USG, CT, ERCP), eventuálne odoslať pacienta na vyššie pracovisko.

ZÁVER

Výkonom dohľadu úrad zistil u oboch dohliadaných subjektov (zariadenie jednodňovej chirurgie a chirurgická ambulancia) porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

BOLESTI NA HRUDNÍKU - NEUSTÁLE PODCEŇOVANÉ?

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientovi zo strany službukonajúcej lekáry na APS pre dospelých.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

66-ročný pacient, bez anamnézy akýchkoľvek kardiovaskulárnych ochorení alebo ochorení pohybového aparátu, sa dostavil vo večerných hodinách na APS. V lekárskom náleze z vyšetrenia bolo zaznamenané, že udáva bolesti na ľavej strane hrudníka a bolesti chrbta v oblasti hornej časti Th chrbtice. Dýchalo sa mu dobre. Objektívne bol afebrilný, eupnoický, K-P kompenzovaný, TK: 140/85 mmHg. Stanovená bola diagnóza podľa MKCH M54.84 (Iná bolesť chrbta v hrudníkovej oblasti). Vystavený bol predpis liekov: Flector EP rapid 50 mg, Dorsiflex 200 mg, Nalgesin forte. Pacient bol odoslaný domov. Nasledujúci deň v skorých ranných hodinách bol nájdený manželkou v posteli bez známok života.

Podľa pitevného protokolu boli bezprostrednou príčinou smrti čerstvé ischemické zmeny charakteru včasného štádia infarktu myokardu v svalovine ľavej komory srdca pri aterosklerotickej chorobe srdca ťažkého stupňa s kritickým zúžením prednej medzikomorovej vetvy ľavej koronárnej tepny zakrvácaným a rozpadnutým sklerotickým plátom.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Úrad zhodnotil, že pri vyšetrení pacienta s bolesťou na ľavej strane hrudníka a v hornej časti Th chrbtice na APS bol odber anamnézy nedostatočný. Nebola uvedená dĺžka trvania bolesti, charakter bolesti, ani jej propagácia alebo provokujúce faktory. V rámci objektívneho nálezu chýbalo základné auskultačné vyšetrenie hrudníka (srdce, pľúca). Popis „K-P kompenzovaný“ nie je fyzikálnym vyšetrením. Lekárka stanovila diagnózu M54.84 Iná bolesť chrbta v hrudníkovej oblasti, ktorá v MKCH klasifikácii patrí do skupiny M00 - M99 Choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva. V lekárskom náleze však nie je uvedené žiadne vyšetrenie chrbtice a teda nie je jasné, na základe akého anamnestického údajaja alebo akého fyzikálneho nálezu lekárka rozhodla, že ide o vertebrogénnu a nie kardiálnu príčinu bolesti.

Povinnou súčasťou materiálno-technického vybavenia APS je EKG prístroj. Podľa platnej legislatívy musí byť každá bolesť na hrudníku v rámci diferenciálnej diagnostiky vyšetrená okrem fyzikálneho nálezu aj vykonaním EKG záznamu. Napriek tomu, že APS disponovala funkčným EKG prístrojom, lekárka neindikovala EKG vyšetrenie. Ako uvádza pitevný protokol, bezprostrednou príčinou smrti pacienta boli čerstvé ischemické zmeny včasného štádia infarktu myokardu, ktoré mohli byť na EKG zázname vykonanom v ambulancii APS včas

rozpoznané a zásadným spôsobom by ovplyvnili ďalšiu diagnostiku a liečbu pacienta. Toto dostupné a neinvazívne vyšetrenie mohlo významným spôsobom napomôcť včasnej diagnostike ischemických zmien myokardu. Lekárka neindikovala ani žiadne iné doplnkové vyšetrenia, napr. laboratórne.

ZÁVER

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

MUSELA BYŤ ZLOMENINA DIAGNOSTIKOVANÁ PRI PRVOM VYŠETRENÍ

Výkon dohľadu bol realizovaný na základe podnetu matky maloletého dieťaťa, ktorá sa domnieva, že jej synovi bola zle určená diagnóza a nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť. Pri ošetrení jej syna na urgentnom príjme mu po RTG vyšetrení lekár určil diagnózu pomliaždenie pleca a ramena. Nakoľko bolesť neustupovala, navštívili iného lekára a ukázalo sa, že sa ide o zlomeninu kľúčnej kosti.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V dohliadanom prípade išlo o 6-ročného pacienta, ktorý bol dňa 28. 7. 2021 vyšetrený na urgentnom príjme – traumatológii nemocnice s poliklinikou pre bolesť ľavej kľúčnej kosti. Deň predtým sa šuchol na šmykľavke, udrhel si ľavú kľúčnu kosť a rameno. V objektívnom náleze pri vyšetrení bola konštatovaná palpačne bolesť v oblasti ľavej kľúčnej kosti, ľavý ramenný kĺb s voľným pohybom, bez obmedzenia. Pacient bol odoslaný na RTG vyšetrenie s diagnózou S40.0, realizovaná bola snímka ľavej kľúčnej kosti v PA projekcii. Snímku vyhodnotil ošetrojúci lekár na urgentnom príjme ako negatívnu – RTG ľavej kľúčnej kosti a ľavého ramena bolo vyhodnotených bez traumatických zmien na skelete. Končatina bola daná do závesu. Odporúčané bolo šetriť ľavú hornú končatinu, sledovať dieťa, nosiť záves a kontrola v spáde – RTG ľavej kľúčnej kosti o 10 - 12 dní pri bolesti. Predpísaný bol krém Ibalgin duo effect. Rádiológom bola snímka popísaná po vyšetrení pacienta na urgentnom príjme – bez presvedčivých čerstvých traumatických zmien.

Dňa 3. 8. 2021 bol pacient vyšetrený v chirurgickej ambulancii iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (v inom meste). Konštatované bolo, že pacient je 6 dní od ošetrenia po úraze, klinicky evidentná fraktúra klavikuly vľavo. Odporúčená stella dorsi, šetrenie, kontrola o 6 dní, podľa potreby skôr.

Dňa 9. 8. 2021 bol pacient vyšetrený v traumatologickej ambulancii ďalšieho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (v mieste bydliska). Subjektívne bol bez ťažkostí. Pri vyšetrení ľavá horná končatina s opuchom a palpačnou bolesťivosťou v oblasti ľavej klavikuly, bez tlaku fragmentov na kožu. Na RTG konštatovaný stav po fraktúre diafýzy ľavej klavikuly na prechode strednej a laterálnej tretiny, po naložení stella dorsi, aktuálne s miernym oddialením a dislokáciou ad axim kraniaľne. Odporúčený pokojový režim, vyhýbať sa rizikovým aktivitám. Pri kontrolnom vyšetrení dňa 16. 8. 2021 prítomný veľký kalus, pevný, pacient reagoval algicky na dotyk, bez tlaku fragmentov na kožu. Odporúčená ďalej stella dorsi. Pri kontrolnom vyšetrení dňa 23. 8. 2021 viditeľný mohutný kalus, pevný, nebolestivý, koža bez patologických zmien, bez neurocirkulačnej poruchy, hybnosť mierne obmedzená. Na RTG stav po fraktúre diafýzy ľavej klavikuly na prechode strednej a laterálnej tretiny, po naložení stella dorsi, aktuálne s miernym oddialením a dislokáciou ad latum kaudálne cca o šírku kortikalis. Prebiehalo hojenie objemným kalusom. Fixácia ukončená, odporúčené doma rameno rozcvičovať. Pri ostatnej kontrole dňa 28. 9. 2021 v oblasti ľavej klavikuly mohutný kalus, palpačne pevný nebolestivý, koža bez patologických zmien, bez neurocirkulačnej poruchy, rameno správne konfigurované, hybnosť plná. Odporúčené ešte mesiac obmedziť dopady a nárazy na postihnutú končatinu, potom postupne plná záťaž.

ZHODNOTENIE ÚRADOM

V dohliadanom prípade pacient utrpel úraz na šmykľavke, sťažoval si na bolesť v oblasti ľavej kľúčnej kosti, hybnosť ramena bola voľná. Na vyšetrenie prišiel v sprievode rodiča na druhý deň po úraze. Pri klinickom vyšetrení lekár zistil palpačnú bolesťivosť v oblasti kľúčnej kosti. RTG vyšetrenie nepotvrdilo jednoznačne zlomeninu. Po prehodnotení RTG dokumentácie úrad konštatoval, že interpretácia snímky úrazovým chirurgom bola správna. V strednej tretine diafýzy ľavej kľúčnej kosti je v mieste sumácie s angulus superior ľavej lopatky naznačené subperiostálne pruhovité prejasnenie, ktoré pri neporušenej kortikalise a zachovanej kontinuite kosti bez zjavnej angulácie, nemusí byť jednoznačne viditeľné a posudzované ako trauma kosti, nehovoriac o tom, ak je snímka vizualizovaná na štandardnom monitore úrazovej ambulancie, ktorý nespĺňa normy diagnostickej stanice. Tento typ zlomeniny je zriedkavý

a nemusí sa prvé dni od úrazu manifestovať, nakoľko k prestavbe kostí (dekalifikácii) dochádza až za niekoľko dní a lomná línia sa demarkuje až pri kontrolnom RTG vyšetrení, ktoré lekár aj naordinoval.

Do úvahy treba vziať aj aspekt, že ide o detského pacienta, u ktorého pokojový režim je v porovnaní s dospelým človekom ťažšie dosiahnuteľný. Hypermobilita a hyperaktivita zdravého dieťaťa pri analgetickej liečbe môže viesť k „dolomeniu“ subperiostálnej zlomeniny (tzv. zlomenina zeleného prútika typická pre detský vek) ako následok „pružnosti“ skeletu dieťaťa. Pri konzervatívnej liečbe dochádza u detí prevažne k vzniku hyperkalusu, ktorý sa postupne prestaví a zlomenina sa vylieči bez následkov funkčných a kozmetických. V prípade dislokácie fragmentov je liečba „stella dorsi“ fixáciou plne indikovaná, pričom je nutné sledovať funkciu cievno-nervového zväzku. V literatúre sa uvádza (Willital a Lehmann, r. 2000), že u 6-ročných detí nie je nutná repozícia zlomeniny ani pri posunutých fragmentoch, nakoľko intenzívna tvorba kalusu v tomto veku vedie ku kompletnej konsolidácii do jedného roku.

Primárne ošetrovanie bolo realizované lege artis.

ZÁVER

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 76/2004 Z. z.

TRAGICKÉ ZRANENIE TEHOTNEJ ŽENY

Úrad výkonom dohľadu prešetroval prípad na základe podania matky pacientky vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas ošetrovania jej dcéry v pokročilom štádiu tehotenstva. V podnete podávateľka vyjadrila nespokojnosť s postupom ošetrojúcich lekárov, ktorí podľa jej názoru nedostatočne diagnostikovali stav jej dcéry a nevykonali všetky potrebné zákroky pri operácii pre záchranu jej života.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Prešetrením, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacientky a z písomného stanoviska dotknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, úrad zistil, že išlo o 27-ročnú pacientku, ktorá bola v 38. tehotenskom týždni privezená

o 00:16 hod. k dohliadanému subjektu posádkou RLP pre náhle vzniknuté bolesti brucha doma dňa 24. 4. 2021 o cca 22:50 hod. počas sprchovania. Pri príchode do zdravotníckeho zariadenia pacientka ležala na boku, bola bledá, hypotenzná 70/40 mmHg, inhalovala kyslík, saturácia 89 %, strácala vedomie a udávala bolesti brucha. Privolaný bol službukonajúci anesteziológ. Ihneď bolo realizované ultrazvukové vyšetrenie brucha, bola potvrdená vitalita plodu a prítomnosť väčšieho množstva tekutiny v brušnej dutine. Pôrodnický nález - bez krvácania, podozrenie na hemoperitoneum, kolabujúca rodička, hroziaca asfyxia plodu.

Z vitálnej indikácie matky indikované ukončenie tehotnosti akútnym cisárskym rezom, pacientka bola preložená na operačný stôl. Dňa 25. 4. 2021 o 00:37 hod. začatá sekcia. Po otvorení dutiny brušnej zistené hemoperitoneum cca 1,5 litra, následne po uterotomii - cisársky rez podľa Mísgav Ladach o 00:40 hod. bol vybavený živý novorodenec ženského pohlavia, odovzdaný do starostlivosti neonatológa.

Pri revízií dutiny brušnej nezistené gynekologické origo krvácania. Privolaný chirurg rozšíril laparotómiu pre revíziu celej dutiny brušnej. Zistené boli viacpočetné okrsky krvácania z veľkého omenta, ošetrené opichom a ligatúrami. Slezina, pravé subfrenium čisté a parietálna plocha pečene sa javili intaktné. Po odhrnutí viserálnej plochy pečene zistené nie masívne presakovanie venóznej krvi z oblasti lig. hepatoduodenale. Bol naložený pokračujúci opichový steh, opakovane teplé rúškovanie, krvácanie nepokračovalo. Nálež intramurálneho hematómu v oblasti malej kurvatúry žalúdka, v priebehu operácie bez progresie. Opakované kontroly všetkých kvadrantov, zavedené drény – 2x Tygon + 1x Redon. Podaná perioperačne komplexná hemosubstitučná a hemostatická liečba, obeh podporovaný noradrenalinom. O 02:45 hod. pacientka vzhľadom na hemodynamickú instabilitu preložená na OAIM. Odhadovaná strata krvi cca 2 l.

Novorodenec mal hmotnosť 3000 g a dĺžku 50 cm. Po vybavení bolo dieťa bledé až našedlé s livídnyimi škvrkami, AS neprítomná, nedýcha, na odsávanie nereaguje, zahájená masáž srdca, O₂ podávaný maskou s pozit. tlakom, taktilná stimulácia, do 5 min. – nástup AS 100/min., náznaky dýchania. Po 10 min. AS 120 - 130/min., dýchanie spontánne, pretrváva chabý svalový tonus, bledosť kože, neplače. Zavedený i. v. prístup, inf. 10 % G, zrealizované odbery, oxygenoterapia O₂ maskou. S dg. závažná perinatálna asfyxia, Praematuritas 37 g. t. + 5 dieťa preložené na oddelenie patologických novorodencov.

Pooperačne bola získaná informácia od manžela pacientky - dnes okolo obeda bola manželka nechtiac udretá do hornej časti brucha dreveným hranolom. Pacientka bolesti nemala, z toho dôvodu nikde nešli. Rozsah vnútrobrušných zranení tomu zodpovedal, v danej chvíli vysvetľoval príčinu hemoperitonea.

Po preklade pacientka zobuditeľná, s doznievajúcou anestézou, O₂ maskou, TK: 100/60 torr, P 82/min., SpO₂ 99 %, z drénov cca 50 ml sang. obsahu. So suficientným dýchaním, hemodynamicky stabilizovaná na nízkej dávke vazopresora. Lokálne nález primeraný. V kontrolných laboratórnych parametroch prítomná anémia stredne závažná normocytárna normochrómna, trombocyty v norme, hodnoty INR vyhovujúce.

Po cca 4 hodinách, o 06:35 hod., však náhle došlo u pacientky k poruche vedomia, GCS 3, lekár OAIM pacientku orotracheálne zaintuboval, napojil na UPV, vzhľadom na hemodynamickú instabilitu napojené vysoké dávky vazopresorov, došlo i k navýšeniu odpadov z drénov cca na 500 ml, indikované urgentné CT vyšetrenie.

Nález na CT vyš. brucha + malej panvy:

Ruptúra sakulárnej aneurizmy a. lienalis, aktívna extravazácia zo sakulárnej aneurizmy (cca 15 x 16 x 16 mm; ap x cc x ll) z ventrálnej kontúry a. lienalis (cca 6 cm od odstupe z TC), typický anatomický priebeh a odstup viscerálnych vetiev AA. Objemné hemoperitoneum na ploche cca 70 x 145 mm. Diskrétné pneumoperitoneum (st. p. SC). Vedľajší nález: Dilatácia žalúdka s distenziou oesophagu a miernou dilatáciou D1/D2 duodena, bez lož. obštrukcie, ppo gastroparéza pri hemoperitoneu. Zväčšená maternica s hypodenzným obsahom, bez presvedčivej extravazácie, st. p. urgentnej SC. Kalikolitíáza vľavo. Ojedinelé cysty ľavej obličky - Bosniak I (do 15 mm). Pankreas sa postkontrastne dosycuje primerane, bez nápadného zväčšenia. Bez portomesenterialnej trombózy. Ostatný nález bez zrejmej ložiskovej patológie na vnútrobrušných orgánoch a skelete. Zavedené drenáže a katétre.

U pacientky bola zahájená masívna hemosubstitučná terapia vrátane tekutinovej resuscitácie, predoperačná príprava (CVK). Chirurgom indikovaná akútna revízia z vitálnej indikácie, prevoz na operačný sál o 08:40 hod. V KO Ery 1,11; Hgb 36; HCT 0,098.

Na operačnom sále pokračované v tekutinovej resuscitácii a katecholaminovej podpore, v masívnej hemosubstitučnej terapii. V čase od 09:00 hod. do 10:13 hod. realizovaný operačný výkon v CA: Transabdominálna totálna splenektómia laparotomicky. Pôvodnou laparotómiou otvorená dutina brušná. Prítomné masívne hemoperitoneum, vytekanie čerstvej krvi z ľ. subfréna. Vykonaná splenektómia s ošetrením cievnej stopky opichovou ligatúrou. V tom čase spresnená informácia, že ide o ruptúru sakulárnej aneurizmy lienálnej artérie cca 6 cm od truncus coeliacus. V tejto fáze operácie prítomná ťažká hypotenzia s poruchami rytmu s nutnosťou KPCR. Evakuované množstvo koagúl z burzy omentalis, rupturovanú časť artérie nebolo možné identifikovať. Tamponáda horúcimi rúškami. Pokračujúca KPCR pri masívnej volumoterapii plasmaexpandermi, plasmou a ER masami. Pretrvávala hypotenzia napriek kontinuálnej, súbežnej masáži srdca a napriek podávaniu katecholamínov

a vazopresorov, nastupuje asystolia. O 10:13 hod. výkon končili s konštatovaním letálneho exitu.

Podľa pitevného nálezu príčinou smrti bol hemoragický šok; základná choroba aneuryzma a. lienalis s ruptúrou (na udanie klinika). Pri pitve sa nepodarilo verifikovať priebeh a. lienalis z truncus coeliacus. Peripankreatické tkanivá boli prekrvácané a deštruované. V danej oblasti neboli prítomné známky po ligácii a. lienalis. V ďalšom kroku boli prekrvácaným peripankreatickým tkanivom kolmo na priebeh pankreasu vedené sériové rezy, z ktorých bolo odobratých niekoľko excízií na histologické vyšetrenie. Následným mikroskopickým vyšetrením sa v daných excíziách podarilo zachytiť početné fragmenty steny arterie lienalis, a to aj s výduťou /aneurysmom/ jej steny.

ZHODNOTENIE POSTUPU

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

Celý akútny príjem bol realizovaný správne a bez omeškania. Správne bol indikovaný a realizovaný urgentný operačný výkon za efektívnej spolupráce gynekológov, anestéziológov a chirurgov. Pacientke boli adekvátne operačnému nálezu a krvácaniu podané krvné deriváty a komplexná resuscitačná liečba. Následne bola pacientka správne indikovaná na preklad na lôžko OAIM, kde boli nepretržite monitorované jej životné funkcie, ktoré boli stabilizované a vyhovujúce pri príslušnej terapii.

V bezprostrednom pooperačnom období bol stav pacientky kontrolovaný aj chirurgom dňa 25. 4. 2021. V lekárskom náleze bola zhodnotená anamnéza, objektívny nález, odpady z drénov, diuréza a výsledky laboratórnych vyšetrení. KO bol primeraný nálezu a podanej liečbe. Klinický stav ani výsledky vyšetrení nesvedčili pre pokračujúce krvácanie. Odporúčania chirurga boli adekvátne.

O 06:35 hod. bolo zadokumentované náhle zhoršenie stavu. Resuscitačné opatrenia a vyšetrenia boli ordinované správne a v dostatočnom rozsahu. Časovo správne bolo indikované CT brucha, ktoré identifikovalo zdroj opakovaného krvácania do brucha - prasknutú sakulovitú aneurysmu artérie lienalis.

Správne bola realizovaná emergentná príprava na operačnú revíziu. Pacientka bola správne orotracheálne zaintubovaná, napojená na UVP a masívnu katecholamínovú podporu, čo viedlo k čiastočnej stabilizácii. Pri následne prehlbujúcej sa cirkulačnej instabilite bola ordinovaná adekvátna medikamentózna liečba, ordinované CT vyšetrenie brucha, vykonané promptne, ako aj po telefonických informáciách od radiológa o zistení ruptúry sakulárnej aneurysmy a. lienalis, okamžite bol zabezpečený centrálny venózný prístup a následný prevoz na operačnú sálu. Bez akéhokoľvek omeškania bol

indikovaný operačný výkon. Počas celej doby pokračovala komplexná liečba pacientky.

Operačná revízia a ošetrovanie v dutine brušnej v čase od 09:00 hod. do 10:13 hod. boli vykonané v celom rozsahu správne. Splenektómia bola plne opodstatnená. Napriek presnej informácii z CT vyšetrenia, že ide o ruptúru sakulárnej aneurizmy lienálnej artérie cca 6 cm od trunkus coeliacus, vo fáze ťažkej hypotenzie s poruchami rytmu s nutnosťou KPCR v prekrvácanom a patologicky zmenenom teréne nebolo možné identifikovať a opichnúť miesto ruptúry artérie. Pretrvávala hypotenzia napriek kontinuálnej, súbežnej masáži srdca a objavila sa asystolia. O 10:13 hod. výkon skončili s konštatovaním letálneho exitu. Odporúčanie na realizáciu pitvy bolo správne. Reoperácia bola vykonaná správne a v dostatočnom rozsahu.

Na operačnej sále pri druhom operačnom výkone bola celková anestézia poskytnutá správne, adekvátne klinickému stavu, pacientke boli podané krvné deriváty v množstve štyri deriváty čerstvej mrazenej plazmy a tri deriváty červenej krvnej zložky v priebehu necelých hodiny, zároveň nepretržite bola podávaná lieková (noradrenalin) aj tekutinová podpora krvného obehu. Pri nemerateľnom krvnom tlaku bola začatá bezprostredná kardiopulmonálna resuscitácia medikamentózna aj fyzická v trvaní 57 minút, avšak ani napriek enormnej snahe nedošlo k obnoveniu životných funkcií. Treba podotknúť, že pri život ohrozujúcom krvácaní zo zdroja, akým bola ruptúra aneurizmy lienálnej artérie a pri vývoji diseminovanej intravaskulárnej koagulopatie, sú žiaľ šance na záchranu života prakticky nulové.

Hemoperitoneum je príčinou náhlej príhody brušnej u asi 4,5 % pacientov. Etiologicky najčastejšou príčinou hemoperitonea je trauma. Len asi v 0,2 - 0,3 % je príčinou hemoperitonea ruptura arteriálnej aneurizmy dutiny brušnej. Aneurizma arteria lienalis tvorí asi 56 % všetkých splachnických aneuriziem. Incidencia výskytu aneuriziem a. lienalis v populácii je približne 0,8 %, ženy sú postihnuté 4x častejšie než muži. V literatúre sú popisované jednotlivé kauzistiky náhodne nájdených asymptomatických aneuriziem. Prevažnú časť väčšinou tvoria prípady ruptúr s následným hemoperitoneom. Aneurizmy lienálnej artérie sú spôsobené sekundárnymi zmenami v stene medie cievy, ktoré spôsobujú ruptúry lamina elastica interna, fragmentáciu elastických vlákien a poškodenie hladkej svaloviny. Ide o pravé aneurizmy.

Väčšina prípadov u žien súvisí s tehotenstvom alebo s obdobím po normálne prebehnutom pôrode. Ruptúra aneurizmy s hemoperitoneom má podstatne horšiu prognózu než plánovaná resekcia. V prípade prasknutých aneuriziem popisovaných v tehotenstve je mortalita väčšia než 65 %, mortalita netehotných žien sa pohybuje okolo 25 %. Práve tehotné ženy a multipary sú ohrozené ruptúrou aneurizmy artérie lienalis. Incidencia spontánnej ruptúry aneurizmy a. lienalis v gravidite stúpa z 3 - 5 % na 20 %. Je spojená

so 70 % materskou úmrtnosťou a 90 % úmrtnosťou novorodeneckou. Klinický obraz aneuryzmy sa prejavuje tlakovými zmenami pri pôsobení na okolité orgány, čo sa prejavuje neurčitou bolesťou brucha. Často sú aneuryzmy a. lienalis náhodným nálezom pri angio CT vyšetrení brucha. Ultrazvuk pri malých aneuryzmách má malú výťažnosť.

Ruptúra aneuryzmy artérie lienalis sa prejavuje náhlou prudkou bolesťou brucha s vývojom hemoragického šoku. Ak je krvácanie lokalizované v burze omentalis, priebeh môže byť dvojfázový, najskôr s nakrvácaním do bruza omentalis a následne s hemoperitoneom v celej dutine brušnej.

Aneuryzma artérie lienalis je raritné ochorenie a ak je prvým príznakom ruptúra a masívne krvácanie, liečebný úspech je raritný a prognóza mimoriadne zlá. Dôvodom je, že krvácanie je masívne, pacient je od začiatku krvácania v zlom stave, akútna operácia je technicky aj časovo veľmi náročná a väčšinou pri operácií pre hemoperitoneum nie je jasný zdroj krvácania. Spravidla sa pred urgentnou operáciou podarí realizovať len ultrazvukové vyšetrenie brucha.

V danom prípade bol stav pacientky s akútnym hemoperitoneom ešte komplikovaný vysokým štádiom gravidity a tupou traumou brucha. Pacientka bola prijatá na gynekológiu v šokovom stave a prakticky ihneď po prijatí pre diagnostikované hemoperitoneum bolo tehotenstvo ukončené sekciou. K operácií pre nie gynekologický zdroj krvácania do brucha bol privolaný chirurg, ktorý rozšíril laparotómiu a identifikoval a chirurgicky ošetril niekoľko zdrojov krvácania, a to viac ložiskovo krvácajúce veľké omentum, natrhnutie pravého laloka pečene, hematómy steny žalúdka, povrchové hematómy hepatoduodenálneho ligamenta. Po ošetrení nájdených zdrojov krvácania, ďalšie krvácanie v tom čase nebolo prítomné. Operácia bola ukončená so správne zavedenou kontrolnou drenážou dutiny brušnej. Údaj o tupej traume brucha bol v súlade s operačným nálezom a zistenými poraneniami, ktoré boli príčinou hemoperitonea. Dodatočná anamnéza tupého poranenia brucha v tom čase naznačovala etiológiu vnútrobrušného poranenia s hemoperitoneom. Aneuryzma a. lienalis je tak raritná, že aj pri podrobnej revízií brucha je takmer nenájditeľná. Po prasknutí krváca, zmenší sa, je nehmatná a krvácanie ustane. V danom prípade bola lokalizovaná anatomicky na veľmi ťažko prístupnom mieste a vizualizácia uvedeného miesta aj bez krvácania trvá pomerne dlhú dobu. Pri reoperácií bola pacientka operovaná v ťažkom šoku. Operácia začatá o 9:04 hod. a od 9:16 hod. bola realizovaná KPCR. Celá oblasť okolo prasknutej aneuryzmy bola prekrvácaná, opuchnutá, anatomické štruktúry boli neidentifikovateľné.

Pri operačnom postupe pri plánovanej operácií, by bolo nutné otvoriť burzu omentalis, mobilizovať žalúdok, otvoriť retroperitoneum za žalúdkom a vypreparovať a ligovať odstup artérie lienalis z tripus

Haliéri. Arteria lienalis prebieha čiastočne za a čiastočne niekedy aj intraparenchymatozne v pankrease, čo je anatomicky veľmi ťažko dostupné. Po prasknutí aneuryzmy dochádza k nakrvácaniu okolo arterie subperitoneálne, okolo pankreasu, čo prakticky neumožňuje anatomicky vypreparovať arteriu lienalis s aneuryzmou. Teoreticky ošetriť popísaný zdroj krvácania by vyžadoval vypreparovať a zaligovať arteriu lienalis pri viditeľnom odstupe z tripus Haliéri, opichnúť krváčajúcu aneuryzmu a previesť splenektomiu. Uvedené aj skúsenému operatérovi počas plánovaného výkonu by trvalo 2 - 3 hodiny. Úrad konštatoval, že postupy chirurgov pri oboch operáciách boli správne a urobili všetko pre záchranu pacientky. Fatálny priebeh ochorenia pacientky ovplyvnili nasledovné skutočnosti: trauma brucha tehotnej pacientky vo vysokom štádiu tehotenstva, perakútny priebeh hemoperitonea, nutnosť ukončiť graviditu sekciou, extrémne raritný zdroj krvácania do brucha identifikovateľný len angioCT vyšetrením. Podľa literárnych údajov v podobných prípadoch je príčina krvácania odhalená až pri pitve.

ZÁVER

Na základe podrobnej analýzy prípadu je možné záverom konštatovať, že zdravotná starostlivosť bola poskytnutá správne, v adekvátnom rozsahu a v súlade s medicínskymi odporúčaniami. Počas poskytovania zdravotnej starostlivosti nedošlo k pochybeniu zo strany zdravotníckych pracovníkov.

Výkonom dohľadu úrad nezistil pochybenie v diagnostických a liečebných postupoch pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, nebolo zistené porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

PODCENENÉ RIZIKO VZNIKU TROMBOEMBOLIZMU

Úrad výkonom dohľadu prešetroval podanie dcéry pacientky vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej mame. V podnete podávateľka vyjadrila nespokojnosť s postupom ošetrojúcich lekárov na ortopedicko-traumatologickej klinike. Pred operačným zákrokom bol neodborne zavedený venózný katéter na izbe pacientky do pravého stehna s následnou embolizáciou do a. pulmonalis.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Prešetrením z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacientky a z písomného stanoviska dotknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti úrad zistil, že v uvedenom prípade išlo o 66-ročnú pacientku, ktorá bola liečená pre osteosarkóm ľavého predlaktia - high grade sarkóm na ľavom predlaktí s vysoko dubiálnou prognózou. Absolvovala postoperačnú RAT, bola po 3 cykloch neoadjuvantnej chemoterapie. Liečená pre hypertenziu. Operácie predlaktia boli vykonávané v roku 2017 pre recidivujúci synoviálny sarkóm, 12/2019 revízia s resekciou. Alergiu na lieky nemala. Užívala dlhodobo Lokren, Sorbifer Durules.

Pacientka bola hospitalizovaná na ortopedicko-traumatologickej klinike v období od 16. 2. 2021 do 23. 2. 2021. Pacientka bola prijatá s exulcerovaným krvácajúcim osteosarkómom ľavého predlaktia výrazne prominujúcim nad kožu o veľkosti 15 x 10 cm a s proximálnejšie hmatným ložiskom v podkoží k operačnému výkonu - exartikulácii ľavého predlaktia. V t. č. išlo o rozsiahlu recidívu so zavzatím tumoróznymi ložiskami v predlaktí aj v axilách s vysokou aktivitou. Predoperačne pacientka 15. 2. 2021 absolvovala interné predoperačné vyšetrenie s podrobným popisom rizikovosti, ako aj pooperačnej liečby a starostlivosti vrátane podávania LMWH. Následne po prijatí 16. 2. 2021 bolo vykonané predanesteziologické vyšetrenie.

Pacientke bola poskytnutá komplexná rehydratačná liečba, antibiotická, analgetická a antikoagulačná liečba.

Dňa 16. 2. 2021 bol pacientke lekárom ARO zavedený 3-lúmenový centrálny venózný katéter Arrow G16 + 18 +18, cestou v. femoralis l. dx.

Dňa 17. 2. 2021 bol v rámci predoperačnej prípravy pacientke zavedený centrálny venózný katéter do v. jugularis interna l. dx. a cestou a. radialis l. dx. arteriálny katéter. Pacientka bola následne operovaná v celkovej anestéze. Vykonaná bola suprakondylická amputácia ľavého humeru. Operačný výkon prebehol bez komplikácií. Pacientka bola krytá antibiotikami a už pred operáciou jej bol aplikovaný Fraxiparine 0,4 ml s. c. denne s odporúčením zvýšiť dávku na Fraxiparine 0,6 ml s. c. denne od 4. pooperačného dňa.

Dňa 19. 2. 2021 vo večerných hodinách pacientka udávala bolesti pravého lýtka, preto bolo pre náhle vzniknutú bolesť v oblasti pravej dolnej končatiny vykonané dopplerovské USG vyšetrenie ciev s nálezom hlbokoj trombózy femoropopliteálneho riečiska vpravo - nález trombu vo v. femoralis superficialis.

Následne 20. 2. 2021 v noci bolo prizvané interné konzílium. Pri internom vyšetrení bolo internistom zhodnotený predchorobie, analyzovaný aktuálny zdravotný stav, zhodnotený nález USG ciev DKK zo dňa 19. 2. 2021 a laboratórne výsledky. Internista odporučal

upustiť od plánovaného prepustenia, pravidelne kontrolovať vitálne funkcie, nasledujúci deň natočiť EKG, doplniť odbery (biochémia, KO, CRP), upraviť liečbu Fraxiparine 2x denne 0,6 ml s. c., zväziť CT angiografiu. Interná kontrola podľa zdravotného stavu.

Dňa 20. 2. 2021 bola vypísaná žiadanka na CT angiografické vyšetrenie - avšak pre možnú alergiu na kontrastnú látku bolo od tohto vyšetrenia upustené, keďže klinický stav pacientky bol pomerne stabilizovaný, neudávala dýchavicu. Naďalej bolo pokračované v ordinovanej liečbe, sledovaní a monitorovaní vitálnych funkcií. Pacientka bola čiastočne samostatná pri rannej hygiene, bola pri vedomí, orientovaná. Bolo realizované kontrolné interné vyšetrenie, na základe ktorého bolo doplnené ECHO.

ECHO bolo realizované dňa 22. 2. 2021 so záverom - ĽP ľahko dilatovaná, PP ľahko dilatovaná, MPS nevyklenuje, prítomný menší DPS s Ľ-P skratom. PK ľahko dilatovaná bazálne 43 mm, kinetika adekvátna LVEDD 43 mm, inak bez hypertrofie stien. Bez regionálnych porúch kinetiky. EF je 65 % diastolická dysfunkcia I. s. t. Aortová chlopňa v norme. Stopová MR, bez známkov pľúcnej hypertenzie.

V ten istý deň bolo zrealizované kontrolné interné vyšetrenie, ktorým bolo zhodnotené iba ECHO. Bolo odporúčané pokračovať v liečbe LMWH v dávke 2x 0,6 ml s. c. aspoň 6 mesiacov a evidencia internistom v rajóne.

Dňa 23. 2. 2021 bola pacientka prepustená v stabilizovanom stave do ambulantnej starostlivosti.

Následne dňa 24. 2. 2021 bola pacientka vyšetrená na urgentnom prijíme. Pacientka bola privezená v sprievode manžela, v bezvedomí, nereagovala na slovný a bolestivý podnet. Bola bledá, pulz nehmatný, tlak nemerateľný. Okamžite bola zahájená KPR. Volané OAIM, ktoré prebralo KPR. Cca po 25 minútach plnohodnotnej KPR nedošlo k obnove vitálnych funkcií, preto bol o 19:30 hod. konštatovaný exitus. Dňa 26.2. 2021 bola realizovaná pitva na pracovisku súdneho lekárstva. Bezprostrednou príčinou smrti bolo akútne pľúcne srdce u pacientky s masívnou tromboembóliou do stredných vetiev pulmonálnej artérie. Zdrojom embólie bola trombóza femorálnej žily dolnej končatiny.

ZHODNOTENIE POSTUPU

Úrad vykonaným dohľadom v postupe dohliadaného subjektu identifikoval viaceré pochybenia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u pacientky počas dohliadaného obdobia:

- U pacientky neboli počas celej hospitalizácie zhodnotený koagulačný status adekvátnym spôsobom, ani raz neboli vyšetrené D diméry. Pacientka mala vysoké riziko tromboembolizmu. Zhubný nádor, operácia, pooperačné obdobie vedú k zvýšenému riziku

tromboembolickej choroby; D-diméry sú výrazným prediktorom tromboembolizmu.

- Nedostatočný rozsah interného konziliárneho vyšetrenia dňa 22. 2. 2021, kedy internista pacientku nevyšetril fyzikálne, nebolo realizované aktuálne EKG vyšetrenie a nebol adekvátne zhodnotený zdravotný stav z hľadiska rizika tromboembolizmu. Predchádzajúce interné vyšetrenie bolo realizované pred viac ako 2 dňami (cca 55 hodín), nerealizovanie objektívneho posúdenia aktuálneho stavu pacientky v danom klinickom stave objektívnym vyšetrením bolo považované za pochybenie. Pacientka bola dňa 23. 2. 2021 prepustená do ambulantnej starostlivosti s odporúčením liečby LMWH Fraxiparine 0,6 ml 2x denne minimálne 6 mesiacov a kontrolným ECHO o 1 rok. Kontrolné hemokoagulačné vyšetrenie ani nebolo odporúčané.

- Pacientka nemala byť v danom klinickom stave prepustená do ambulantnej/domácej starostlivosti. Pacientka mala byť ďalej hospitalizovaná, prípadne preložená na internú kliniku za účelom dodiagnostikovania hemokoagulačného statusu s následnou terapiou. Aj vzhľadom na nález trombózy femoropopliteálneho riečiska vpravo podľa Dopplerovského vyšetrenia vén PDK dňa 19. 2. 2021 o 23:29 hod. (St. p. zavedení FK vpravo). Distálne sa od miesta zavedenia FK ťahne v lúmene v. femoralis superficialis trombus takmer v celej šírke lúmenu až do v. poplitea).

V rámci ortopedickej operačnej liečby bol postup hodnotený ako správny. Operačný výkon amputácia ľavého predlaktia bol indikovaný pre exulcerovaný synoviálny sarkóm správne, antibiotická pooperačná terapia bola podaná správne.

ZÁVER

V kontexte vyššie uvedených skutočností je zřejmé, že došlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke. Zdravotná starostlivosť bola na základe vyššie uvedenej analýzy vyhodnotená ako poskytnutá nesprávne. Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v ústavnom zdravotníckom zariadení.

EKG AKO DŮKAZ

Úrad prijal podnet 60-ročnej pacientky, ktorá žiadala o prešetrenie postupu „rýchlej zdravotnej pomoci“. Údavala, že jej dňa 13. 4. 2019 nebolo správne poskytnuté vyšetrenie, bol jej len odmeraný tlak krvi,

podaná injekcia proti bolesti, nebolo vykonané EKG a bola ponechaná v domácom prostredí. Následne ju manžel odviezol do nemocnice, kde bolo vykonané EKG vyšetrenie, zistený infarkt a bola prevezená do iného zdravotníckeho zariadenia za účelom operácie.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka podľa údajov od všeobecného lekára pre dospelých nebola liečená pre arteriálnu hypertenziu ani kardiovaskulárne ochorenie. V anamnéze sú uvedené vertebrogénne ťažkosti s občasnými exacerbáciami, liečbu antireumatikami užívala nepravidelne. Poslednú preventívnu prehliadku absolvovala dňa 26. 3. 2019 s nálezom izolovanej hypercholesterolémie, tlak krvi 150/70 mmHg, p: 84/min., EKG s nálezom fyziologickej EKG krivky.

Dňa 13. 4. 2019 bola pacientka vyšetrená posádkou ZZS, typu RLP, dohliadaného subjektu. Časová os zásahu: Posádke ambulancie ZZS - RLP bol vydaný pokyn na vykonanie zásahu dňa 13. 4. 2019 o 18:32 hod. Výjazd bol uskutočnený o 18:33 hod. Čas dosiahnutia adresy posádkou ZZS - RLP bol zaznamenaný o 18:43 hod. Čas ukončenia zásahu o 19:12 hod. Dôvod uskutočnenia zásahu: Podľa predloženej zdravotnej dokumentácie boli dôvodom na vykonanie zásahu telefonicky, na linku tiesňového volania operačného strediska ZZS, nahlásené informácie o kolapse. Anamnestické údaje zistené zo zdravotnej dokumentácie zásahovej skupiny ambulancie ZZS - RLP: „TO: pri vedomí, prišlo jej náhle zle, ale neodpadla, nebola v bezvedomí, stenokardie a dyspnoe neguje, nezvracala. Má dlhodobé problémy s chrbticou krčnou“. OA: „Reuma, chronický VAS chrbtice“; LA: „Na reumu“; AA: Neuvedená. Údaje z objektívneho nálezu: otváranie očí - spontánne, verbálny kontakt - orientovaný, motorika - na výzvu. Očné reflexy: fotoreakcia aj korneálny reflex obojstranne výbavné, bez deviácie, zrenice rozšírené na 2 mm. Dýchacie cesty priechodné, typ dýchania eupnoe, auskultačný nálež - fyziologický obojstranne. Cirkulácia - pulz pravidelný, plný, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené. Koža ružová, kapilárny návrat do 2 s. Brucho bez patologického nálezu. Bez poranení. Neurologický nálež v norme. V časti vyhradenej pre zaznamenanie bolesti je uvedené „chrbát“ bez bližšej špecifikácie. V časti pre zaznamenanie hodnôt fyziologických funkcií sú uvedené (v bližšie nešpecifikovanom čase) hodnoty: TK 125/70 mmHg; srdcová frekvencia 87/min., dychová frekvencia 16/min., sat. O2 99 %, GCS15 b. EKG nebolo vyšetrené. V časti výkony a ostatné výkony je uvedené: dýchacie cesty - sine; dýchanie - sine; cirkulácia - sine; ostatné výkony - sine. V časti terapia je uvedené: „Almiral 1 amp. i. m.“. V časti diagnóza je uvedené: „Cervikalgia /M 54/.“ Zásah bol označený ako primárny, indikovaný.

Zdravotný stav pacienta je v zázname označený ako zhoršený. Pacientka bola po ošetrovaní ponechaná doma na vyššie uvedenej adrese.

Vo vyjadrení dohliadaného subjektu predloženého k výkonu dohľadu boli doplnené informácie o kolapse, ako dôvode uskutočnenia zásahu, nahlásenom z Operačného strediska ZZS SR. Podľa vyjadrenia službukonajúceho lekára ambulancie ZZS - RLP pacientka pri zásahu „netrpela nijakým kolapsom, sama to posádke povedala. Neudávala žiadne bolesti na hrudníku...“, jej ťažkosti boli v oblasti krčnej chrbtice...“ a „vzhľadom na uvedené nebolo indikované EKG vyšetrenie“. Ďalej je vo vyjadrení dohliadaného subjektu uvedené, že počas transportu (do ďalšieho zdravotníckeho zariadenia) mala podľa pána doktora „pacientka povedať, že ako odišli z adresy, začala mať čudný pocit, tlak na hrudníku, a preto ju manžel doviezol do nemocnice...“

Dňa 13. 4. 2019 o 19:49 hod. bola pacientka vyšetrená na urgentnom príjme. V zdravotnej dokumentácii je uvedené, že prišla sama pre tlakové bolesti na hrudníku asi od 18:00 hod., s vyžarovaním do chrbtice, nauzeu mala, nevracala, udávala mierne dyspnoe, asi 1 deň pokašliavala. V anamnéze je uvedené, že fajčí 1 krabičku cigariet denne, užíva Ibalgin. Vykonaním EKG vyšetrenia boli zistené čerstvé ischemické zmeny.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

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

Z dostupnej dokumentácie bolo zistené, že išlo o pacientku liečenú na reumatoidné ťažkosti, s abúzom cigariet (1 škatuľka denne). Z liekov uviedla užívanie Ibalginu. Po príchode na pracovisko urgentného príjmu dohliadaného subjektu uviedla, že prišla sama pre tlakové bolesti na hrudníku asi od 18:00 hod., s vyžarovaním do chrbtice. Nauzeu mala, nezvracala, pociťovala mierne dyspnoe, asi 1 deň pokašliavala.

Z údajov uvedených v objektívnom náleze záznamu posádky ZZS - RLP je zrejmé, že pacientka bola v čase zásahu pri vedomí (GCS 15 b), orientovaná, spontánne dýchajúca, bez príznakov závažnej obštrukcie dýchacích ciest, respiračnej insuficiencie alebo asfyxie. Cirkulačne bola stabilizovaná, orientačne neurologicky v norme, teda bez neurologického deficitu a bez známk poranení. V čase zásahu posádky ZZS - RLP pacientka nejavila známky zlyhávania základných životných funkcií. V anamnéze je uvedená zmienka o tom, že pacientke náhle prišlo zle, ale neodpadla. Zo subjektívnych ťažkostí získaných z anamnestického vyšetrenia

u pacientky prevládali pocit nevoľnosti bez stenokardie, bez sťaženého dýchania a bez zvracania, bolesti chrbta (bez bližšej špecifikácie lokalizácie a časovej súvislosti). Na základe uvedených údajov bola stanovená pracovná diagnóza „cervikalgia“ a aplikovaná terapia, po podaní ktorej bol stav pacientky označený ako zhoršený (bez ďalšieho bližšieho popisu). Pacientka bola ponechaná na mieste ošetrovania v domácom prostredí.

Zásahová skupina po príchode na miesto udalosti zhodnotila situáciu v rozsahu základných vyšetrení, bez indikovania vyšetrenia EKG. Vykonané a zaznamenané zhodnotenie zdravotného stavu na mieste nepreukázalo, že by sa pacientka nachádzala v stave zlyhávania základných životných funkcií. Vychádzajúc z informácií uvedených v zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby, ktorý bol zhotovený na mieste zásahu a predloženej dokumentácie, sú v ňom zaznamenané údaje, ktoré síce jednoznačne nenasvedčujú, že by pacientka v čase vyšetrenia zásahovou skupinou posádky ZZS - RLP mala prítomné závažné a život ohrozujúce ochorenie, ale obsahuje aj čiastkové údaje, ktoré mali smerovať zásahovú skupinu posádky ZZS - RLP k indikovaniu EKG vyšetrenia, zhotoveniu EKG záznamu a jeho vyhodnoteniu. K takým informáciám patria najmä údaje o kolapsovom stave, ako hlavnej príčine alebo dôvode na vykonanie zásahu, údaj o bolesti v chrbte zaznamenaný v časti „Nález“ a „Bolesť“. Po podaní liečby bol zdravotný stav pacientky označený v predloženej dokumentácii ako zhoršený, bez ďalšieho vysvetlenia a uvedenia dôvodov zhoršenia stavu a ich bližšieho popisu. Na základe uvedených skutočností úrad konštatuje, že správny postup zásahovej skupiny posádky mal byť taký, že na mieste zásahu mali, okrem uvedených vyšetrení a nálezu, indikovať EKG vyšetrenie, zhotoviť EKG záznam a vyhodnotiť ho. Pokiaľ bol stav pacientky po podaní liečby zhodnotený a označený ako zhoršený, pacientka mala byť transportovaná zásahovou posádkou do ústavného zdravotného zariadenia za účelom realizácie ďalších diagnostických a terapeutických postupov.

Neodkladná zdravotná starostlivosť posádkou ZZS - RLP nebola pacientke poskytnutá správne, v súlade s platnými právnymi predpismi, pretože neboli vykonané všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke dohliadaný subjekt v dohliadanom období porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že pri vyšetrení pacientky posádkou ZZS - RLP dňa 13. 4. 2019 nebolo vykonané a zhodnotenú EKG vyšetrenie, pacientka nebola

transportovaná na vyšetrenie do ústavného zdravotníckeho zariadenia za účelom ďalšej diagnostiky a liečby.

POZOR NA OPAKOVANÚ RETENCIU MOČU U GERIATRICKÉHO PACIENTA

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientke na geriatrickom oddelení.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Išlo o polymorbídnu pacientku s perzistujúcou fibriláciou predsiení, stavom po náhlej cievnej príhode kardioembolickej etiológie v r. 2014, s chronickým srdcovým zlyhávaním, univerzálnou aterosklerózou, artériovou hypertenziou, morbidnou obezitou a ďalšími diagnózami. Dňa 16. 11. 2021 bola privezená posádkou RZP na urgentný príjem s údajom, že posledné dva dni prestala chodiť, mala bolesti celého tela, nádchu a dusivý kašeľ. Dňa 14. 11. 2021 mala pozit. Ag test na SARS-CoV-2. Bola zaočkovaná 3 dávkami vakcíny proti ochoreniu COVID-19. Objektívne mala mierne zvýšený TK, vyhovujúcu srdcovú frekvenciu, bola normosaturovaná, febrilná. Bola orientovaná, semiaktívna, tolerovala horizontálnu polohu. Dýchanie bolo vezikulárne, vľavo bazálne bol prítomný jemný krepitus, na DK boli zaznamenané zmeny až charakteru elefantiázy s trofickými zmenami. Na EKG bola prítomná fibrilácia predsiení s vyhovujúcou odpoveďou komôr a kompletný BPTR. RTG hrudníka zobrazilo kardiomegáliu, vľavo bazálne susp. fluidothorax, v pravom hemithoraxe sa nedali vylúčiť zápalové zmeny. Laboratórne bola prítomná ľahko zvýšená glykémia, sérový kreatinín, AST, PBNP, vysoké CRP (132 mg/l), prítomná bola neutrofilia bez leukocytózy. Vyšetrením acidobázickej rovnováhy sa zistila normoxémia s ľahkou hypokapniou a respiračná alkalóza. Pacientka bola odoslaná na hospitalizáciu na reprofilizované geriatrické oddelenie. Stav bol hodnotený ako zápalový proces s febrilitami, v. s. rozvoj bronchopneumónie pri COVID-19 pozitívite (následne potvrdené PCR testom). Močový nález bol negatívny. Ložisková lézia myokardu sa nepotvrdila. Pacientke bol podaný favipiravir, dvojkombinácia ATB, antipyretiká, antitusiká, bronchodilatancia, probiotiká, vitamíny, chronická liečba. Realizovaný bol antidekubitárny režim a rehabilitácia. Pre znaky kardiálnej stázy bola intenzifikovaná diuretická terapia. Po konzultácii s infektológom

boli podané aj monoklonálne protilátky. Dňa 18. 11. 2021 sa objavila makroskopická hematúria, pravdepodobne po zavedení PMK, preto bola prerušená liečba Eliquisom a pridané hemostyptiká. Kultivačnými vyšetreniami nebol zachytený relevantný agens. Sérologické vyšetrenie na pľúcne patogény bolo negatívne. Dňa 20. 11. 2021 bolo do liečby vrátené antikoagulans, nakoľko neboli prítomné znaky krvácania. V dekurze bol dňa 21. 11. 2021 záznam lekára o ordinácii odstránenia PMK na nasledujúci deň. Dňa 22. 11. 2021 na kontrolnej RTG snímke hrudníka bol nález bez infiltratívnych zmien, pretrvávalo zatienenie vľavo v dolnom pľúcnom poli. V laboratórnom náleze bol zaznamenaný výrazný pokles CRP na 27,61 mg/l. Dňa 23. 11. 2021 bol v dekurze záznam lekára o nutnosti opätovne zaviesť PMK pre retenciu moču. Kontrolným laboratórnym vyšetrením dňa 24. 11. 2021 bol zistený ďalší pokles CRP na 10,63 mg/l, došlo k úprave renálnych parametrov, krvný obraz bol bez leukocytózy, bez neutrofilie. Ošetrojúcou lekárkou bolo zaznamenané: „*pokusíme sa znovu extrahovať PMK*” a zároveň bola popoludní sestrou zadokumentovaná extrakcia PMK. Dňa 25. 11. 2021 pri lekárskej vizite pacientka udávala, že ešte nemočila. Znovu bol zavedený PMK. Pacientka rehabilitovala, pomocou jednej osoby sa postavila, chôdza na krátku vzdialenosť bola limitovaná bolesťami v DK. Dňa 26. 11. 2021 bolo vykonané neurologické konziliárne vyšetrenie s nálezom pravdepodobne polyneuropatického syndrómu DK, odporučená bola liečba a diagnostické doriešenie ambulantne po prepustení. Pacientke bol odstránený PMK a bola prepustená do ambulancie starostlivosti. Počas 10-dňovej hospitalizácie na geriatrickom oddelení mala pacientka stolicu dvakrát (19. 11. 2021 a 23. 11. 2021), v liečbe jej boli podávané laxatíva. Na nasledujúci deň, t. j. 27. 11. 2021 bola pacientka vyšetrená na urgentnom príjme pre bolesti brucha, retenciu moču, zápchu, celkovú slabosť, kolapsové stavy, zhoršenie imobility. Pre pozitívitu PCR na SARS-CoV-2 bola prijatá na reprofilizované COVID oddelenie Kliniky vnútorného lekárstva. Pri príjme bola hyposaturovaná, kardiopulmonálne kompenzovaná so sklonom k hypotenzii. Pri fyzikálnom vyšetrení bola ampula rekta vyplnená veľkým množstvom stolice. USG vyšetrením brucha bola zistená dilatovaná ampula rekta s obsahom a plynom v lúmene. RTG vyšetrením hrudníka neboli zistené čerstvé zápalové zmeny, dominovala kardiomegália. Laboratórne boli prítomné vysoké zápalové hodnoty, trojciferné CRP, až leukemoidná reakcia leukocytov, pozorovaná bola mierna progresia renálnych parametrov. Vykonaná bola manuálna evakuácia stolice, aplikovaná klyzma, podané laxatíva. Pacientka bola parenterálne rehydratovaná, zavedená bola empirická ATB liečba, podávaná bola oxygenoterapia. Spočiatku bol stav hodnotený ako obstipácia s retenciou moču, uroinfekcia a možná respiračná infekcia. Ochorenie COVID-19 bolo hodnotené už ako neinfekčné. Napriek liečbe došlo k progresii

klinického stavu, k ďalšiemu vzostupu zápalových a renálnych parametrov. Bola zistená pozitívita stolice na klostrídióvu infekciu, zavedená bola liečba klostrídiovej kolitídy, zintenzívnená rehydrácia, avšak došlo k rozvoju septického stavu, k hypotenzii, oslabeniu diurézy a dňa 29. 11. 2021 pacientka exitovala.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

V danom prípade išlo o závažne multimorbídneho seniora s komplikáciami ochorenia COVID-19. Treba zdôrazniť, že pacientke sa počas hospitalizácie venovala veľká pozornosť ohľadne riešenia jej prioritných zdravotných problémov. Bolo vynaložené veľké pracovné úsilie všetkých zdravotníkov a aj veľké finančné prostriedky na liečbu. Zo záznamov v zdravotnej dokumentácii vyplývalo, že počas hospitalizácie na geriatrickom oddelení došlo u pacientky k opakovanému zavádzaniu a extrahovaniu PMK. Podľa dokumentácie bol PMK zavedený dňa 17. 11. 2021, extrahovaný 22. 11. 2021, opätovne zavedený dňa 23. 11. 2021, extrahovaný 24. 11. 2021, 25. 11. 2021 opäť zavedený a extrahovaný 26. 11. 2021 - v deň prepustenia. Obstipácia, resp. preplnená ampula rekta (čiže nemusí ísť o obstipáciu v zmysle jej definície) môže spôsobiť obštrukciu a poruchu vyprázdňovania močového mechúra. Daný stav by veľmi jednoducho odhalilo vyšetrenie per rektum. Je to základné vyšetrenie, je rýchle, lacné, vysoko efektívne, nevyžaduje žiadnu špeciálnu prípravu pacienta. Počas hospitalizácie na geriatrickom oddelení však nebolo ani raz vykonané. Mohlo preplnenú ampulu rekta ako príčinu retencie moču potvrdiť, pričom následne indikované kroky by mohli viesť k jej odstráneniu. Alebo by ju vylúčilo a zdravotnícki pracovníci by sa mohli zamerať na iné príčiny ako napr. oslabenie svalstva močového mechúra po niekoľkodňovom zavedení PMK. Napriek opakovanej retencii moču bol pacientke odstránený PMK v deň prepustenia domov. Pacientka však mala byť odsledovaná aspoň 24 hod., či nedôjde k opätovnej retencii moču. Jednorazové vymočenie sa ešte nie je jednoznačným potvrdením obnovenia močenia. Alternatívnym riešením by bolo prepustenie pacientky so zavedeným PMK s pokusom o jeho odstránenie ambulantne v spolupráci s urologickou ambulanciou. V deň prepustenia bola pacientka inak stabilizovaná so zlepšenými laboratórnymi parametrami a klinickým stavom. Polyneuropatické ťažkosti sa mohli doriešiť aj ambulantne. Rýchly zvrät po prepustení sa nedal predpokladať. K zhoršeniu klinického stavu došlo pre rozvoj klostrídiovej enterokolitídy po ATB liečbe, ktorá je veľmi častá najmä u starších pacientov, u ktorých môže byť priebeh ochorenia nepriaznivý a fatálny. Na zhoršení klinického stavu mohla mať podiel aj uroinfekcia, ku ktorej vzniku mohla prispieť retencia

moču. V starostlivosti o staršieho multimorbídneho pacienta je potrebné venovať pozornosť aj na prvý pohľad menej podstatným veciam, akými sú retencia moču, obštipácia, resp. preplnená ampula rekta. Kombináciou takýchto „banalít“ môže dôjsť k nepriaznivému priebehu klinického stavu a zmareniu všetkého ostatného obrovského úsilia a vynaložených finančných nákladov.

ZÁVER

Zdravotná starostlivosť na geriatrickom oddelení dohliadaného subjektu nebola pacientke poskytnutá správne, výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

BOL PRÍČINOU ÚMRTIA PACIENTKY NEDOSTATOČNÝ POSTUP LEKÁROV?

Výkon dohľadu bol realizovaný na základe podnetu manžela zosnulej pacientky, ktorý vyjadril námietky voči postupom lekárov interného oddelenia v súvislosti s hospitalizáciou jeho manželky a jej úmrtím. Podávateľ v podnete uviedol, že jeho manželka bola 19 dní hospitalizovaná na internom oddelení, lebo nevládala, bola opuchnutá, potrebovala kyslík. Absolvovala množstvo vyšetrení, ale nevedeli jej určiť presnú diagnózu, jej stav sa nezlepšoval. Podávateľ namietal, že lekári stav jeho manželky podceňovali, neriešili žiadny prevoz na iné, špecializované pracovisko.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

V dohliadanom prípade išlo o 47-ročnú pacientku, s obezitou, s artériovou hypertenziou (v liečbe quinapril/hydrochlorotiazid).

Dňa 17. 12. 2021 sa pacientka dostavila k svojmu všeobecnému lekárovi s anamnézou ťažkostí trvajúcich minimálne 1 týždeň – udávala dušnosť, opuch, kašeľ, tvrdé brucho. Vyšetrenie pre dušnosť aktuálne tolerovala iba v sede, krvný tlak mala 200/100 mmHg, pulz 72/min. Po základnom ošetrení bola cestou RLP transportovaná na internú JIS dohliadaného subjektu.

Pacientka bola prijatá na JIS interného oddelenia dohliadaného subjektu. Z hľadiska aktuálnej epidemiologickej situácie COVID-19 neprekonalala, bola 2-krát očkovaná, test na COVID-19 mala opakovane negatívny. Subjektívne udávala, že asi pred 1 – 2 týždňami začala

pripúchať a postupne sa jej zhoršovalo dýchanie, posledné noci sa na sťažené dýchanie aj budila, sucho pokašliavala, mávala vyšší krvný tlak, „tlačilo ju brucho“. Bolesť na hrudníku, synkopu, zvýšenú telesnú teplotu, prejavy krvácania, palpácie negovala. Pri objektívnom vyšetrení bola konštatovaná obezita, primeraný turgor kože, neprítomnosť ikteru alebo cyanózy, skléry biele, spojovky ružové, jazyk plazila pacientka v strede, bol vlhký, nepovlečený, uši a nos boli bez výtoky, štítna žľaza a lymfatické uzliny boli nezväčšené, v pokoji bola pacientka eupnoická, pri pohybe na lôžku sa zadýchala, auskultačne v dolných tretinách pľúc inspiračné chrôpky, akcia srdca pravidelná s frekvenciou 66/min., bez šelestu, ozvy ohraničené, brucho bolo ťažšie priehmatné pre obezitu, palpačne nebolestivé, prítomné opuchy dolných končatín, brucha aj lumbálnych oblastí. Krvný tlak mala pacientka 195/105 mmHg, po podaní liečby 155/80 mmHg, saturácia O₂ bola 97 %. EKG bolo s popisom: sínusový rytmus, frekvencia 70/min., izoelektrická os srdca, PQ a QT interval v norme, prechodová zóna vo V4, T vlna negatívna v III, aVR, aVF, V5 - V6, inak pozitívna, rS v aVR, V1 - V3, hlbšie Q v III, ST segment bez denivelizácii. Realizované bolo ECHO KG vyšetrenie s nálezom dilatovanej ľavej komory so systolickou dysfunkciou s EF 45 – 47 % s difúzne menej výdatnými kontrakciami, ďalej porucha diastolickej funkcie II. typu, mitrálna regurgitácia II. stupňa, dilatovaná ľavá predsieň, trikuspidálna regurgitácia II. stupňa, mierne dilatovaná pravá komora, známky stredne ťažkej pľúcnej hypertenzie, perikardiálny výpotok; samotný ECHOKG vyšetrenie bolo limitované dýchavicou pacientky, opakovane muselo byť prerušené pre intoleranciu polohy na chrbte aj na boku. Na RTG snímke hrudníka popísaný obojstranný fluidotorax s možnými infiltratívnymi zmenami. V laboratórnych parametroch hyperglykémia (13,46 mmol/l), elevácia NT-proBNP (6 230 ng/l), mikrocytová hypochrómna anémia (Hgb 97 g/l), hypoproteinémia (51,4 g/l) a hypoalbuminémia (24,7 g/l), hyperurikémia (435 μmol/l), znížené sérové železo (2,1 μmol/l), z ostatných laboratórnych parametrov urea a kreatinín v norme, Na a K v norme, Troponín I hs negatívny, CRP 19 mg/l, TSH v norme, bilirubín, hepatálne enzýmy a amyláza v norme, vitamín B12 aj kyselina listová v norme, leukocyty a trombocyty v norme, v hemokoagulácii INR 1,22, fibrinogén v norme. Pacientka bola prijatá s diagnózami biventrikulárna kardiálna dekompenzácia na podklade systolickej dysfunkcie ľavej komory s anasarkou, v. s. obojstranná bronchopneumónia, artériová hypertenzia, mitrálna regurgitácia II. stupňa, trikuspidálna regurgitácia II. stupňa, perikardiálny výpotok, obezita, mikrocytová hypochrómna anémia stredne ťažkého stupňa (a ostatné diagnózy pacientky).

Ordinovaná bola liečba: furosemid i. v., ramipril, Fraxiparine 0,6 ml á 24 hodín, Klacid 500 mg, probiotiká, oxygenoterapia podľa potreby. Sledovaný bol glykemický profil. Tlakovo a pulzovo bola pacientka

stabilizovaná, pri inhalácii O₂ okuliarmi bola normosaturovaná (96 - 98 %). Bilancia tekutín 600/1 300 ml.

Nasledujúci deň, 18. 12. 2021, pacientka udávala zlepšenie dýchania, objektívne bola verbálne mierne dušná, pretrvávala anasarka s masívnymi opuchmi dolných končatín. V tekutinovej bilancii za 24 hodín: 1 500/2 400 ml. Od 19. 12. 2021 bol v liečbe ordinovaný albumín. Pacientka bola monitorovaná, pre zvýšený krvný tlak bola korigovaná antihypertenzívna liečba (Amlessa). Indikované bolo aj podávanie spironolaktónu. Od 20. 12. 2021 bolo indikované podávanie albumínu 2-krát denne, pokračovalo sa v diuretickej liečbe furosemidom. Bilancia tekutín za 24 hodín: 2400/2300 ml. Pacientka intermitentne inhalovala kyslík. Vzhľadom na sideropenickú anémiu bolo indikované vyšetrenie stolice na OK – s negatívnym výsledkom. Dňa 21. 12. 2021 sa pokračovalo sa v liečbe. Bilancia tekutín za 24 hodín: 2350/1600 ml. Realizované bolo vyšetrenie hormonálneho profilu (aldosterón, renín, pomer aldosterón/renín, metanefrín, normetanefrín, adrenokortikotropný hormón, HCG, kortizol), realizová sa aj panel vyšetrení ďalších laboratórných parametrov: ASLO, reumatoidný faktor, aCCP (anticitrulínové protilátky), IgG, IgA, IgM, C3, C4 zložky komplementu, cirkulujúce imunokomplexy, ANA a ENA profil, ELFO bielkovín. Výsledky vyšetrení boli v norme, resp. nepreukázali žiadnu významnú patológiu.

Subjektívne pacientka udávala zlepšenie stavu, cítila, že „odpúcha“. Klinicky pretrvávala anasarka, auskultačne bolo dýchanie vpravo oslabené do 1/2 hrudníka. Dňa 22. 12. 2021 bol zavedený Pleuracan vpravo a realizovala sa odľahčovacia a diagnostická pleurálna punkcia s evakuáciou 2 200 ml slamovožltého punktátu, ktorý bol odoslaný na biochemické, cytologické a kultivačné vyšetrenie. Punktát mal charakter transudátu, cytologicky bez nálezu malígnych buniek, kultivačne negatívny. Pre nedostatočný i. v. prístup bol pacientke cestou v. jugularis interna l. dx. zavedený centrálny venózný katéter. Zavedený bol aj permanentný močový katéter. Bilancia tekutín za 24 hodín: 1 700/4 900 ml. Pacientka kontinuálne inhalovala O₂, saturácie O₂ mala od 90 – 95 %.

Dňa 23. 12. 2021 bolo evakuovaných 250 ml pleurálneho výpotku, Pleuracan bol extrahovaný. Pacientka udávala, že sa jej dýcha lepšie, že už môže aj ležať. Laboratórne došlo k progresii kreatinínu (125,9 µmol/l), k miernemu vzostupu CRP (57,7 mg/l), upravená bola antibiotická liečba (Cefotaxim i. v.). Realizované kultivačné vyšetrenia nepreukázali žiadne infekčné agens (výter z nosa a výter z tonzíl s nálezom bežnej flóry, moč kultivačne negatívny). Indikované boli sérologické vyšetrenia - neskôr výsledky sérológie na toxoplazmózu, Ebstein-Barrovej vírus a cytomegalovírus negatívne. V kontrolnom krvnom obraze Hgb 83 g/l s indikovaním podania transfúzie krvi. Tekutinová bilancia za 24 hodín bola vyrovnaná.

Pri kontrolnom ECHOKG vyšetrení dňa 25. 12. 2021 bola konštatovaná ľahko redukovaná systolická funkcia a diastolická dysfunkcia II. stupňa koncentricky hypertrofovanej ľavej komory, ľahká mitrálna a stredne závažná trikuspidálna regurgitácia, známky ľahkej pľúcnej hypertenzie, známky tlakového preťaženia pravej komory, už len stopový perikardiálny výpotok, regresia fluidotoraxu obojstranne.

V rámci pátrania po príčine dyspnoe a anasarke bolo indikované CT vyšetrenie hrudníka, brucha a malej panvy, ktoré sa realizovalo dňa 27. 12. 2021. CT obraz bol horšie prehľadný pri výraznej difúznej anasarke. Vyšetrenie preukázalo obojstranný fluidotorax s ľahkou kompresívnou atelektázou, difúzne zvýšenie denzity pľúcneho parenchýmu - ale bez ložiskovej alebo difúznej opacifikácie, s primeranou pľúcnou kresbou, ascites, ložiskovú léziu v pravom laloku pečene – susp. benígny hemangióm (s odporúčením doplnenia MR vyšetrenia), ľahko zväčšenú pečeň so známkami steatózy, malé ložiskové lézie štítnej žľazy – susp. uzly, naznačené ložisko v laterálnom kvadrante ľavého prsníka s odporúčením doplnenia USG vyšetrenia. Nález na doplnenom MMG aj USG prsníkov dňa 28. 12. 2021 poukazyval na benígne zmeny.

Pacientka mala opakovane podávanú hemosubstitúciu. Pravidelne bolo realizované vyšetrenie glykémie a glykemického profilu a na základe ďalších laboratórnych vyšetrení (C-peptid, anti GAD protilátky) bol u pacientky novodiagnostikovaný diabetes mellitus 2. typu s iniciovanou inzulínoterapiou v minimálnych dávkach. Ukončilo sa podávanie albumínu. V pláne bola realizácia transezofageálneho ECHOKG vyšetrenia. Vyšetrenie kvantitatívnej proteinúrie bolo s nálezom neselektívnej proteinúrie 2,36 g/l. Konzultovaný nefrológ aktuálne vylúčil nefrotický syndróm. Doplnené vyšetrenia orgánovo špecifických protilátok - proti bazálnej membráne glomerulov a tubulov - boli negatívne.

Dňa 30. 12. 2021 bola v kontrolných laboratórnych parametroch zaznamenaná progresia N-metabolitov (urea 15,65 mmol/l, kreatinín 238,7 µmol/l), z liečby bol vysadený spironolaktón, ordinovaný Milurit, Ketosteril, Tensamin i. v. Pre nauzeu bol podávaný Torecan. Upravovala sa inzulínoterapia.

Dňa 31. 12. 2021 bola pri klinickom vyšetrení popísaná naznačená regresia opuchov dolných končatín, inak ale anasarca pretrvávala. V pokoji pacientka dušná nebola, ale stále sa zadýchala pri pohybe na posteli. V liečbe sa prešlo na perorálnu antibiotickú liečbu (Xorimax), opakovane sa upravovala antihypertenzívna liečba. Laboratórne hodnota N-metabolitov pretrvávala stacionárna. Bilancia tekutín: 1 300/2 800 ml.

Každý deň počas celej hospitalizácie boli realizované aj kontrolné 12-zvodové EKG záznamy (v dokumentácii absentovali popisy EKG záznamov). Kontrolované boli aj laboratórne parametre vrátane

ASTRUPu a krvného obrazu. Pacientka mala podávanú oxygenoterapiu, opakovane hemosubstitučnú liečbu.

V rámci diff. dg. anémie dňa 3. 1. 2022 pacientka absolvovala GFS vyšetrenie, ktoré preukázalo retenciu potravy v žalúdku pri v. s. pri hypomotilite žalúdka, známky slizničného krvácania sa vylúčili.

V skorých ranných hodinách dňa 4. 1. 2022 došlo u pacientky k náhlemu zhoršeniu stavu, k náhlemu zastaveniu krvného obehu (pacientka apnoická, na monitore bradykardia, tlak krvi nemerateľný). Napriek okamžitému resuscitačnému úsiliu aj v spolupráci s pracovníkmi OAIM sa vitálne funkcie u pacientky nepodarilo obnoviť a konštatovaný bol exitus letalis.

V liste o prehliadke mŕtveho bola ako príčina úmrtia uvedená artériová hypertenzia, srdcové zlyhávanie so zachovanou systolickou funkciou, ako bezprostredná príčina úmrtia bola predpokladaná pľúcna embólia s prejavmi akútneho cor pulmonale.

Pitva ako príčinu úmrtia preukázala recentný infarkt myokardu zadnej steny ľavej komory pri chronickej koronárnej chorobe srdca na podklade univerzálnej aterosklerózy (na aorte III. stupňa) – išlo o infarkt v mieste svaloviny oslabenej jazvou po prekonanom infarkte v minulosti; ďalej bola pri pitve zistená chronická dilatácia ľavej predsiene aj komory srdca, získaná stenoinšuficiencia mitrálnej aj trikuspidálnej chlopne; známky hypertonickej choroby, kardiálna cirhóza pečene, hepatosplenomegalia, ascites (700 ml).

ZHODNOTENIE ÚRADOM

V dohliadanom prípade bola 47-ročná pacientka akútne prijatá na JIS interného oddelenia dohliadaného subjektu pre známky srdcového zlyhávania a možnej bronchopneumónie. Už v deň prijatia mala realizované ECHOKG vyšetrenie s nálezom dilatovanej ľavej komory so zníženou systolickou funkciou (EF LK 45 – 47 %) na podklade cor hypertonicum. Podľa kliniky, EKG záznamov a laboratórnych markerov nešlo primárne o akútny koronárny syndróm, pacientka mala klasické známky syndrómu srdcového zlyhávania na poklade dlhoročnej artériovej hypertenzie a metabolického syndrómu (obezita, hyperurikémia a diabetes mellitus 2. typu). Prítomná bola aj proteinúria kombinovanej etiológie (hypertonická a diabetická nefropatia), ktorá je považovaná za samostatný rizikový faktor kardiovaskulárnych príhod.

Stav pacientky bol správne diagnostikovaný, dostávala adekvátnu liečbu srdcového zlyhávania za pravidelného sledovania tekutinovej bilancie. Ošetrojúci zdravotníci pracovníci venovali dostatočnú pozornosť všetkým klinickým aj laboratórnym zmenám a realizovali všetky adekvátne vyšetrenia včas a podľa zásad klinickej praxe.

Hoci je z ľudského hľadiska možné plne chápať pocit krivdy manžela pacientky a jeho pochybnosti, či boli dostatočne vyčerpané možnosti diagnostiky a liečby, z medicínskeho hľadiska je potrebné konštatovať, že ošetrojúci zdravotnícki pracovníci postupovali správne. Napriek správnej starostlivosti sa nepodarilo zvládnuť stav srdcového zlyhávania pre vyčerpanie funkčných rezerv chronicky chorého srdca, čo v terminálnej fáze vyústilo do akútnej koronárnej príhody s následným náhlym úmrtím pacientky. Správna bola aj resuscitačná starostlivosť.

ZÁVER

Skupina vykonávajúca dohľad nezistila u dohliadaného subjektu v rámci predmetu dohľadu nedostatky. Výkonom dohľadu úrad nezistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Zdravotná starostlivosť bola pacientke poskytnutá správne.

PODCENENIE SITUÁCIE

Úrad prešetroval podnet dcéry pacienta vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej otcovi počas ošetrovania na ambulanciách i počas hospitalizácie. V podnete podávateľka dávala dohliadanému subjektu za vinu, že jej otcovi na pohotovosti a následne v nemocnici neskoro diagnostikovali obličkové zlyhanie, na následky ktorého jej otec zomrel.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Prešetrením pri dohľade na mieste z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacienta a z písomného stanoviska dotknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti úrad zistil, že 72-ročný pacient trpel sekundárnou hyperparatyreózou, chronickou normocytárnou normochrómnu anémiou ľahkého stupňa, arteriálnou hypertenziou, poruchou glukózovej tolerancie, kombinovanou hyperlipoproteinémiou, exogénnou obezitou s BMI 32, uratickou artritídou, chronickou ICHS nebolestivou formou, chronickou venóznou insuficienciou a z toho vyplývajúcou potrebou chronickej medikácie podľa pridružených ochorení. Bol v dispenzárnej starostlivosti nefrológa (mimo kontrolovaný subjekt) z dôvodu riešenia chronického renálneho zlyhania na podklade chronickej TIN (uratická nefropatia) v koincidencii so susp. IgA

nefropatiou G5 A3 (CGA) KDIGO s perzistujúcou makroskopickou hematuriou, s nefrotickou proteinúriou (bez nefrotického syndrómu). Podľa poslednej ambulantnej správy z nefrologickej kontroly, ktorú pacient absolvoval pred navštívením pohotovosti dňa 25. 8. 2021, bol jeho stav stabilizovaný, bez nutnosti dialýzy. Pacient ťažkosti neudával, hodnota kreatinínu bola 436 $\mu\text{mol/l}$, urey 27,8 mmol/l , v KO prítomná ľahká anémia Hb 111 g/l , ako i ľahká trombocytopenia $\text{PLT } 141 \times 10^9/\text{l}$.

Dňa 28. 8. 2021 bol pacient privezený ZZS na CPO dohliadaného subjektu. Na CPO udával informácie o spálení kože na tvári počas dovolenky v Chorvátsku spred 2 týždňov, s popisom súčasných ťažkostí prejavujúcich sa za posledné 4 dni – pálenie, svrbenie tváre a mierny opuch. Lekára informoval o liečbe na zlyhávanie obličiek, o nedávnej kontrole v ten istý týždeň (25. 8. 2021) a o výsledkoch, ktoré údajne boli v poriadku. Dokumentácia však pacientom predložená nebola. V objektívnom náleze bola prítomná patológia iba v oblasti tváre (erytém a edém tváre v oblasti líc i okolia očí) a na trupe drobnomakulózný exantém. Podaný Dexamed a Dithiaden i. m. Vyšetrenie ukončené so záverom: alergická reakcia.

Lekár pacienta následne odoslal na vyšetrenie do dermatologickej ambulancie, kde bola stanovená diagnóza - solárna dermatitída alebo fototoxická reakcia po liekoch. A keďže lekár nevedel zistiť, aké lieky pacient užíva, odporučil mu nosiť so sebou zoznam liekov a aktuálnu správu z vyšetrenia, v akom stave sú obličky a kontrolu u obvodného kožného lekára kvôli doriešeniu stavu.

Následne bol pacient v ambulantnej starostlivosti dermatológa, kde absolvoval dňa 30. 8. 2021 vyšetrenie - pretrvával lokálny nález, boli zrealizované odbery – KO, biochémia. Pri kontrole dňa 6. 9. 2021 bolo prítomné zhoršenie stavu v zmysle opuchu tváre, začervenania, pacient sa cítil slabý. V laboratórnych vyšetreniach z 30. 9. 2021 prítomná leukocytóza 13,59, anémia, neutrofilia, lymfopénia, hyperglykémia, $\text{PLT } 161$, zvýšenie hodnôt urey: 30,44 mmol/l , mierny pokles kreatinínu: 413 $\mu\text{mol/l}$, zvýšenie TAG: 3,77 mmol/l v porovnaní s výsledkami 25. 8. 2022. Lekár odporučil vyšetrenie v príjmovej kožnej ambulancii so zvážením hospitalizácie.

Pacient bol dňa 6. 9. 2021 vyšetrený v príjmovej ambulancii kožnej kliniky dohliadaného subjektu. Pri vyšetrení sa sťažoval hlavne na celkovú slabosť. Vzhľadom k laboratórnym hodnotám zo dňa 30. 8. 2021 bol odoslaný na interné vyšetrenie na CPO.

Vyšetrenie na CPO dohliadaného subjektu dňa 6. 9. 2021:

Objektívne bola prítomná hypotenzia TK: 96/50 mmHg , mierna tachykardia P: 84/min. Zaznamenaná nižšia hydratácia kože. EKG v norme, bez ischemických zmien. V laboratórnych parametroch

hyperglykémia, zvýšenie renálnych parametrov – urea 34,26 mmol/l, kreatinín 565,9 umol/l, hyperosmolalita 332,00mmol/kg, hyperkaliémia K 5,68; anémia Hb 96g/l, trombocytopenia PLT 83, neutrofilia. Realizovaný RTG hrudníka s nálezom aortosklerózy. USG brucha - prítomná hepatopatia charakteru steatózy, cysta pečene. Parenchymová lézia oboch obličiek, P - menšia s redukovanou FZ, L - veľkosťou na dolnej hranici normy - nefropatia bilat., kortikálne a intrasinusálne cysty v obličkách.

Pacient bol následne hospitalizovaný na internom oddelení dohliadaného subjektu od 6. 9. 2022. Ako dôvod hospitalizácie je uvedená proteinúria stredne ťažkého stupňa, akútne zhoršená z prerenálnych príčin v. s. pri dehydratácii, hyponatrémia a hyperkaliémia ľahkého st., anémia stredne ťažkého stupňa (normocytová v. s. renoprivná), trombocytopenia ťažkého stupňa, porucha glukózovej tolerancie. Po prijatí bola zahájená infúzna liečba a Th: Gabapentin, Tritic, Desloratadine, pokračovanie v chronickej medikácii (Ketosteril, Vigantol, Corvaton, Adenuric), lokálne podávaný Ophthalmo septonex, Locoid 0,1 %, pauzované: Irbesartan, HCTZ, Lacipil.

Dňa 7. 9. 2021 sa pacient sťažoval na bolesti očí a nauzeu. Zaznamenaná tachykardia 115/min., hypotenzia 75/42 mmHg, do liečby pridaný Noradrenalin. Lab. prítomné niekoľko násobne zvýšené hodnoty - hscTnT 83,55; myoglobínu 1522. Následne sa hodnoty TK upravili, znižovaná dávka Noradrenalinu, pokračovalo sa v rehydratácii, ordinované sledovanie bilancie tekutín po zavedení PMK. Kontrolný KO s HGB 90 g/l, PLT 75, glykémia 9,7 mmol/l, urea 39,82 mmol/l, kreatinín 583,8 umol/l, KM 485,3, hyperkaliémia K 5,62 mmol/l. V nasledujúcich hodinách toho dňa pacient nebol vyšetrený lekárom. Podľa záznamu sestier o 18:07 hod. bol Noradrenalin vysadený, hodnoty TK neboli v zdravotnej dokumentácii uvedené.

K opätovnému zhoršeniu stavu pacienta došlo dňa 8. 9. 2021 o 01:00 hod., keď bol pacient nájdený na WC, opretý o stenu, nevládal sa postaviť, mal vytrhnutý cievny prístup aj PMK, pošpinený. Hranične hypotenzný TK 90/40 mmHg, teplota 37,6 °C, orientačne neurologicky bez lateralizácie. Na EKG zaznamenané známky ischémie anterolaterálne. Ordinované: opätovné nasadenie Noradrenalinu, kontrola TK o 30 min., potom á hodinu (nerealizované). Do liečby bolo pridané ATB (Cefriaxon). Laboratórne v KO: HGB bez poklesu 90 g/l, PLT s ďalším poklesom na 62. V biochémii hyperglykémia 13,42 mmol/l, urea 38,54 a kreatinín 521,8; pretrvával vysoký troponín 83,28 a kálium 5,87, CRP negatívne.

Realizované bolo hematologické konzílium so záverom: normocytová normochrómna anémia stredne ťažkého stupňa kombinovaná (renoprivnej, deficit folátov, ACD), trombocytopenia stredne ťažká – parcip. aj deficit folátov, možná incip. eventuálne

chronická DIC? Sekundárna trombotická mikroangiopatia pri GNF? Aktivácia hemostázy, vzostup INR - možná incipientná ev. chronická DIC? Odporučené pátrať po ev. konzumpčnej etiológii trombocytopenie v zmysle HVT alebo EAP. Vzhľadom na zriedkavé NÚL Adenuricu a uspokojujúce hodnoty KM odporučené zväziť jeho prechodné vysadenie. Do liečby pridaná infúzia s glukózou potencovaná o Ca-gluconicum a natrium hydrogencarbonicum (2x d.).

V dňoch 9. 9. 2021 a 10. 9. 2021 pacient s pretrvávajúcou tachykardiou pri normotenzii. Laboratórne progresia trombocytopenie, anémie, zhoršenie renálnych a zápalových parametrov, pokles hyperkaliémie. Prvýkrát záznam o vyšetrení koagulácie (fibrinogén 3,88; INR 1,38; APTT 1,17; D-dimér viac ako 20,0). Dňa 9. 9. 2021 nefrologické konzílium: stav zhodnotený ako chronické ochorenie obličiek G4 s postupným zhoršovaním v dôsledku netraumatickej rhabdomyolýzy – v. s. pri hypotyreóze. MAC stredne ťažkého stupňa. Ordinovaná bola alkalizácia pacienta 4,2 % NaHCO₃, HD zatiaľ nebola indikovaná, vzhľadom na predpokladané zlepšenie obličkových funkcií. Odp. substitúciu tyroxínom, labor. kontroly ABR, pH, oblič. funkcie, Na, K. ABR: pH: 7,332; pCO₂: 3,37; pO₂: 13,17; SO₂: 96,80; BE: -10,80, BB: 37,20; cHCO₃: 13,10; cHCO₃st.: 15,80. Skontrolovaná koagulácia – pokles hodnôt Quick 1,29 a APTT 0,95; (bez kontroly Fbg a D-diméru). Na základe hematologického konzília pauzovaný Adenuric. Ordinované bolo merať TK a P 3x denne. V sesterskom zápise prvýkrát zaznamenané hodnoty TK (na obed 111/75, AS 63/min. a večer 121/73, AS 58/min.).

K ďalšej progresii stavu došlo dňa 11. 9. 2021, pacient udával nechutenstvo a nauzeu. Pri fyzikálnom vyšetrení bazálne oslabené dýchanie, nález na bruchu s oslabenou peristaltikou. V kontrolných odberoch progresia trombocytopenie (42), kreatinín s poklesom na 434,9 umol/l, pretrvávala vysoká hodnota urey 39,15; hypokaliémia K 3,13 mmol/l, hyperglykémia, D-dimér pretrvával naďalej viac ako 20.

Ordinovaná zmena infúznej liečby na G 5 % 500 ml inf. + KCl 7,5 % 20 ml celkovo 4x/d., inf. NaHCO₃ 4,2 % zredukovaná na 1x d. Realizované RTG brucha o 10:25 hod. s nálezom výraznej plynovej distenzie kľučiek HČ, s dilatáciou kľučiek na max. 70 mm, s hladinami. Na RTG hrudníka bola prítomná akcentovaná hilová a bronchovaskulárna kresba, rozšírený tieň srdca. Následne ordinované konziliárne chirurgické vyšetrenie (13:20 hod.): Nález zhodnotený ako paralytický ileus, neindikovaná operačná revízia, ordinovaná NG sonda, rektálna rúrka, Degan inj. 3x denne i. v., hladovka.

Dňa 12. 9. 2021 pri ranej vizite o 09:39 hod. bol pacient zahlienený, v semiaktívnej polohe, komunikoval nezrozumiteľne, v DÚ boli

prítomné hemorágie, dýchanie bazálne oslabené, brucho výrazne nad úrovňou hrudníka, palpačne nebolestivé, peristaltika auskultačne oslabená. TK 128/77 mmHg, P: 84/min., sat. O₂ 98 % bez O₂. BT negat: 2000/3000ml. Medikamentózna liečba ponechaná bez zmeny.

Kontrola laboratórnych parametrov v ten deň nebola v zdravotnej dokumentácii ordinovaná. Opakovane realizované RTG brucha a chirurgické konzílium s progresiou RTG nálezu, laboratórnych parametrov (K⁺: 3,1; PLT: 39,00) aj klinického stavu (imobilita, zhoršený stav vedomia, nutné odsávanie slín, slabosť). Chirurgom bol stav uzavretý ako paralytický ileus pri základnom ochorení – ak. renálnom zlyhaní, dehydratácii, hypokaliémii. Odporúčané bolo pokračovať v rehydratácii, korekcia kreatinínu a urey, ionogramu, Degan 3 x1, Controloc 40 1-0-1, ponechať NGS, rekt. úrku.

Následne pacient s progredujúcou hypotenziou (večer 86/48 mmHg), so zhoršujúcim sa stavom vedomia, polohovaný sestrami naposledy o 05:40 hod., zápis o informovaní lekára prípadne lekárskej vizite absentuje.

Dňa 13. 9. 2021 o 06:35 hod., podľa sesterského zápisu v dekurze, pacient prestal dýchať, bol privolaný službukonajúci lekár, ktorý o 06:45 hod. konštatoval exitus letalis.

ZHODNOTENIE POSTUPU

V nadväznosti na vyššie uvedené úrad konštatoval, že pri ambulantných ošetreniach dňa 28. 8. 2021 neboli v poskytnutej zdravotnej starostlivosti identifikované pochybenia. V tom čase pacient nemal také subjektívne ťažkosti a klinický nález, pre ktoré by vyžadoval okamžitú hospitalizáciu. Pacientovi boli dané odporúčania pre doriešenie stavu. CPO i ÚPS sú určené pre prípady náhleho zhoršenia zdravotného stavu a ich úlohou je odlíšiť u pacienta nutnosť neodkladnej hospitalizácie z dôvodu možného ohrozenia života a zdravia, od situácie, keď je možné riešiť pacientov stav ambulantne, bez nutnosti neodkladnej hospitalizácie.

Počas hospitalizácie pacienta od 6. 9. 2020 do 13. 9. 2021 úrad konštatoval niekoľko pochybení:

1. pochybenie – nerealizovaný rozbor liekovej anamnézy, a to hlavne jej nežiadúcich účinkov, ktoré by mohli navodiť zdravotné ťažkosti. U pacienta pri zohľadnení anamnézy (dovolenka v Chorvátsku) je zrejmé, že začiatok ťažkostí súvisel s letnou dovolenkou (silné slnečné žiarenie, letné horúčavy, sporná hydratácia pacienta so zlyhávaním obličiek), užívaním chronickej medikácie a jeho následnou fotosenzibilizáciou. Vzhľadom k vysokým vstupným

hodnotám svalových enzýmov – hscTnT (83,55) a myoglobínu (1522) je veľmi pravdepodobné, že i toto bolo zapríčinené NÚ chronicky užíwanej medicíny. Medzi nežiadúce účinky liekov, ktoré pacient užíval (Adenuric, Irbesartan, Gabapentin), patria kožné vyrážky s olupovaním kože, toxická epidermálna nekrolýza, slabosť, únava, lokalizovaný opuch okolo očí, zmeny trombocytov, závažné poškodenie svalov, rhabdomyolýza, vzostup hodnôt svalových enzýmov, renálnych parametrov, fotosenzibilizácia. Rhabdomyolýza v súčinnosti s dehydratáciou vedie k zhoršeniu chronickej renálnej insuficiencie. Adenuric bol vysadený až 9. 9. 2021.

2. pochybenie – pri manažmente pacienta nebol ošetrojúcimi lekármi diagnosticky zvažovaný rozvoj DIC pri progredujúcej ťažkej trombocytopénii (39) a opakovane vysokých hodnotách D-diméru, a následne nebol realizovaný adekvátny terapeutický manažment DIC.

3. pochybenie – neindikovanie dialýzy. Nefrológom síce na 3. deň hospitalizácie dialýza nebola indikovaná, pretože predpokladal, že po rehydratácii dôjde k zlepšeniu renálnych parametrov. Vzhľadom na ďalší vývoj klinického stavu pacienta, s následným rozvojom ileózneho stavu, s úplným rozvratom vnútorného prostredia, s poruchou vedomia a s opätovným zhoršením renálnych funkcií, mal byť stav prehodnotený (opätovne nefrológ privolaný nebol), bolo potrebné indikovať dialýzu. Včas indikovaná dialyzačná liečba mohla predísť rozvoju paralytického ilea. Je jasné, že išlo o akútne zhoršenie chronickej renálnej insuficiencie podmienené dehydratáciou, hypotenziou s hypoperfúziou obličiek a pravdepodobne i s príspevom rhabdomyolýzy. Pacient spĺňal indikačné kritériá na zahájenie dialyzačnej liečby napriek relatívne zachovanej diuréze. Pacient mal metabolickú acidózu s hyperkaliémiou a vyžadoval podávanie bikarbonátu parenterálne. Efekt liečby bikarbonátmi však nebol overovaný priebežnými kontrolami ABR.

4. pochybenie – nedostatočné indikovanie a sledovanie laboratórných parametrov. Bola nutná frekventnejšia kontrola laboratórných parametrov a ich vyhodnocovanie lekárom vzhľadom na klinický stav pacienta a jeho vývoj. V záznamoch i napriek tomu, že pacient mal renálne zlyhanie a následne pridružený ileus, bolo realizované vyšetrenie ABR iba 1x. U pacienta s chronickým renálnym zlyhaním a s jeho progresiou, s metabolickou acidózou, ktorá je korigovaná parenterálnym opakovaným podávaním bikarbonátu, je potrebné kontrolovať parametre ABR frekventnejšie aj s ich priebežným vyhodnocovaním. Taktiež po vzniku paralytického ilea bolo plne opodstatnené realizovať frekventnejšie kontroly vnútorného prostredia aj s korekciou liečby na základe laboratórných kontrol a exaktného vyhodnocovania bilancie tekutín.

5. pochybenie – pacienti mali byť zavedený centrálny venózný katéter najneskôr dňa 11. 9. 2021 vzhľadom na rozvoj ileózneho stavu a predchádzajúcu obehovú instabilitu. CVK bol opodstatnený už aj pred rozvojom ileózneho stavu. Jeho zavedenie by umožnilo exaktný monitoring vitálnych funkcií, adekvátne podávanie NA, aj s prihliadnutím na možnú potrebu dialyzačnej liečby.

6. pochybenie (opakované) - nedostatočný manažment pacienta zo strany ošetrojúcich lekárov a sestier. Napriek nestabilnému klinickému stavu, ktorý progredoval v čase, počas niektorých dní bol stav hospitalizovaného pacienta posúdený lekárom len 1x denne, nebol ordinovaný adekvátny monitoring TK, AS a bilancie tekutín. Ako závažné pochybenie bola vyhodnotená skutočnosť, že absentovalo vyšetrenie ošetrojúcim lekárom od 10:00 hod. dňa 11. 9. 2021 do 09:39 hod. 12. 9. 2021. Napriek výrazne progredujúcemu stavu pacienta na úrovni zlyhávania počas cca 24 hodín nebol pacientov stav objektívne posúdený lekárom, pacient nebol vyšetrený, jeho stav nebol adekvátne zhodnotený, neboli realizované úpravy v liečbe, neboli ordinované urgentné kontrolné odbery. Taktiež následne bol pacient ošetrojúcim lekárom videný až pri konštatovaní úmrtia 13. 9. 2021 o 06:45 hod. Plne opodstatnená bola observácia na JIS.

ZÁVER

V kontexte vyššie uvedených skutočností je možné konštatovať, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi došlo k pochybeniu zo strany dohliadaného subjektu. Zdravotná starostlivosť bola na základe vyššie uvedenej analýzy vyhodnotená ako poskytnutá nesprávne. Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v ústavnom zdravotníckom zariadení.

SKRYTÁ KOMPLIKÁCIA PO LAPAROSKOPICKEJ RESEKCII ŽALÚDKA PRE MORBÍDNU OBEZITU

Úrad prijal podnet sestry pacienta, ktorému pre obezitu bola vykonaná laparoskopická resekcia žalúdka, začal mať ťažkosti a následne zomrel. Vyjadrila, že pevne verí, že všetci konali s najlepším vedomím a svedomím, že chceli jej bratovi pomôcť, ale na to, aby si boli istí

a dokázali sa s touto tragickou udalosťou v rodine vyrovať, potrebujú, aby boli zodpovedané všetky ich otázky.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

42-ročný pacient s anamnézou arteriálnej hypertenzie, astma bronchiale, hyperkorticizmom (sledovaný u endokrinológa), s morbidnou obezitou pri BMI 56,8 kg/m², bol prijatý na chirurgickú kliniku dňa 7. 6. 2021 za účelom operácie - laparoskopickej „sleeve“ resekcie žalúdka. Predoperačne absolvoval všetky potrebné vyšetrenia bez zistenia kontraindikácie k zákroku a bol upovedomený o možných peroperačných a pooperačných rizikách, čo vyjadril podpisom informovaného súhlasu v deň prijatia. Dňa 8. 6. 2021 mu bola v celkovej anestézii za antibiotickej profylaxie vykonaná operácia pomocou endostaplera bez peroperačných komplikácií. Na 1. pooperačný deň bolo vykonané kontrolné RTG vyšetrenie brucha v dvoch projekciách s perorálnym podaním kontrastnej látky - bez zistenia leaku. V ten deň bola perorálne podaná aj riedená metylénová modrá, bez jej zistenia v Redonovom dréne vyvedenom z brušnej dutiny. Následne bol povolený príjem per os - diéta 0-S, pacient večer odmietol analgetiká. Dňa 10. 6. 2021 bol postupne vertikalizovaný, zmena diéty na 0, ktorú toleroval, znova odmietol analgetickú liečbu. Dňa 11. 6. 2021 toleroval príjem per os, stále diéta 0, bol bez zvýšenej telesnej teploty, palpačne bolo brucho bez peritoneálneho dráždenia, v stabilizovanom stave bol prepustený domov s odporúčaniami: najprv tekutá, potom kašovitá strava - informácie v letáku, ktorý vydáva klinika, príjem tekutín aspoň 2,5 - 3 litre denne, telesné šetrenie s primeranou pohybovou aktivitou, vydaný predpis na Helicid 20 mg p. o. v dávkovaní 1 tbl. ráno cca 15 - 30 min. pred jedlom do najbližšej kontroly, odporúčenie užívať voľne predajný Esoxx one 2x denne (2 balenia), vydaný predpis na 2 balenia Fraxiparine 0,6 ml s. c. s pokynom vpichovať 1x denne, do 3 dní sa hlásiť s prepúšťacou správou u obvodného lekára, kontrola a vybratie stehov na chirurgickej ambulancii o týždeň - 18. 6. 2021, v prípade akútnych ťažkostí kontrola ihneď.

Podľa údajov v podnete mali začať ťažkosti pacienta večer v deň prepustenia z nemocnice (11. 6. 2021), pričom príbuzní s ich opisom telefonicky kontaktovali lekára kliniky, ktorý údajne vylúčil súvislosť ťažkostí s predchádzajúcou operáciou.

Z vyjadrenia a zo zdravotnej dokumentácie dohliadaného subjektu vyplýva, že pacientovi bola v mieste bydliska poskytovaná zdravotná starostlivosť v rozsahu vyšetrenia na urgentnom príjme dňa 14. 6. 2021 a následnej 2-dňovej hospitalizácie na JIS oddelenia vnútorného lekárstva s prekladom na OAIM. Do nemocnice v mieste

bydliska bol pacient privezený záchrankou 3 dni po prepustení z kliniky. Prvotne bol vyšetrený chirurgom - podľa jeho správy bol pacient na urgentný príjem dovezený, pretože „od soboty, dňa 12. 6. 2021 sa mu ťažko začalo dýchať, stolicu nemal, vetry má“. Objektívny nález: brucho voľne priehmatné, palpačne nebolestivé, bez známk peritoneálneho dráždenia, bez defans, peristaltika tichá, per rectum: okolie anu pokojné, indagácia nebolestivá, v ampule kašovitá stolica hnedej farby. Dg.: t. č. bez známk NBP (náhlej príhody brušnej), hypotónia, hyposaturácia. Pacient bol s uvedeným záverom odoslaný na internú časť urgentného príjmu. Pri vyšetrení internistom boli zistené anamnestické údaje o dýchacích ťažkostiach trvajúcich 3 dni, v noci nespí, zle toleruje horizontálnu polohu, málo močí, nemal stolicu 5 dní. Pri vyšetrení TK 134/75 mmHg, pulz 101/min., „dnes si dal fraxiparine“ a užil inhalačné spreje. Laboratórne boli zistené: extrémna elevácia zápalových parametrov (CRP nad 500), akútna renálna insuficiencia, pozitívny D-dimér. Vykonané bolo USG vyšetrenie urogenitálneho traktu bez nálezů ložiskových zmien v obličkách, v náleze z vyšetrenia zaznamenaná tekutina peri- a subhepatálne do 37 mm. Pre príznaky sepsy s akútnou renálnou insuficienciou, anúriou, respiračnou insuficienciou až septickým šokom bol pacient prijatý na JIS oddelenie vnútorného lekárstva. V prijímacej správe sa uvádza, že pacient mal bolesti brucha od pravého podrebria do podbrúšia, bez pocitu na vracanie, s nástupom bolestí sa mu súčasne začalo horšie dýchať, mal nižší tlak, zvýšenú telesnú teplotu nemal. Z objektívneho vyšetrenia uvedené: brucho pri obezite zle priehmatné, bez algickej reakcie, bez defense, peristaltika minimálna, TK 56/40 mmHg, pulz 96/min., sat. 85 %. Bola mu aplikovaná kyslíková terapia tvárovou maskou, pacient netoleroval horizontálnu polohu, podaná hydratačná terapia, na podporu obehu sympatomimetiká, ďalej širokospektrálne ATB a ďalšie lieky. Počas hospitalizácie na JIS bolo realizované EKG, RTG vyšetrenie hrudníka bez patologického nálezů. Napriek tejto liečbe stav progredoval až do multiorgánového zlyhávania pri šokovom stave, preto bol dňa 15. 6. 2021 preložený na OAIM. Na OAIM dyspnoický, so zlyháváním obehu, acidózou, nad epigastriom zaznamenaný tympanický poklop, brucho veľmi ťažko priehmatné, difúzne citlivé najmä v okolí operačných rán a v hornej časti.

Hneď po prijíme bol intubovaný, napojený na UPV, podávaná bola intenzívna parenterálna alimentácia, resuscitácia obehu a ATB liečba. Vykonané RTG vyšetrenie brucha s nálezom vzduchu, čo bolo hodnotené ako „možné aj pooperačne“, USG brucha s progresiou tekutinovej kolekcie okolo pečene a medzi črevnými kľučkami v porovnaní s nálezom z USG pri prijíme. Po konzultácii s chirurgom indikované urgentné CT vyšetrenie brucha. Pri extrémnej obezite nebolo možné vykonať CT v nemocnici, preto bol pacient vyšetrený na najbližšom, vyššom pracovisku, kde sa dalo CT vykonať. Podľa CT

nálezu bolo vyslovené podozrenie na leak zo žalúdka po sleeve gastrektómii s následnou difúznou peritonitídou, zistené pneumoperitoneum za prednou brušnou stenou a v oblasti anastomózy - susp. dehiscencia, ascites perihepatálne, perisplenicky, parakolicky bilat. a v malej panve. Konzultované bolo pracovisko kliniky, kde bol operovaný s plánom prekladu a operácie pacienta tam. Vzhľadom na stav pacienta, ktorý neumožňoval odklad operácie a prevoz, bola realizovaná nevyhnutná príprava a operačný zákrok. Peroperačne bola potvrdená difúzna purulentná peritonitída (prítomné pablza a purulentný obsah vo všetkých kvadrantoch), ale miesto leaku mechanickej suture na žalúdku po resekcii nebolo identifikované. Vzhľadom na maximum zápalových zmien nad mesocolon transversum nález imponoval ako stav po leaku so suture pozdĺžnej gastrotómie - do žalúdka bola zavedená nasogastrická sonda a aplikované farbivo metylénová modrá, no nebol zistený jej únik mimo žalúdka. Vykonaná bola toaleta brušnej dutiny, laváž a drenáž, pooperačne bola podávaná parenterálna liečba, napriek tomu vyústil stav pacienta do exitu.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Pacient podstúpil elektívny operačný zákrok pre morbidnu obezitu, pre ktorý sa sám rozhodol a absolvoval všetky potrebné predoperačné vyšetrenia, ktorými nebola zistená kontraindikácia k výkonu. Pred výkonom podpísal „Čestné vyhlásenie pacienta“ a „Poučenie a informovaný súhlas pacienta“. V dodatku informovaného súhlasu sa uvádza, že medzi možné následky a riziká po zákroku patrí: krvácanie, mimočrevná výživa, rozostúpenie resekcnej línie, pooperačný zápal podžalúdkovej žľazy, pocit na zvracanie, zvracanie, paralytická nepriechodnosť čriev, infekcia v rane a v podkoží, sťažené močenie po zacievkovaní, hematóm (nahromadenie krvi), absces (dutina vyplnená hnisom), reoperácia. Práve k rozostúpeniu resekcnej línie v neskoršom pooperačnom priebehu liečby došlo. Výskyt pooperačnej komplikácie nemožno považovať za následok technicky zle prevedeného výkonu, ide o jav, ktorý vôbec nemusí, ale môže nastať.

Samotný operačný zákrok prebehol štandardným spôsobom, operácia trvala 55 minút, bola bez komplikácií. Pooperačný priebeh bol primeraný, nekomplikovaný. Hneď v 1. pooperačný deň podľa štandardných postupov pracoviska boli realizované dve vyšetrenia zamerané práve na včasné odhalenie prípadného leaku v mieste staplingu resekcnej línie na žalúdku - pacient mal robené RTG vyšetrenie brucha s podaním kontrastnej látky perorálne, čo by sa zistilo únikom kontrastnej látky mimo žalúdok. Toto nebolo vyšetrením zistené. Bol použitý aj druhý spôsob vyšetrenia rovnakého javu - aplikácia farbiva rozriedeného vodou cez ústa a sledovanie, či sa

farbivo objaví v dréne vyvedenom z brušnej dutiny, čo by poukazovalo na únik cez netesnosť žalúdka do brucha. Toto pozorované taktiež nebolo. Pacient toleroval príjem diétnej stravy cez ústa, čo je primeraným stavom. Vzhľadom na neprítomnosť komplikácií bol pacient prepustený na 3. pooperačný deň do domácej liečby. Histologickým vyšetrením resekovanej časti žalúdka nebol zistený žiadny patologický proces v jeho stene. Zo strany dohliadaného subjektu boli vykonané všetky úkony smerujúce k odhaleniu včasnej komplikácie po operácii vykonané správne. Ak by došlo k rozostupu rany počas pobytu na klinike dohliadaného subjektu, dané vyšetrenia by to odhalili, resp. klinický stav pacienta by na dané poukázal. U pacienta nebol dôvod predpokladať zhoršenie stavu, pretože do prepustenia sa mal dobre a primerane pooperačnému stavu.

O 3 dni po prepustení z kliniky dohliadaného subjektu (14. 6. 2021) bol pacient vyšetrený v nemocnici v mieste bydliska na urgentnom príjme pre bolesti brucha, s anamnestickým údajom, že od soboty 12. 6. 2021 sa mu ťažšie dýcha, stolicu nemal, vetry áno. Podľa záverov fyzikálneho vyšetrenia nebola chirurgom supponovaná náhla brušná príhoda a pacient bol odoslaný na internistickú časť urgentu, odkiaľ ho prijali k hospitalizácii na internú JIS s prejavmi sepsy, akútnou respiračnou aj renálnou insuficienciou.

Otázne je, prečo už chirurgom nebolo realizované ani natívne RTG vyšetrenie, ani USG vyšetrenie brucha, ani laboratórne odbery pri bolestiach brucha. V tak krátkom období po predchádzajúcej operácii (5 dní) je nutné v prvom rade najprv myslieť na možnosť pooperačnej komplikácie. Opakované zobrazovacie vyšetrenia preukázali tekutinu v brušnej dutine, vzduch v brušnej dutine, následný operačný zákrok preukázal difúzny hnisavý zápal pobrušnice. Napriek tomu, že pri operácii nebolo jednoznačne identifikované miesto dehiscencie operačnej rany na žalúdku, nález zápalu pobrušnice na to jednoznačne poukazoval, pretože nebol iný dôvod pre tento stav a maximum zápalových zmien bolo práve pozdĺž resekčnej línie žalúdka okolo mesocolon transversum. Napriek tomu, že vyšetrenie chirurgom na urgentnom príjme podľa jeho popisu nepouzávalo na akútnu brušnú príhodu, mal ju predpokladať, pretože išlo o pacienta v období po brušnej operácii, so začiatkom ťažkostí krátko pooperačne, navyše pri hmotnosti pacienta cca 170 kg a morbidnej obezite je otázne, nakoľko mohlo byť brucho priehmatné - chirurg popisuje ako „voľne priehmatné“, internista ako „zle priehmatné pri obezite“. Príznaky pacienta - bolesť brucha, tiež poukávali na možný problém v brušnej dutine. Zobrazovacie vyšetrenie bolo urobené až po indikácii internistu, navyše zamerané len na urogenitálny trakt. Došlo k zobrazeniu voľnej tekutiny v brušnej dutine a tento nález nebol ani potom braný v kontexte možnej náhlej brušnej príhody. K výhradám podávateľky podnetu o nezistení miesta dehiscencie pri operácii úrad uvádza, že pri operácii (rovnako tak ani pri pitve)

nemusi byť zistený defekt („diera“) v operačnej rane na žalúdku, pretože aj cez minimálne veľký (napr. 2 - 3 mm) defekt môže presakovať obsah žalúdka do brušnej dutiny, čo postačuje na vyvolanie chemického dráždenia a zápalu pobrušnice. Akonáhle začne prebiehať zápalová reakcia, tvoria sa hnisavé a fibrínové povlaky, ktoré spôsobujú „zlepenie“ niektorých anatomických brušných štruktúr, ktoré pokrývajú - napr. aj miesto, kadiaľ predtým „vytekal“/presakoval obsah žalúdka navonok, sa pokryje povlakom fibrínu a hnisu a „prilepí“ sa k blízkej štruktúre, napr. k tukovému tkanivu steny bursa omentalis, na nástennú pobrušnicu, k závesu čreva, k črevnej stene a pod. Tým sa pôvodný otvor akoby „uzavrie“ a už nemusí byť detekovateľný neskôr, napr. pri operačnej revízii. Pri nej si chirurg nemôže dovoliť násilne ťahať stenu orgánu, aby drobný defekt našiel - naproti tomu si toto môže dovoliť, napr. lekár pri pitve. Obdobný stav je aj tzv. krytá perforácia čreva, kedy sa prasknutá oblasť čreva pokryje zápalovým exsudátom a samovoľne sa uzavrie doslova prilepením k svojmu okoliu, čím sa de facto uzavrie, dokonca môže dôjsť k jej spontánnemu vyhojeniu. Nemožno považovať za chybu, pretože bolo vykonané aj vyšetrenie použitím instilovaného farbiva do žalúdka.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi dohliadaný subjekt porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že pri vyšetrení dňa 14. 6. 2021 neuvažoval diferenciálne-diagnosticky a pooperačná komplikácia u pacienta nebola zistená včas.

PRVÝ HISTOLOGICKÝ DOKUMENTOVANÝ PRÍPAD NA SLOVENSKU?

Úrad prijal podnet dcéry pacienta, ktorá žiadala o prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej otcovi. Podávateľka podnetu poukazovala na oneskorené prijatie otca na urologické oddelenie kvôli chirurgickému zákroku, keďže otec bol opakovane odoslaný do domácej liečby, trpel nezniesiteľnými bolesťami, rapídne sa zhoršil jeho celkový telesný a psychický stav.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

65-ročný ťažko polymorbídny pacient s diabetom so sekundárnymi komplikáciami bol dispenzarizovaný v dialyzačnom stredisku a zaradený do chronického dialyzačného programu. V dohliadanom období mu bolo poskytnutých 9 cyklov hemodialýzy cestou zavedeného perm-cath v oblasti v. jugularis l. sin. pre zlý cievny prístup a nemožnosť vytvorenia A-V fistuly.

Od 22. 9. 2021 bol pacient liečený v urologickej ambulancii pre inflamovaný defekt v oblasti glans penis ventrálne s nekrózou. V tento deň bola vykonaná nekrektómia v lokálnej anestézii, pre krvácanie naložený vstrebateľný steh, aplikovaný Bactroban ung.

Dňa 5. 10. 2021 pri kontrolnom vyšetrení pretrvávali reziduálne stehy, opätovne zistené nekrotické tkanivo na glanse, vykonaný bol ster na kultivačné vyšetrenie z uretry, ošetrovanie a odporučené lokálne Betadine.

Dňa 11. 10. 2021 pri kontrolnom vyšetrení stav pretrvával, evidované zhoršenie, preto bol vykonaný ster z glansu na kultivačné vyšetrenie. Odporučené bolo vyšetrenie v urologickej ambulancii na vyššom pracovisku, lokálne Framykoin ung.

Dňa 12. 10. 2021 bol pacient vyšetrený v urologickej ambulancii vyššieho pracoviska. Pacient naďalej udával bolesti v oblasti penisu, bol preliečený ATB, kultivačné vyšetrenie bolo negatívne. Objektívne glans povlečený a epidermis biela, mokvajúca, preaeputium bez zmien. Palpačne bez infiltrácie, lézie povrchové. Opakovane bol vykonaný ster z glansu na kultivačné vyšetrenie, indikovaná liečba lalugen.

Z výsledku kultivačného vyšetrenia zo dňa 13. 10. 2021: Streptococcus pneumoniae citlivý na bežné ATB. Indikovaná lokálna ATB liečba Baneocin 3x denne.

Pri kontrolnom vyšetrení dňa 21. 10. 2021 bol stav pacienta bez zlepšenia, preto bola indikovaná biopsia z glansu, výkon bol naplánovaný na 28. 10. 2021. V uvedený deň v lokálnej anestézii bola vykonaná 2x biopsia.

Dňa 10. 11. 2021 bol pacient vyšetrený v urologickej ambulancii s bolestivou léziou v oblasti glans penis po vykonanej biopsii na vyššom pracovisku so zhoršeným lokálnym nálezom v zmysle pokračujúcej nekrózy takmer na celom glans penis s erytémom v oblasti preaeputium a putridným zápachom. Po lokálnom ošetrovaní Betadinom a predpísaní antibiotickej liečby bolo pacientovi odporučené vyšetrenie v urologickej ambulancii vyššieho pracoviska. Výsledok bioptického vyšetrenia: Fibrózne nekrotizujúca balanitída.

Dňa 16. 11. 2021 bol pacient akútne prijatý na hospitalizáciu pre pretrvávanie výrazných bolestí, nehojaci sa proces. Lokálne výrazný edém prepúcia, zápalovo nekrotické hmoty na glans penis.

Po vykonaní predoperačných vyšetrení po príprave preliečení zápalu, hemosubstitúcii bola dňa 22. 11. 2021 realizovaná parciálna amputácia penisu. Na 2. pooperačný deň bol pacient v dobrom stave prepustený do domácej liečby, rana sa hojila per primam.

Dňa 3. 12. 2021 pri kontrolnom vyšetrení v urologickej ambulancii vyššieho pracoviska bola vykonaná extrakcia permanentného močového katétra, rana sa hojila per primam intentionem. V tom čase výsledok histologického vyšetrenia nebol známy, preto bolo odporúčané kontrolné vyšetrenie, na ktoré sa pacient nedostavil.

Od 26. 11. 2021 do 8. 12. 2021 bol pacient hospitalizovaný na oddelení pre dlhodobu chorých.

Pre obštipáciu s proktitídou bol hospitalizovaný na internom oddelení od 29. 12. 2021 do 5. 1. 2022 a od 6. 1. 2022 do 7. 1. 2022.

Výsledok biopsického vyšetrenia: Patologická depozícia kalcia v drobnejších krvných cievach kože, čiastočne i v corpus spongiosus penisu s rôznym stupňom prevažne obturačnej trombotizácie a následným devastujúcim účinkom na uvedené histologické štruktúry. V asociácii s terminálnym renálnym zlyhávaním, resp. chronickým dialyzačným procesom je tento komplex patologických zmien kompatibilný s kalcifylaxiou. Ako z textu vyplýva kalcifylaxia je čiastočne prítomná i v resekčnej línii.

Dňa 19. 1. 2022 bolo vykonané vyšetrenie v urologickej ambulancii, pri ktorom bola zistená nekróza v mieste amputácie, zároveň nekróza palca ľDK.

Následná starostlivosť nebola predmetom výkonu dohľadu.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

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

Kalcifylaxia je zriedkavý patologický proces vyskytujúci sa u pacientov dialyzovaných pre chronické renálne zlyhanie. Ide o závažnú komplikáciu takto liečených pacientov sprevádzanú intenzívnymi bolesťami a nekrózami tkaniva v rôznych povrchových častiach organizmu a problematickou liečbou. Spája sa s vysokou mortalitou. Postihnutie kože penisu je mimoriadne zriedkavé a na Slovensku ide zrejme o prvý histologicky dokumentovaný prípad. Diagnostika je pre zriedkavý výskyt náročná a umožňuje ju nakoniec po vyčerpaní všetkých liečebných možností až histologické vyšetrenie odstránenej časti penisu.

ZÁVER

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

NEROZPOZNANIE ZLOMENINY U 5-ROČNÉHO DIEŤAŤA PO ÚRAZE. PREČO JE DÔLEŽITÉ DÔSLEDNÉ VEDENIE ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

Podnet na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti podala matka (vzdelaním právnička) 5-ročného dievčatka. Predmetom podnetu bolo nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti - „*a to tak priebeh poskytovanej starostlivosti, nesprávny postup pri vyšetrovaní maloletej ako aj nesprávna diagnostika, čím boli závažným spôsobom porušené práva maloletej, spôsobilé vážnym spôsobom zhoršiť jej zdravotný stav.*“ V podnete sa ďalej uvádza, že dcéra si pri páde na zámkovú dlažbu zranila lakeť, ruka bola bolestivá, nevedela ňou hýbať. Navštívili urgentný príjem NsP, kde bola hneď odoslaná na RTG vyšetrenie pri ktorom sa jej RTG laborant nasilu snažil poranenú ruku v lakti vyrovnať, pretože „*inak sa RTG urobiť nedá.*“ Následne absolvovala vyšetrenie službukonajúcim lekárom chirurgicko-traumatologickej ambulancie, ktorý s absolútnou istotou tvrdil, „*že ruka určite zlomená nie je, javí sa mu ale možnosť vyklbenia s tým, že sa ju pokúsi napraviť.*“ Dcére bolo injekčne podané niečo od bolesti a lekár „*naťahovaním v lakti*“ snažil sa ruku vystrieť, dcéra veľmi plakala. Následne bol nariadený ďalší kontrolný RTG. Opätovne sa opakovala situácia na RTG pracovisku, kedy sa ruku snažili maximálne vystrieť. Dcéra už bola vyčerpaná. Po zhodnotení RTG lekár informoval, že dcére nič nie je, ruka nie je zlomená ani vyklbená, ruku obviazal, odovzdal RTG na CD nosiči, s dcérou už mohli odísť preč. Svoje diagnostické závery s nikým nekonzultoval a s absolútnou istotou stanovil nesprávny diagnostický záver. Keď doma neskôr uvoľnili obvaz, bola dcérina ruka veľmi opuchnutá, nevedela ňou vôbec hýbať. Následne sa s dcérou objednali (keďže podľa lekárskej správy o zlomeninu nešlo) na kontrolné vyšetrenie v ambulancii detskej chirurgie v mieste bydliska, kde ošetrojúci lekár, po prezretí predloženej RTG dokumentácie, bez zaváhania skonštatoval, že ruka je v oblasti lakt'a zlomená. Následne musel byť urobený ďalší RTG (v poradí 3.), či sa zlomenina 9 dní od úrazu neposunula a nevyžaduje

operačný zákrok. Operácia našťastie nebola nutná a ruka bola daná do sadrovej fixácie.

ANAMNÉZA, PRIEBEH LIEČBY, VYJADRENIE DOHLIADANÉHO SUBJEKTU

V rámci výkonu dohľadu bola dohliadaným subjektom predložená správa z vyšetrenia pacientky v chirurgicko-traumatologickej ambulancii urgentného príjmu: „TO: pacientka dnes spadla a udrela si ľ. lakeť udáva bolesti palp. a pri pokuse o pohyb. Bez odrenín, modrín a opuchu v oblasti kĺbu, bez NC porúch periférie. Dieťa nespolupracuje, pri vyš. plače. RTG bez zjavných traum. zmien. Th: Novalgin i. m., Burow, elastik, záves. Odpor: telesné šetrenie, analgetiká, ľadovať, kontrola o 2 dni“.

V rámci písomného vyjadrenia k podnetu dohliadaný subjekt uviedol: „...pacientka bola ošetrená v sprievode rodičov na chirurgicko-traumatologickej ambulancii ÚPS NsP ... Pacientka bola po vyšetrení na ambulancii odoslaná na RDG oddelenie na RTG snímky pravého lakťa so zrovnaním druhou stranou. Po návrate na chirurgickú ambulanciu, po prezretí RTG projekcií, službukonajúci lekár vyhodnotil RTG snímky – bez zjavných traumatických zmien. Pri palpačnom vyšetrení lakťa dieťaťa a snahe o vyšetrenie mobility lakťa dieťa udávalo výrazné bolesti v pravom lakti, preto bol pacientke aplikovaný Novalgin intramuskulárne. Pacientka bola odoslaná na základe RTG vyšetrení na kontrolné RTG vyšetrenie lakťa. Po kontrolnom RTG vyšetrení lekár predbežne nariadil naložiť octanovú masť so sterilným krytím na pravý lakeť so závesom pravej hornej končatiny. Následne lekár konzultoval RTG snímky s príslužbou – lekárom, ktorý nalomenie suprakondyllickej časti ramennej kosti vpravo taktiež nepostrehol, ale pre výrazné bolesti v lakti odporučil naložiť vysokú sadrovú fixáciu na pravú hornú končatinu. S týmto postupom rodič dieťaťa nesúhlasil. Žiaľ táto skutočnosť nie je uvedená v zdravotnej dokumentácii, nakoľko príbuzenstvo dieťaťa je v priateľskom vzťahu s niektorými členmi chirurgického oddelenia a vyšetrujúci lekár si nemyslel, že rodič dieťaťa na túto skutočnosť zabudne. Dieťa s rodičom sa malo hlásiť na kontrole o 2 dni v mieste bydliska.“

Úrad mal v rámci výkonu dohľadu k dispozícii aj zdravotnú dokumentáciu z vyšetrenia pacientky v ambulancii detskej chirurgie v mieste bydliska: Obj.: „PHK – hybnosť v lakti algicky obmedzená, palpačná citlivosť a algia v oblasti distálnej časti ramennej kosti, prítomný diskretný edém, bez NC deficitu.“ Vyšetrenia: RTG – prítomná suprakondyllická zlomenina humeru, bez dislokácie. Záver: Fr. supracondyllica humeri I. dx. sine disloc. Dg.: S4241 – Zlomenina dolného konca ramennej kosti, suprakondyllová. Podaná terapia: vyš.,

sedatíva, dosadovanie. Odporúčanie: Telesné šetrenie. Ruku nosiť v závese. Postupne rozcvičovať prstami, sledovanie teploty a farby prstov. Kontrola na našej ambulancii...

HODNOTENIE ÚRADU

Podľa skupiny vykonávajúcej dohľad išlo o 5-ročnú pacientku po páde na pravú hornú končatinu s bolesťivosťou v pravom lakti, pričom bolesťivosť bola popísaná ako jediný klinický príznak úrazu. RTG snímky pravého lakťa boli vyhodnotené ako negatívne. Úrad mal v rámci výkonu dohľadu k dispozícii predmetné RTG snímky. Po ich prehodnotení konštatoval, že v oboch sériách je viditeľná lomná línia s prerušením kostnej štruktúry distálnej metafýzy humeru bez dislokácie, teda interpretácia RTG nálezu pri vyšetrení nebola správna, čo nakoniec nespochybňoval ani dohliadaný subjekt vo svojom písomnom vyjadrení. Štandardným postupom pri takýchto úrazoch, aj v prípade s nejednoznačným, resp. negatívnym RTG nálezom, je imobilizácia vysokou sadrovou dlahou pri kontrole neurocirkulačných pomerov do nasledujúcej kontroly o 7-10 dní, kedy dochádza k vizualizácii eventuálnej lomnej línie po odvápnení poškodených kostných trámecov. Imobilizácia zároveň pôsobí analgeticky a nemá za následok obmedzenie rozsahu hybnosti.

Výkonom dohľadu po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, uvedeného písomného vyjadrenia a na účely dohľadu prizvaného konzultanta úradu v odbore traumatológia, úrad zistil, že zdravotná starostlivosť nebola pacientke poskytovaná včas, v dostatočnom rozsahu a správne.

ZÁVER

U pacientky, po úraze pravej hornej končatiny, bola dohliadaným subjektom na základe nesprávneho popisu RTG snímky pravého lakťa, na ktorej bola už v tom čase viditeľná zlomenina distálnej metafýzy humeru, stanovená nesprávna diagnóza a následne zvolený aj nesprávny liečebný postup. Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu a prešetrením zdravotnej dokumentácie úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Podkladom pre výkon dohľadu je v súlade aktuálnymi právnymi normami zdravotná dokumentácia. V písomnom vyjadrení dohliadaný subjekt na svoju obranu uvádza viaceré tvrdenia, ktorých objektivizácia nie je možná na základe dostupnej zdravotnej dokumentácie, teda ich nie je možné v rámci výkonu dohľadu akceptovať. Ak je ošetrovujúcim lekárom navrhovaný určitý liečebný postup a pacient, resp. jeho zákonný

zástupca ho odmietne, táto skutočnosť má byť vyznačená v zdravotnej dokumentácii a podpísaná pacientom, alebo zákonným zástupcom (negatívny reverz).

BOLA OPERÁCIA ZBYTOČNÁ?

Úradu bol doručený podnet pacientky, ktorá požiadala o prešetrenie zdravotnej starostlivosti v súvislosti so „zbytočnou operáciou na základe chybne určenej diagnózy“. Podľa údajov v podaní si pacientka nahmatala hrčku na pravom prsníku, po absolvovaní sonografie bola odoslaná na biopsiu do nemocnice. Cca 2 týždne po biopsii jej bol oznámený výsledok – invazívny karcinóm prsníka. Následne pri operácii podstúpila parciálnu mastektómiu pravého prsníka, vybratie 3 sentinelových uzlín a aj vybratie nálezu z ľavého prsníka. Po operácii jej bolo oznámené, že „sa to javí ako nezhubné“. Definitívny záver histologického vyšetrenia preukázal, že pri prvotnom určení diagnózy patológom došlo k omylu.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

43-ročná pacientka podstúpila v minulosti operáciu pre fibroadenóm pravého prsníka. Dňa 14. 12. 2021 podstúpila core cut biopsiu z tumoru pravého prsníka. Materiál z ihlovej biopsie bol dňa 15. 12. 2021 prijatý na pracovisku dohliadaného subjektu, patológ nález hodnotil ako invazívny duktálny karcinóm prsníka NST G2 v teréne sklerozujúcej adenózy.

Pacientka bola od 18. 1. 2022 do 22. 1. 2022 hospitalizovaná na Gynekologicko-pôrodníckej klinike, kde podstúpila parciálnu mastektómiu vpravo s biopsiou sentinelovej uzliny a revíziu a extirpáciu lézie ľavého prsníka.

Dňa 19. 1. 2022 bol na pracovisku dohliadaného subjektu prijatý natívny materiál peroperačnej biopsie pozostávajúci z troch lymfatických uzlín pravej axily a extirpátu prsnej žľazy vpravo s tumorom. Materiál bol vyšetrený peroperačne patológom. Extirpát prsníka bol peroperačne vyšetrený z dôvodu posúdenia resekcčných okrajov a dostatočnosti zákroku. Podľa vyjadrenia dohliadaného subjektu obsahoval extirpát pri makroskopickom hodnotení pravého prsníka na rezoch ostro ohraničený oválny nodulus veľkosti do 22 mm. Vzhľadom na to, že nádor nevykazoval makroskopicky architektonikou ani štruktúrne známky infiltratívneho procesu, bol vykonaný rýchly rez aj z nádoru a nález peroperačne predbežne 19. 1. 2022 bol

hodnotený ako benígna lézia typu fibroadenómu. Tento nález bol telefonicky počas zákroku oznámený operujúcemu lekárovi, ktorý bol zároveň informovaný, že v zákroku nie je potrebné ďalej pokračovať a že definitívne vyjadrenie k stanoveniu biologickej povahy ochorenia bude možné až po kompletnom vyšetrení celého objemu nádoru a zvyšnej časti extirpátu. Definitívny výsledok bol vydaný dňa 26. 1. 2022, patológ hodnotil nález z extirpátu a tumoru prsníka vpravo ako komplexný fibroadenóm mliečnej žľazy s ložiskovou adenózou, malígny neoplastický proces sa vylúčil.

Súčasne bol na pracovisku dohliadaného subjektu prijatý aj materiál extirpátu z tumoru ľavého prsníka - nález bol hodnotený ako fibrocystické zmeny mliečnej žľazy vľavo, bez známkov malignity. Peroperačné vyšetrenie extirpátu z tumoru ľavého prsníka nebolo požadované, keďže v tejto lokalite nebolo klinické podozrenie na zhubný nádorový proces.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Materiál ihlovej biopsie zo dňa 14. 12. 2021 z tumoru pravého prsníka, ktorý bol dohliadaným subjektom zhodnotený ako invazívny duktálny karcinóm NST G2 v teréne sklerozujúcej adenózy, bol pri výkone dohľadu revidovaný a hodnotený aj s priloženým špeciálnym imunovšetrením ako benígna lézia charakteru tubulárnej adenózy. Materiál peroperačnej biopsie zo dňa 19. 1. 2022, pozostávajúci z troch lymfatických uzlín pravej axily a extirpátu prsnej žľazy s tumorom vyšetrený peroperačne, bol dohliadaným subjektom hodnotený: lymfatické uzliny boli zhodnotené ako negatívne na prítomnosť malígnych nádorových buniek, nádor bol hodnotený ako benígna lézia typu fibroadenómu. Po revízii daného bioptického materiálu sa úrad s hodnotením dohliadaného subjektu stotožnil. Vyhodnotené uzliny boli negatívne na prítomnosť malígnych nádorových elementov a tumor úrad hodnotil ako komplexný fibroadenóm s ložiskami tubulárnej adenózy, išlo o benígnu léziu. Definitívne hodnotenie materiálu bolo správne. Rovnako bolo správne zhodnotené aj histologické vyšetrenie extirpátu z ľavého prsníka. Vyšetrenia lézií prsnej žľazy cor cut biopsiou patria k celosvetovému štandardu. Aj napriek tomu, že v danom prípade išlo o benígnu léziu (dohliadaným subjektom hodnotená ako malignita) ide o limitovaný materiál, ktorý by sa mal vždy korelovať následne po kompletnom vyšetrení ložiska, po kompletnom odstránení lézie - extirpácii. Sentinelová lymfadenektómia v danom prípade bola ako zbytočný nadvýkon.

Záverom možno konštatovať, že diagnostické zhodnotenie ihlovej biopsie z odberu dňa 14. 12. 2021 bolo chybné.

ZÁVER

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

KOMPLIKÁCIA ANTIKOAGULAČNEJ TERAPIE

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientovi počas pandémie COVID-19.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

69-ročný polymorbídny pacient, ktorý sa liečil na artériovú hypertenziu 2. stupňa ESH/ESC s vysokým KVS rizikom; v januári r. 2021 prekonal infekciu COVID-19 s rozvojom fibrotických zmien na pľúcach; mal chronické srdcové zlyhávajúce s poruchami srdcového rytmu, ICHS, chronickú bronchitídu, chronické zlyhávajúce obličiek CKD KDIGO 3b pri vaskulárnej nefroskleróze, bol po NCMP a po operácii aneuryzmy infrarenálnej abdominálnej aorty s vytvorením aorto-biiliakálneho by-passu s protézou. Bol dlhoročným fajčiarom. Dňa 26. 4. 2021 bol hospitalizovaný na oddelení pneumológie a ftizeológie pre akútnu hypoxemickú respiračnú insuficienciu kombinovanej etiológie pri bilaterálnej bronchopneumónii a kardiálnej dekompenzácií. Ag test, ako aj PCR test na ochorenie COVID-19 boli negatívne. U pacienta bola zahájená adekvátna komplexná terapia vrátane podávania plnej antikoagulačnej terapie. ATB liečba viedla k regresii bronchopneumónie, pretrvávalo však hypoxemické kardiorespiračné zlyhanie nevyžadujúce UPV. Dňa 29. 4. 2021 bol pacient preložený na kardiologickú JIS kliniky vnútorného lekárstva ako prevažujúca kardiálna dekompenzácia. Pri zavedenej liečbe prišlo ku klinickému i laboratórnemu zlepšeniu zdravotného stavu a bol zvažovaný demitus. Dňa 6. 5. 2021, v deň plánovaného prepustenia, prišlo k zmene zdravotného stavu. V ranných hodinách bol pacient schvátený, dyspnoický, objektívne bol v ľavom mezogastriu prítomný hematóm po s. c. podávaní LMWH, TK bol nemerateľný, brucho bolo palpačne bolestivé v ľavom mezogastriu. Pacientovi bola odobratá krv na cito, podaný Voluven s úpravou TK a následne bol emergentne odoslaný na USG brucha za účelom vylúčenia krvácania do dutiny brušnej. V USG obraze bola prítomná kolekcia hematómu

dorzolaterálne vľavo v. s. v prednom pararenálnom priestore. Následne bolo vykonané akútne CT abdomenu a malej panvy, pri ktorom bol identifikovaný rozsiahly retroperitoneálny hematóm vľavo s aktívnym krvácaním. Po konsenze chirurga a intervenčného rádiológa bola indikovaná endovaskulárna intervencia, pri ktorej bola urobená embolizácia zdroja krvácania - a. lumbalis I. sin. Po výkone bol pacient v stabilizovanom stave preložený na JIS chirurgickej kliniky. Bezprostredný pozákrkový priebeh bol primeraný. Cca 4 hod. po endovaskulárnej intervencii došlo u pacienta k poruche vedomia, bolo zaznamenané tachypnoe a hypotenzia. Privolaný rádiológ realizoval kontrolné USG brucha, aktívny leak ani voľnú tekutinu v dutine brušnej nenašiel. Nastúpila bradykardia s náhlym zastavením obehu. V spolupráci s lekárom KAIM bola zahájená rozšírená KPR s intubáciou a UPV, prebehli 2x KPR slučky adrenalin a atropin s defibriláciou pri komorovej fibrilácii. V *poresuscitačnom období* bola u pacienta prítomná hypotenzia napriek vysokým dávkam vazopresorov, na EKG bola prítomná elektrická aktivita, obeh bol udržiavaný len noradrenalinom. Pacient bol naďalej v komatóznom stave, anurický, na UPV, bez merateľného TK. Cca 6 hod. od KPR pacient exitoval.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

Išlo o polymorbídneho pacienta, u ktorého bola dominujúcim ochorením generalizovaná ateroskleróza s prejavmi na kardiovaskulárnom aparáte, obličkách i mozgu. Počas predmetnej hospitalizácie pre kardiálnu dekompenzáciu a bronchopneumóniu s fibrotickými zmenami na pľúcach po ochorení COVID-19, nastala u pacienta komplikácia - vytvorenie retroperitoneálneho hematómu pri terapeuticko-antikoagulačnej terapii. Táto terapia, u pacienta s long COVID zmenami na pľúcach, u kardiaka s poruchami srdcového rytmu, imobilizačným syndrómom, laboratórnou odozvou (vysoký D-dimér, fibrinogén), bola plne indikovaná a pacient bol lege artis antikoagulovaný. Komplikácia je definovaná ako sekundárne ochorenie alebo stav zhoršujúci už existujúcu chorobu; respektíve ako nepriaznivý vývoj alebo dôsledok ochorenia, zdravotného stavu alebo terapie. Každá liečba aj diagnostika má svoje vedľajšie neželateľné účinky. Podstatným faktorom v predmetnom prípade bolo, že akonáhle uvedená komplikácia nastala, bola hneď diagnostikovaná a správne riešená. Ihneď bolo realizované USG aj CT brucha, pri ktorom bol identifikovaný rozsiahly retroperitoneálny hematóm s aktívnym krvácaním. Spontánny retroperitoneálny hematóm (chýbal údaj o traume) je vzácnny, ale má vysokú mortalitu, až 20 %. Vo väčšine prípadov je jeho príčinou antikoagulačná liečba, rizikovými faktormi sú aj cievne malformácie alebo pseudoaneuryzmy, ale aj arteriálna

hypertenzia. Urgentne bola realizovaná endovaskulárna intervencia s dobrým efektom. Následne došlo u pacienta k hemodynamickej nestabilite, prvotne bolo predpokladané obnovené krvácanie. Pri kontrolnom USG vyšetrení však nebol detekovateľný leak ani preukázané nové krvácanie. Náhle zastavenie obehu si vyžiadalo rozšírenú KPR, ktorá prebehla správne. V poresuscitačnom období bola u pacienta prítomná hypotenzia napriek vysokým dávkam vazopresorov, pacient bol v komatóznom stave, anurický, na UPV. Od ďalších intervencií alebo vyšetrení bolo vzhľadom na nepriaznivú a nejasnú prognózu upustené. Realizácia vyšetrení a terapeutických postupov v tejto klinickej situácii by nevedla k predĺženiu ani k záchrane života. Pokiaľ by sa tieto aktivity realizovali, môžeme ich zaradiť do kategórie márnej liečby.

ZÁVER

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

SPONTÁNNY PNEUMOTORAX

Úrad prijal podnet 31-ročnej pacientky, ktorá uvádzala, že kvôli bolestiam chrbtice musela navštíviť ortopedickú ambulanciu, kde jej údajne pri aplikácii lokálnych analgetík ošetrojúci lekár prepichol pľúca a spôsobil jej pneumotorax.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Pacientka bola dňa 8. 2. 2022 na doporučenie všeobecného lekára pre dospelých pre bolesti v oblasti hrudnej chrbtice a pod ľavou lopatkou, nereagujúce na analgetickú liečbu (Novalgin, Flector), vyšetrená na ortopedickej ambulancii dohliadaného subjektu. Pacientka bola objektívne vyšetrená, evidované bolo RTG vyšetrenie a bola indikovaná a vykonaná liečba - instilácia bolestivých spúšťacích bodov v paravertebrálnom svalstve kombináciou lokálneho anestetika (Mesocain) a kortikosteroidu (Diprophos) vľavo.

Dňa 8. 2. 2022 bola pacientka vyšetrená v APS a v ambulancii ÚPS - interná ambulancia. Podľa osobnej anamnézy, pacientka absolvovala ortopedické vyšetrenie dňa 8. 2. 2022, bola jej podaná inj. terapia Diprophos + Mesocain. Subjektívne pacientka od toho času udávala

slabosť, dušnosť po námahe a mierne bolesti na hrudníku. Objektívne pri vyšetrení saturácia 94 %, AS pravidelná, TK 100/60 mmHg a AS 94/min. Odoslaná z APS do ambulancie ÚPS do ambulancie vnútorného lekárstva. Následne bola na ambulancii pacientka vyšetrená službukonajúcim lekárom. U pacientky TK 110/60mmHg, AS 100/min. Pacientka udávala alergickú reakciu, podaná bola kortikoidná terapia, antihistaminiká. Úprava AS na 75/min., saturácia O₂ oxymetrom 97 %. Vykonané EKG vyšetrenie, laboratórne vyšetrenia a RTG hrudníka. Z vykonaných laboratórnych vyšetrení prítomná leukocytóza s neutrofiliou a lymfocytózou, ľahko pozit. D-dimér. Vykonané RTG hrudníka v AP projekcii: bránice klenuté, FC uhly voľné, hily nezväčšené, bronchovaskulárna kresba mierne zmožnená v pravom pľúcnom poli, susp. pneumotorax - prítomnosť vzduchu v pleurálnom priestore vľavo, presun mediastína smerom doprava, pľúcny parenchým bez ložiskových a čerstvých infiltratívnych zmien, srdce aortálnej konfigurácie, nedilatované. Z interného hľadiska aktuálne v rámci dyspnoe, susp. pneumotorax I. sin. a ľahko pozit. D-dimér bola pacientka indikovaná na CTag vyšetrenie pľúc, chirurgické vyšetrenie a hospitalizáciu na internom oddelení. Pacientka bola poučená o svojom zdravotnom stave, nesúhlasila s navrhnutou liečbou a vyšetrením. Svojím podpisom potvrdila poučenie. Následne bolo doporučené ambulantné CTag vyšetrenie pľúc v čo najskoršom termíne, pneumologické konzílium, pri zhoršení stavu doporučená kontrola ihneď, kontrola KO cestou obvodného lekára.

Dňa 9. 2. 2022 bola pacientka vyšetrená v pneumologickej ambulancii. Podľa ZP snímky hrudníka bol zistený kompletný kolaps ľavého hemithoraxu, dextroscoliosa. Inak vpravo pľúcne pole bez čerstvých infiltratívnych a ložiskových zmien. Bránice klenuté, f. c. uhly voľné. Srdce, trachea a mediastínium v strednom postavení. Záver: Akútny iatrogénny pneumothorax, Dextroscoliosa, M. Chronn, tabakizmus. Pacientka bola odoslaná na chirurgickú ambulanciu.

Pacientka bola hospitalizovaná na chirurgickej klinike od 9. 2. 2022 do 18. 2. 2022: „TO: Akútny príjem: Pacientka včera mala instiláciu lokálneho anestetika a kortikosteroidu paravertebrálne vľavo. Následne začala mať pocit dušnosti, bolesti na ľavej polovici hrudníka a suchý kašeľ. Na RTG snímke hrudníka je kompletný ľavostranný pneumotorax.“ Pacientka bola prijatá na chirurgickú kliniku s pneumothoraxom vľavo v dif. dg. etiológie spontánnej, resp. iatrogénnej po obstrekoch ortopédom. Vykonaná drenáž hrudníka, aktívne odsávanie TOPAZ, prvé dni odsávací tlak intermitentne do 50 ml/min., s perzistenciou plášťového PNO, po dychovej rehabilitácii pľúca rozvinuté, opakované RTG. Dňa 17. 2. 2022 drén ex, na RTG pľúca rozvinuté, v stabilizovanom stave prepustená do ambulantnej starostlivosti. Diagnóza pri prepustení: J 95.80 Pneumothorax I. sin. iatrogenes seu spontaneus.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

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

Ambulantná liečba u dohliadaného subjektu bola pacientke poskytnutá správne, podľa štandardných medicínskych algoritmov dnešnej úrovne poznania, a teda v súlade so zásadami lege artis. Instilácia bolestivých spúšťačiacich bodov („trigger point“) v paravertebrálnom svalstve kombináciou lokálneho anestetika a kortikosteroidu je jedným z možných riešení akútnych bolestí chrbtice. V posudzovanom prípade pri štandardnej instilácii analgeticko-antireumatickej zmesi (kortikosteroid a lokálne anestetikum) nemohlo dôjsť ku kompletnému kolapsu ľavého pľúcneho krídla. Objemy, ktoré sa podávajú pri injekcii sú mililitrové (maximálne do 5 ml), aj keď by sme čisto teoreticky akceptovali krajne nepravdepodobnú možnosť „prebodnutia“ hrudnej steny, podaná 5 ml dávka roztoku do pleurálnej dutiny by teoreticky mohla vyvolať lokálnu zápalovú reakciu pľúcneho tkaniva (chemickú brochopneumóniu), ale je vylúčené, aby vyvolala tak rozsiahly kolaps pľúc. Pravdepodobne v posudzovanom prípade ide o kombináciu spontánneho pneumotoraxu s postupne kolabujúcim pľúcny krídlom a alergickej reakcie na lokálne anestetikum, čomu by zodpovedali klinické príznaky a odpoveď na liečbu antihistaminikami.

ZÁVER

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

PREČO NEBOL VYKONANÝ OPERAČNÝ ZÁKROK?

Úrad prijal podnet sestry pacientky z dôvodu vážnych pochybností o správnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti na chirurgickom oddelení. Uvádza, že jej staršej sestre, napriek závažnosti nález, nebol vykonaný žiadny operačný zákrok.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

43-ročná pacientka s anamnézou ulceróznej kolitídy bola od roku 2006 dispenzarizovaná v gastroenterologickej ambulancii so striedaním období remisie a exacerbácie ochorenia. Posledná gastroenterologická kontrola bola realizovaná dňa 6. 9. 2021, kedy mala pacientka pre obtiaže horného tráviaceho traktu ordinovaný blokátor protónovej pumpy a realizované USG vyšetrenie abdomenu s nálezom: pelvická dystopia vľavo, stav po ľavostrannej adnexitómii a ováriom hraničnej veľkosti vpravo. Kolonoskopické vyšetrenia absolvovala pravidelne, posledná endoskopická kontrola bola v roku 2020, kde bol stav hodnotený ako polypoidné štádium ulceróznej kolitídy v remisii.

Dňa 24. 6. 2021 bol pacientke diagnostikovaný karcinóm ľavého prsníka a následne bola zahájená neoadjuvantná chemoterapia.

Dňa 30. 10. 2021 si pacientka začala sťažovať na bolesti brucha, ktoré sa zvýraznili natoľko, že bola dňa 5. 11. 2021 privezená posádkou rýchlej zdravotníckej pomoci na chirurgickú ambulanciu urgentného príjmu chirurgického oddelenia. Okrem bolestí udávala aj zvracanie a hnačky. RTG brucha bolo bez známkov pneumoperitonea, bez hladín, podaný bol muskulárne Almiral, prijatá bola o 13:53 hod. na lôžko chirurgického oddelenia. Podľa dokumentácie, počas hospitalizácie v jej úvode absolvovala ultrazvukové vyšetrenie brucha, kde bola v sonografickom obraze popísaná cirkulárne edematózne zhrubnutá stena colon descendens s menším tekutinovým lemom, v diferenciálnej diagnostike exacerbácia primárneho ochorenia - kolitídy. Nasledovala infúzna liečba podaním fyziologického roztoku s Dolsinom a boli odobraté hematologické, biochemické a mikrobiologické vstupné vyšetrenia. Po zahájení terapii úvodnou infúziou došlo k prechodnej úľave od bolesti, ale o 22:05 hod. si pacientka opäť sťažovala na zvýraznenie bolestí brucha. Bola následne indikovaná na CT vyšetrenie abdomenu. Záverom CT vyšetrenia realizovaného s kontrastnou látkou o 22:24 hod. boli známky pokročilej kolitídy colon descendens so známkami perforácie lúmenu do retroperitonea s plynovým depom pozdĺžne musculus psoas vľavo rozmerov 35,3 x 9,6 x 53,3 mm. Službukonajúci lekár v zázname a reakcii na výsledok CT vyšetrenia dňa 6. 11. 2021 o 00:28 hod. pridal do liečby antibiotiká - Ciprofloxacín 400 mg á 12 hodín a Metronidazol 500 mg á 8 hodín venóznou formou. Navrhol liečbu p. o. Normix 200 mg. V ďalšom priebehu pacientka spala prerušovane a udávala mierne bolesti. V ten istý deň o 04:45 hod. bola pacientka nájdená sestrou bez prítomného spontánneho dýchania, privolaný bol službukonajúci lekár, ktorý konštatoval exitus letalis.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

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

Podľa dĺžky a charakteru zhoršených obtiaží, v zmysle intenzívnych bolestí brucha sprevádzaných zvracaním a hnačkami trvajúcimi päť dní, bolo možné u pacientky predpokladať, že ide o relaps ochorenia zažívacieho traktu patriaceho do skupiny IBD (inflammatory bowel disease - zápalové ochorenie tráviaceho traktu), tým skôr, že aktuálne u nej prebiehala neoadjuvantná chemoterapia pre novodiagnostikovaný karcinóm ľavého prsníka, ktorá tak mohla negatívne ovplyvniť imunologickú odpoveď. Medzi závažné komplikácie aktívneho štádia ulceróznej kolitídy patrí krvácanie a perforácia črevnej steny. Obidve komplikácie môžu končiť fatálne, pričom si ich prítomnosť vyžaduje intenzívny monitoring a agresívnu terapiu. Perforácia črevnej steny sa manifestovala na CT vyšetrení, ktoré bolo zrealizované ešte v deň prijatia. Tým sa vysvetlila aj príčina výrazných bolestí. Insuficientná bola iniciálna terapia a aj celkový manažment starostlivosti. Chirurgické oddelenie dohliadaného subjektu disponuje tromi lôžkami na jednotke intenzívnej starostlivosti, v ktorej portfóliu je okrem iného aj starostlivosť o pacientov v septickom stave. Ten bol aj označený v Liste o prehliadke mŕtveho ako predchádzajúca príčina smrti. Pacientka mala byť umiestnená na jednotke intenzívnej starostlivosti, kde by bolo možné vykonať monitoring zdravotného stavu, vitálnych funkcií a včasné zahájenie kardiopulmocerebrálnej resuscitácie. Parenterálna liečba mala byť v takomto stave oveľa razantnejšia a s komplexnými opatreniami, ako je zavedenie permanentného katétra so sledovaním diurézy, zaistenie centrálného venózneho prístupu s monitoringom centrálného venózneho tlaku a hneď od úvodu s masívnou empirickou širokospektrálnou antibiotickou terapiou. Ak je možné predpokladať náhle zrušenie cirkulácie a nie je vylúčený urgentný operačný zákrok, je potrebné vykonať konziliárne vyšetrenia, ak už nie priamo z odboru gastroenterológie, tak minimálne interné predoperačné vyšetrenie a anestéziologické vyšetrenie. Tie neboli zrealizované. Aj keď možno za určitých podmienok pri takto sa rozvíjajúcej komplikácii základného ochorenia v úvode postupovať konzervatívne, nález jednoznačnej perforácie hrubého čreva do retroperitonea chirurgovi indukuje realizáciu včasného derivačného zákroku na zažívacom trakte, ktorý by mal zabrániť pokračovaniu kontaminácie a umožnil by vytvoriť priestor pre resuscitáciu septického šoku. Pacientka k nemu pripravovaná nebola.

ZÁVER

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientovi, dohliadaný subjekt v dohliadanom období porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že od prijatia na hospitalizáciu mala byť pacientke podávaná empirická širokospektrálna antibiotická terapia, manažment liečby septického stavu u imunokompromitovanej pacientky nebol správny, pacientka pri zhoršení zdravotného stavu a zistení CT nálezu nebola umiestnená na jednotke intenzívnej starostlivosti, nebola jej podaná dostatočná parenterálna liečba, nebol zavedený permanentný močový katéter so sledovaním diurézy, zaistený centrálny venózný prístup s monitoringom centrálného venózneho tlaku, neboli vykonané konziliárne vyšetrenia a predoperačné vyšetrenia, nebol vykonaný včasný derivačný zákrok na zažívacom trakte, napriek CT vyšetrením diagnostikovanej perforácii črevnej steny.

AJ JEDEN PARAMETER JE DÔLEŽITÝ

Úrad výkonom dohľadu prešetroval podnet manželky pacienta, ktorá dávala dohliadanému subjektu za vinu, že i napriek vykonanej preventívnej prehliadke u jej manžela, všeobecný lekár nediagnostikoval jeho závažné ochorenie, nenariadil žiadne doplňujúce vyšetrenia, až po jej osobnej urgencii v ambulancii. V podnete ďalej uviedla, že jej manžel pred preventívnou prehliadkou začal chudnúť cielene, potom však už nekontrolovateľne – viac ako 40 kg za 4 mesiace, s postupným zhoršovaním pamäťových funkcií.

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Prešetrením pri dohľade na mieste z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacienta a z písomného stanoviska dotknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti úrad zistil, že 70-ročný pacient navštívil ambulanciu všeobecného lekára dohliadaného subjektu dňa 28. 6. 2021, kde absolvoval preventívnu prehliadku.

Pacient uviedol, že brat a matka sú zdraví, otec zomrel v 73 rokoch – nevedel na čo. On sám nebýval vážnejšie chorý. V roku 2006 mu bola zistená nefrolitiáza bilat., opakovane vymočil kameň, bol sledovaný urológom, od 2008 zistený DM II na diéte + PAD; HLP zmiešaná, hyperurikémia, prechodne užíval Milurit, od narodenia bol

sledovaný pre ichtyózu. Hodnoty TK merané doma sa pohybovali v rozmedzí okolo 125 - 130/80 Torr.

Pacient udával, že t. č. nemá ťažkosti. Dýchalo sa mu dobre, nekašľal, negoval: teploty, potenie, chudnutie, bolesti na hrudníku a búšenie srdca. Trávenie, močenie, stolica boli bez ťažkostí. Za polroka schudol 18 kg (z 96 na 78 kg), kvôli redukčnej diéte.

Fyzikálnym vyšetrením bol zistený fyziologický nález vrátane auskult. nálezu na hrudníku a palpačného na bruchu, V: 179 cm; BMI: 36,5; TK: 125/65 Torr.

V laboratórnych odberoch z 9. 6. 2021 bola prítomná hraničná glykémia 5,98 mmol/l, zvýšená FW po 1. hodine 52 mm/hod., s nárastom po 2. hodine na 79 mm/hod., renálne a hepatálne parametre v norme, močový nález negatívny, bez hematúrie. V KO ľahká anémia – hodnoty Hb pod dolnou hranicou normy 127 g/l, s mikrocytózou 77,9 fl, s hraničnou monocytózou 12,7 %, ostatné parametre v ref. rozmedzí. Na EKG prítomná hraničná sínusová tachykardia 103/min. Stolica na OK negat.

V závere vyšetrenia bolo uvedené: schudnutie za pol roka 18 kg (redukčná diéta), ľahká mikrocyt. hypochrómna anémia, FW alta novozistená, tachykardia sinusová, st. p. v liečbe BB, Diabetes mellitus II. typu na diéte, dyslipidémia na diéte, st.p. obezite, hyperurikémia v dokumentácii, nefrolitiáza bilat. opak. s následným vymočením konkrementu, ale aj 2x ESWL v minulosti.

Lekár pacientovi odporučil pokračovať v nízkopurinovej diéte a skontrolovať FW a Hb o pol roka. Poučenie o zdravotnom stave a zdravotnej starostlivosti bolo pacientom podpísané.

Dňa 10. 8. 2021 sa do ambulancie všeobecného lekára dohliadaného subjektu dostavila iba manželka pacienta s dcérou. Dožadovali sa poskytnutia ďalších vyšetrení pre ich príbuzného. Podľa vyjadrenia manželky pacient odmietol ísť znovu na vyšetrenie, keďže absolvoval preventívnu prehliadku, počas ktorej nič nezistili a bola mu odporučená kontrola až o pol roka. Lekára informovali o stave pacienta. Udávali poruchy novopamäte (od 06/2021), namáhavé prehltnutie potravy, ďalšie schudnutie na 72 kg, zmenu správania v zmysle prítomnosti apatie, ospávania, grimasovania a nadávania za volantom. Pri komunikácii s pacientom sa im javilo, akoby nerozumel základným výrazom. Lekár do dokumentácie zapísal iba údaje o ichtyóze a hmotnosti - 78 kg (r. 2015 – 119 kg, úbytok 40 kg/6 rokov). Stanovil diagnózu: hmotnostný úbytok 40 kg/6 rokov, v. s. m. Alzheimer. Na záver vyšetrenia odporučil USG abdomenu pre susp. TU a neurologické vyšetrenie. Pacientovi predpísal Tiapridal a vitamín D. V ten istý deň 10. 8. 2021 o 14:17 hod. pacient absolvoval sonografické vyšetrenie brucha v inej ambulancii dohliadaného

subjektu, kde mu bola diagnostikovaná tumorózna expanzia renis I. dx. (v. s. AdenoCA) s veľkosťou cca 11 x 10 x 8 cm.

Dňa 12. 8. 2021 bol pacient hospitalizovaný na internej klinike z dôvodu dodiagnostikovania novozisteného ochorenia. Pri prijatí bolo u pacienta zaznamenané spomalené psychomotorické tempo, nevedel prečo ho hospitalizovali, udával zadýchavanie, slabosť a pobolievanie v oblasti krížov. Bol prítomný nastrieknutý oropharynx, dýchanie bilat. bazálne oslabené s krepitáciami, brucho bpn., mierne perimaleolárne edémy DK. TK: 121/62 mmHg, P: 99/min. reg., sat. O₂: 84 %.

V ten istý deň bol realizovaný vstupný RTG hrudníka s nálezom mnohopočetných metastáz do veľkosti 35 mm bilat. a susp. fluidothorax. Dňa 17. 8. 2021 boli realizované rozsiahle CT vyšetrenia - mozgu, hrudníka, brucha, malej panvy s potvrdením sonograficky stanoveného TU pravej obličky, s nálezom mnohopočetného metastatického postihnutia hrudníka a brucha. Na základe týchto vyšetrení bol dňa 18. 8. 2021 konzultovaný klinický onkológ, ktorý vzhľadom na klinický stav pacienta, celkovo zlú prognózu so zreteľom na zachovanie čo najlepšej kvality života v terminálnom štádiu ochorenia, neindikoval ďalšie vyšetrenia, ani podávanie protinádorovej liečby. Počas hospitalizácie došlo ku kvalitatívnej zmene vedomia, v zmysle zmätenosti a rozvoja demencie. Bola podávaná len symptomatická liečba. Klinický stav pacienta sa nepodarilo priaznivo ovplyvniť a dňa 23. 8. 2021 pacient exitoval.

ZISTENÉ SKUTOČNOSTI

V nadväznosti na vyššie uvedené úrad konštatoval, že dňa 28. 6. 2021 pri vyšetrení pacienta v ambulancii dohliadaného subjektu lekár realizoval súbor vyšetrení, ktoré boli v súlade s rozsahom vyšetrení pri preventívnej prehliadke pacienta podľa zákona č. 577/2004 Z. z.

Anamnestické údaje, uvedené v podnete, o subjektívnych ťažkostiach pacienta, ktoré predchádzali vyšetreniu, nie úplne korelujú s údajmi v ambulantnej správe. Odobratá a zapísaná anamnéza v zdravotnej dokumentácii hovorí iba o cielenej redukcii hmotnosti o 18 kg (z 96 na 78 kg). Vzhľadom na to, že pacient ambulantnú správu s poučením podpísal, úrad mal za to, že s jej obsahom aj súhlasil.

Fyzikálny nález, až na hraničné hodnoty TK, bol podľa zápisu prakticky normálny. Vzhľadom k nálezu TU pravej obličky takej veľkosti, ako je popísané v USG vyšetrení zo dňa 10. 8. 2021 - teda po 6 týždňoch od vyšetrenia, je vysoko pravdepodobné, že onkologické ochorenie muselo byť u pacienta prítomné už pri

preventívnej prehliadke realizovanej dňa 28. 6. 2021. To však neznamená, že fyzikálnym vyšetrením sa to dalo zistiť. Palpačné vyšetrenie a poklop brucha majú svoje limity a TU, i takéhoto rozsahu, nemusel byť palpačne rozpoznateľný. Aj v prijímacej správe z následnej hospitalizácie bol nález na bruchu hodnotený ako normálny, a to aj napriek tomu, že už vtedy pri pacientovom vyšetrení vedeli, čo patologické na pacientovi je.

Ako pochybenie úrad konštatoval vyhodnotenie zistených laboratórných nálezov, ktoré boli jedinou zachytenou patológiou. Boli zistené: vysoká sedimentácia FW: 52/79 mm a mikrocytárna anémia pri negatívnom močovom náleze (moč chemicky + sediment) a negatívnej stolici na OK, monocytóza. Plne opodstatnené bolo zopakovať laboratórne vyšetrenia v kratšom časovom horizonte, resp. indikovať doplňujúce vyšetrenia za účelom dodiagnostikovania stavu pacienta v rámci pátrania po príčine vysokej sedimentácie (napr. USG brucha, RTG hrudníka). Pacient nemal v čase preventívneho vyšetrenia diagnostikované žiadne pridružené ochorenia, ktoré by odôvodnili hodnotu FW a v súvislosti s ľahkou anémiou i mikrocytózou (predpoklad chronických strát) to malo ovplyvniť rozhodovací proces dohliadaného subjektu.

ZÁVER

V kontexte vyššie uvedených skutočností je možné konštatovať, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi došlo k pochybeniu zo strany dohliadaného subjektu. Zdravotná starostlivosť bola na základe vyššie uvedenej analýzy vyhodnotená ako poskytnutá nesprávne. Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v ústavnom zdravotníckom zariadení.

OZAJ IBA KAŠEĽ?

Úrad prešetroval podanie dcéry pacientky vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jej matke zo strany všeobecného lekára pre dospelých. V podnete podávateľka spochybňovala postup ošetrojúcej lekárky v období, kedy sa u jej mamy začali objavovať viaceré známky zhoršeného zdravotného stavu (pretrvávajúci kašeľ, problém s dýchaním, pocit dušnosti). Namietala taktiež skutočnosť, že napriek zisteným patologickým nálezom (RTG, laboratórne výsledky) nebola jej mama odoslaná na vyšetrenie k špecialistom (kardiológ), ani na ďalšie vyšetrenia (CT, MR).

ANAMNÉZA, OBJEKTÍVNE VYŠETRENIA A EPIKRITICKÉ ZHRNUTIE

Prešetrením pri dohľade na mieste, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacientky a z písomného stanoviska dotknutého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bolo zistené, že pacientka bola v starostlivosti dohliadaného subjektu od 24. 11. 1999.

Úradu bola od dohliadaného subjektu doručená dokumentácia vo dvoch formách. Elektronicky boli zaznamenané údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti v rozsahu, kde bol k dátumu ošetrenia uvedený len číselný kód diagnózy v zmysle MKCH a jednoslovne názov predpísaného lieku (bez uvedenia dávky a ďalších údajov). 1x bol zaznamenaný zoznam indikovaných laboratórnych vyšetrení. V niektorých prípadoch boli rukou osobitne písané veľmi stručné niekoľkoslovné záznamy, ktoré sú na viacerých miestach nečitateľné. V roku 2020 bola zo strany dohliadaného subjektu realizovaná len 2x (vo februári a v októbri) preskripcia lieku na hypertenziu Prestance, ktorý obsahuje kombináciu dvoch liečivých zložiek - perindopril a amlodipín. Perindopril je inhibítor ACE (angiotenzín konvertujúceho enzýmu). Amlodipín je kalciový antagonist (patrí do skupiny liečiv nazývaných dihydropyridíny). Ako diagnóza je uvedená I 10.00 - benígna primárna artériová hypertenzia, bez hypertenznej krízy. Na diagnózu dorzalgie bol 1x predpísaný liek diklofenak.

Dňa 18. 10. 2020 bola pacientka ošetrená v nemocnici po úraze ľavého zápästia - fractura radii loco typico I. sin. cum dislocationem. Zo strany dohliadaného subjektu bolo na druhý deň vystavené potvrdenie o PN. Po 12 dňoch od úrazu, dňa 30. 10. 2021 bola dohliadaným subjektom realizovaná preskripcia liekov: Aescin, Ketonal, Novalgin. Dňa 27. 11. 2021 bola odporúčaná rehabilitácia, preskripcia Anopyrin, Helicid. Dňa 29. 12. 2021 bola PN ukončená.

Dňa 24. 3. 2021 je zaznamenané, že pacientka udávala subj. 3 týždne kašeľ. Antigénový test na COVID-19 bol negatívny. Bola afebrilná. V objektívnom náleze zaznamenané: dýchanie vezikulárne, zostrené, vľavo bazálne ojedinele vrzoty; cor: akcia pravidelná, fr. 82/min., ozvy zvučné. CRP menej ako 5. Ordinované boli odbery pred preventívnou prehliadkou + vyšetrenie na infekciu chlamýdie a mycoplazmy. Preskripcia: Sumamed, Ventolin, Levocetirizin, Prestance. 24. 3. 2021 pacientka absolvovala RTG hrudníka PA so záverom: Pľúcny parenchým bez zrejmych ložiskových zmien. Bronchovaskulárna kresba akcentovaná. Bránica bilat. klenutá. Fc uhly voľné. Tieň srdca výrazne rozšírený, mediastinum bez presunu.

Dňa 29. 3. 2021 bola realizovaná preventívna prehliadka. V zázname je uvedené subjektívne pretrvávajúce izolované príznaku – kašeľ. V objektívnom náleze je uvedená nadváha (165 cm/78 kg), afebrilná,

TK 150/82 mmHg, AS 78 reg/min. Ostatný nález vrátane dýchania popísaný v norme. V rámci realizovaných odberov nález zvýšených hodnôt cholesterolu (7,16 mmol/l) a TAG (5,07 *mmol/l), znížený HDL (1,34 mmol/l), ostatné parametre v norme (glu., kreat, eGF, KM, AST, ALT, CRP, moč ch+s); KO v norme; pozit. IgA a IgG na Ch. pneumoniae, Mycopl. pneumoniae negat. Pozitívna stolica na OK. Dg. záver: M. hypertonicum II. Dyslipidémia. Preskripcia: Torvacard, Prestance, Klacid. Odporúčania neboli uvedené žiadne.

K pacientke bola v rámci dohliadaného obdobia privolaná posádka ZZS dňa 15. 4. 2021 pre „nešpecifikované dýchacie problémy“. Pri príchode na adresu pacientka udávala cca 2 hod. trvajúce dyspnoe, pálenie na hrudníku a dlhodobý kašeľ, bola pri plnom vedomí, orientovaná, komunikovala adekvátne. Zrealizované bolo vstupné vyšetrenie s nálezom akcelerovaných hodnôt krvného tlaku (170/80 torr) a miernej tachykardie (100/min.). Podaná bola antihypertenzívna liečba sublingválne a bronchodilatačná liečba inhalačne (kaptopril, salbutamol). Kontrolné vyšetrenie preukázalo úpravu hodnôt TK a pulzovej frekvencie, pacientka udávala ústup subjektívnych ťažkostí, Ag test na COVID-19 bol negatívny. Napriek poučeniu o možných rizikách pacientka odmietla prevoz do nemocnice, čo v zdravotníckej dokumentácii potvrdila svojím podpisom.

24. 5. 2021 pacientka absolvovala kolonoskopické vyšetrenie so záverom: divertikulóza v ľavom kolone. Zo strany dohliadaného subjektu preskripcia: 26. 5. 2021 - Ventolin, Prestance; 27. 5. 2021 - Neurol, Tensiomin a Normix.

Pri vyšetrení v ambulancii dohliadaného subjektu dňa 14. 6. 2021 pacientka udávala pretrvávajúce kašľa, posledné 2 týždne zhoršenie, hlavne večer. Pacientke bol predpísaný Ventolin. 10. 8. 2021 bola pacientka vyšetrená pneumoftizeológom: udávala dráždivý kašeľ od januára, viac v noci (2 - 3 hodiny musí sedieť), pískanie na hrudníku, zadýchavanie pri námahe. RTG hrudníka bez pozoruhodností. Spirometria bez vent. poruchy a bez abnormality priechodnosti dýchacích ciest. Záver: Susp. bronciálna astma?, art. hypertenzia, HLP.

Dňa 1. 11. 2021 bola k pacientke bola privolaná posádka ZZS. Dôvodom na zásah bola „porucha vedomia/kolaps“. Pri príchode na miesto zásahu bola pacientka nájdená v bezvedomí, nereagovala na oslovenie ani na algický podnet, hypotenzná (TK 80/40 torr), nepravidelný, nitkovitý pulz (68/min.), SpO₂ 97 %, glykémia 7,9 mmol/l, TT 36,7 °C, GCS 9, Ag test COVID-19 negatívny. Pacientka transportovaná do zdravotníckeho zariadenia a hospitalizovaná na neurologickej klinike. Diagnostikovaná ischemická NCMP s ľavostrannou hemiparézou, akcentovanou na HK do plégie, centrálnou léziou n. VII vľavo, globálnou afáziou, deviáciou hlavy a bulbov doprava. Potvrdený veľký nástenný trombus v oblasti truncus brachiocephalicus tesne za odstupom z aorty so závažnou stenózou.

Indikovaný a realizovaný akútny intervenčný endovaskulárny výkon. MR mozgu bolo s dominujúcim nálezom rozsiahlej akútnej červenej malárie pravej mozgovej hemisféry fronto-parieto-temporálne s presunom stredočiarových štruktúr doľava a kompresiou pravej postrannej komory s vytesnením regionálnych subarachnoidálnych priestorov. U pacientky pretrvávala ťažká ľavostranná hemiparéza akcentovaná na HK do plégie a globálna afázia. Pre vzostup zápalových parametrov preliečená ATB. Kontrolné MR mozgu nepreukázalo zlepšenie nálezu. Stav sa skomplikoval vznikom masívnej pľúcnej embolizácie potvrdenej CTpulmár Ag. Z interného hľadiska bola vhodná plná antikoagulačná liečba, avšak vzhľadom na červenú maláriu mohla byť nasadená len znížená dávka. Pre hypotenziu pacientka na kontinuálnej vazopresorickej podpore noradrenalinom. Napriek intenzívnej liečbe dochádza u pacientky k progresii stavu, dňa 15. 11. 2021 bol konštatovaný exitus letalis.

ZHODNOTENIE POSTUPU

Zdravotná starostlivosť nebola pacientke poskytnutá dohliadaným subjektom v celom rozsahu správne a v súlade s medicínskymi odporúčaniami.

Zdravotná dokumentácia vedená dohliadaným subjektom má minimálnu výpovednú hodnotu. Frekvencia návštev ambulancie sa v posledných rokoch zvýšila. V postupe a starostlivosti zo strany dohliadaného subjektu boli identifikované tieto pochybenia:

1. Pred opakovanou preskripciou pacientka nebola vôbec vyšetrená. Pri predpísanej liečbe chýba akýkoľvek komentár, z predložených materiálov nie je možné zistiť prečo, s akým terapeutickým cieľom a kvôli akému nálezu bola liečba indikovaná. Nie je uvedená ani len dávka lieku a dĺžka liečby. V údajoch o „návštevách pacientky v ambulancii dohliadaného subjektu počas roku 2020 a 2021“ sú zaznamenané nepravidelne predpisované lieky - analgetiká, bronchodilatanciá, antireumatiká, anxiolytiká alebo antiulcerózna terapia atď. Aj keď dané obdobie čiastočne spadá do obdobia pandémie ochorenia COVID-19, kedy bolo poskytovanie zdravotnej starostlivosti obmedzené, predpisovanie takého spektra liekov bez akéhokoľvek zdôvodnenia nie je možné považovať za správne.

2. Nedostatočný manažment antihypertenzívnej liečby počas celého dohliadaného obdobia. Za závažné pochybenie považoval úrad skutočnosť, že pacientke bola počas celých dvoch rokov len 2x zmeraná hodnota tlaku krvi pri predpise hypotenzív! Pacientke bol 7. 2. 2020 predpísaný liek Prestance – dvojzložkové anihypertenzívum, pri zaevidovanej diagnóze I 10 – esenciálna primárna hypertenzia. Predpísané bolo liečivo na 90 dní, no ďalšia preskripcia lieku Prestance bola realizovaná až dňa 30. 10. 2020, teda

s odstupom takmer 9 mesiacov. Cca 6 mesiacov teda pacientka neužívala žiadne lieky na zníženie tlaku krvi. Ďalší predpis lieku Prestance bol realizovaný až 24. 3. 2021 a 26. 5. 2021.

V rámci dohliadaného obdobia bol prvýkrát zmeraný TK 29. 3. 2021 v rámci preventívnej prehliadky (150/82 mmHg). Už na ďalší deň, t. j. 27. 5. 2021 bez akéhokoľvek odôvodnenia a podkladov, pri nameranej hodnote TK 127/87 mmHg, bol do antihypertenzívnej liečby pridaný Tensiomin.

Dňa 14. 10. 2021 bol pacientke ordinovaný Irbesartan, no predtým užívala Prestance. Z iných údajov celého kontextu je možné len dedukovať príčinu zmeny; v roku 2021 pacientka začala mať problém dráždivého kašľa, príčinou ktorého môže byť niekedy aj užívanie ACE-inhibítora (vedľajší nežiadúci účinok perindoprilu, ktorý je súčasťou lieku Prestance), ale takýto zásadný údaj a potrebné zdôvodnenie musí byť v dokumentácii vysvetlené, dohliadaný subjekt v dokumentácii žiadne údaje neuviedol.

Zákomom ustanovená povinnosť vedenia zdravotnej dokumentácie v predpisanej podobe má slúžiť na to, aby nedochádzalo k svojoľnej interpretácii postupov, ale aby z dokumentácie jednoznačne vyplýval spôsob vyšetrenia, diagnostiky a liečby pacienta bez možnosti dodatočného skresľovania skutočnosti. Pri otázke zmeny antihypertenzívnej liečby je ešte na mieste otázka, prečo až v októbri 2021 menila ošetrojúca lekárka lieky proti vysokému TK, ak ho považovala za príčinu dráždivého kašľa, ktorý pacientka pozorovala od januára 2021 a ošetrojúca lekárka ho evidovala od marca 2021? Ak lekárka pripustila vedľajší nežiadúci účinok lieku ako možnú príčinu kašľa, mala indikovať zmenu terapie skôr.

Pacientka nebola nikdy odoslaná na kardiologické vyšetrenie.

3. Pochybenie v postupe pri ošetrovaní po fraktúre radia I. sin. loco typico po páde a ošetrení v traumatologickej ambulancii dňa 18. 10. 2020. Pri vyšetrení v ambulancii dohliadaného subjektu nebol vôbec posúdený klinický obraz v súvislosti s poranenou končatinou (bolestivosť, cirkulačné pomery, funkčnosť končatiny, celkové príznaky atď.). Pacientke neboli dané žiadne odporúčania pre starostlivosť o zlomenú končatinu, čo pozorovať na končatine atď. Preskripcia (Ketonal - nesteroidné antireumaticum a aniflogistikum + Novalgin - analgetikum, Aescin – vazoprotektívum) bola realizovaná s odkladom o 11 dní bez dôvodu. Následná preskripcia dňa 27. 11. 2020 (Anopyrin, Helicid), po zložení sadry a odoslaní na rehabilitáciu, nemá podľa predložených záznamov opodstatnenie, preto sa musí označiť za zbytočnú a nesprávnu liečbu.

4. Nedostatočný manažment pri diagnostike pre pretrvávajúci kašeľ. Pri vyšetrení dňa 24. 3. 2021 neboli adekvátne zhodnotené anamnestické údaje. Údaj kašľa nie je nijako bližšie špecifikovaný (produktívny? dráždivý? po námahe? sprevádzaný bolesťou?), čo považujeme za zásadný problém. V objektívnom vyšetrení

všeobecná lekárka konštatovala zostrené dýchanie s bazálnymi vrzotami ojedinele vľavo, čo ju viedlo pravdepodobne k odoslaniu pacientky na RTG vyšetrenie hrudníka a vykonaniu CRP, ktoré bolo negatívne. Predpísaná bola liečba: Sumamed, Levocetirizin, Ventolin spray. Odoslanie na RTG vyšetrenie bolo správne. Dohliadaný subjekt však svoje vyšetrenie neukončil diagnostickým záverom a získané informácie neboli dostatočne vyhodnotené. Pri nízkej hodnote CRP, pri absolútnej absencii iných klinických zápalových prejavov neopodstatnene boli opätovne ordinované makrolidové antibiotiká (Sumamed). Napriek tomu, že v objektívnom náleze nebola popísaná auskultačne prítomnosť spastických fenoménov, pacientke bolo ordinované inhalačné bronchodilatans s obsahom salbutamolu (Ventolin) a z neznámych dôvodov bez akejkoľvek zmienky o alergii predpísané antihistaminikum (Levocetirizin). Ordinovanú liečbu považoval úrad za neopodstatnenú a neefektívnu.

Dňa 29.03.2021 dohliadaný subjekt vykonal pacientke preventívnu prehliadku – údaje sú vpísané do predtlačeneho formulára, miestami veľmi ťažko čitateľné. V popise subj. ťažkosť je údaj kašľa bez bližšej špecifikácie. V objektívnom náleze dohliadaný subjekt popisuje dýchanie vezikulárne, čisté, bez vedľ. fenoménov, EKG v norme. V rámci realizovaných odberov nález zvýšených hodnôt cholesterolu (7,16 mmol/l) a TAG (5,07mmol/l), znížený HDL (1,34 mmol/l), ostatné parametre v norme (glu., kreat, eGF, KM, AST, ALT, CRP, moč ch+s); KO v norme; pozit. IgA a IgG na Ch. pneumoniae, Mycopl. pneumoniae negat. Preskripcia: Torvacard, Prestance, Klacid. Preventívna prehliadka bola ukončená diagnostickým záverom: M. Hypertonicus II, Dyslipidémia, stolica na OK pozit. V odporúčaní: diéta, statíny, hypotenzíva, gastroenterologické vyšetrenie. Predložený záznam o preventívnom vyšetrení považoval úrad po formálnej stránke za štandardný, obsahoval všetky predpísané úkony, stanovený diagnostický záver a liečbu. Otáznou je hodnovernosť a kvalita realizovanej preventívnej prehliadky, kedy pacientkin stav bol vyhodnotený bez akýchkoľvek objektívnych respiračných nálezov len 5 dní po vyšetrení pre dlhotrvajúci kašeľ, kedy bola pacientke nasadená vyššie uvedená terapia. Pričom medzi subjektívnymi ťažkosťami sa kašeľ stále uvádzal a už o 3 dni bola pacientke nasadená ďalšia liečba, ktorá opätovne súvisela s respiračnými ťažkosťami.

V ďalšom časovom slede mala dňa 1. 4. 2021 pacientka predpísané antibiotikum Klacid a sirup Trifed (expektorans, mukolytikum) opätovne bez bližšieho popisu, len s číslom diagnózy „J20.0“ - „Akútna bronchitída vyvolaná Mycoplasma pneumoniae“. Diagnóza nebola stanovená správne po formálnej stránke. Chlamydia pneumoniae a Mycoplasma pneumoniae sú dva rozdielne mikroorganizmy, aj keď patria do spoločnej skupiny medzi tzv. atypické gram-negatívne

baktérie. Pacientka mala pozitívne IgA a IgG protilátky na Chlamydiu pneumoniae, protilátky na Mycoplasma pneumoniae boli negatívne.

Pri vyšetreniach dňa 26. 5. 2021 a 14. 6. 2021 bol dokumentovaný predpis Ventolin inh. Absentuje aktuálny objektívny klinický obraz, opätovne bol predpísaný liek s obsahom salbutamolu s bronchodilatačným účinkom, ktorý pacientka užívala bez efektu už 3 mesiace.

Po zhodnotení všetkých materiálov predložených na posúdenie úrad konštatoval, že postupom ošetrojúcej lekárky ako dohliadaného subjektu chýba logika, sú chaotické, nemajú potrebnú odbornú úroveň a nespĺňajú kritériá štandardne a efektívne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Zvolené postupy nemožno zaradiť do rámca štandardne a správne poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Tiež spôsob, akým všeobecná ošetrojúca lekárka postupovala pri preskripcii liekov, je vo väčšine skúmaných a hodnotených epizód neprijateľný.

Predložená zdravotná dokumentácia, zaslaná na posúdenie a vyhodnotenie podnetu nezodpovedá stanoveným zákonným kritériám. Uvedená skutočnosť vnáša dojem neistoty, pochybnosti o metódach ošetrojúcej lekárky a nevzbudzuje dôveru ani odborný kredit poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Po preštudovaní a dôkladnom posúdení všetkých materiálov, musíme jednoznačne konštatovať, že zdravotná dokumentácia o poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti nebola vypracovaná správne a v súlade s danými odporúčaniami. Záznamy sú nezrozumiteľné, neúplné, chýba súvislosť medzi subjektívnymi údajmi, objektívnym nálezom, (ak nejaký vôbec je) a diagnostickým zhodnotením, ktoré tiež v mnohých zápisoch absentuje. Predpísaná liečba nemá odôvodnenie ani žiadny komentár, preto sa javí ako nelogická, neefektívna a v konečnom dôsledku z odborného a obsahového hľadiska ako nesprávna. Pri nedostatočne popísaných anamnestických údajoch väčšinou chýba úplne, niekde čiastočne aktuálne objektívne vyšetrenie so zameraním na udávané ťažkosti. Dokumentovaný postup nie je možné v žiadnom prípade označiť za cielené vyšetrenie pacientky. Len ojedinele je zápis ukončený diagnostickým záverom, náznak prípadného diferenciálne diagnostického postupu v dokumentácii nemožno ani tušiť. Predpísaná ordinovaná liečba je v mnohých prípadoch neodôvodnená, bez snahy o cielený a efektívny prístup.

Spôsob a zvolený postup pri poskytovaní všeobecnej zdravotnej starostlivosti pacientke v sledovanom období zo strany dohliadaného subjektu bol nedostatočný, v danom prípade neboli využité všetky dostupné možnosti na správne zistenie choroby. Zdravotná starostlivosť ani liečba v posudzovanom prípade nebola poskytnutá správne.

ZÁVER

V kontexte vyššie uvedených skutočností je zrejmé, že došlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke. Zdravotná starostlivosť bola na základe vyššie uvedenej analýzy vyhodnotená ako poskytnutá nesprávne. Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

POUŽITÉ SKRATKY

AA – alergická anamnéza
ABR – acidobázická rovnováha
ACI – vnútorná mozgová tepna
ADHD – *Attention Deficit* Hyperactivity Disorder - porucha pozornosti s hyperaktívitou
AKS – akútny koronárny syndróm
amp. – ampulka/y
Ao – aortálna
AS – akcia srdca/srdcový rytmus
ATB – antibiotikum/antibioti-
AP – predozadnom
APS – ambulancia pohotovostnej služby
ARDS – syndróm akútnej respiračnej tiesne
ARO – anestéziologicko-resuscitačné oddelenie
BHP – benígna hyperplázia prostaty
bilat. – obojstranne
bpn. – bez patologického nálezu
BPTR – blok pravého Tawarového ramienka
CA – celková anestézia/onkomarker
CITO – cytologické vyšetrenie
CMP – cievna mozgová príhoda
CNS – centrálny nervový systém
COVID-19 – ochorenie spôsobené vírusom SARS-Cov-2
CPO – centrálné prijímacie oddelenie
CPZ – cela predbežného zadržania
CRP (S-CRP) – C-reaktívny proteín
CT – počítačová tomografia
CTG – kardiokardiografia
CVK – centrálny venózný katéter
ČZP – čerstvo zriedená plazma
DF – dychová frekvencia
dg. – diagnóza/y
DIC – diseminovaná intravaskulárna koagulopatia
dif. dg. – diferenciálna diagnostika
DK – dolná končatina DKK – dolné končatiny
DM – diabetes mellitus
DÚ – dýchacie ústrojenstvo
EA – epidemiologická anamnéza
EEG – elektroencefalografia
EFLK – ejekčná frakcia ľavej komory
ECHO/ECHOKG – echokardiografia
EKG – elektrokardiografia, elektrokardiogram
EMG – elektromyografia
EPS – endoskopická papilosfinkterotómia
ERCP – endoskopická retrográdna cholangiopankreatografia
Ery – erytrocyty
ESH/ESC – klinická smernica pre manažment arteriovej hypertenzie (gudelines)
FA – farmakologická anamnéza

FDG – fluorodeoxyglukózy
FIB – fibrinogén
FN – fakultná nemocnica
FR – fyziologický roztok/fotoreakcia
GA – gynekologická anamnéza
GCS – Glasgow kóma skóre
GFS – gastrofibroskopia
GMT – glutamyltransferáza
GPO – gynekologicko-pôrodnické oddelenie
HD – hemodialýza
Hb/Hg – hemoglobín
H. j. – jednotiek hustoty
HK – horná končatina (PHK/ĽHK – pravá/ľavá horná končatina)
HKT – hematokrit
HLP – hyperlipoproteinémia
CHE – cholecystektómia
CHOCHP – chronická obštrukčná choroba pľúc
ICHS – ischemická choroba srdca
inf. – infúzia
INR – pomer protrombínového času pacienta a času normálnej vzorky
IM – infarkt myokardu
IU – vnútromaternicová
i. v. – intravenózne
IVF – in vitro fertilizácie
JIS – jednotka intenzívnej starostlivosti
KA – katecholamíny
KAIM/AIM – Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny
KL – kontrastná látka
KO – krvný obraz
KP – kardiopulmonálne
KPR/KPCR – kardiopulmonálna (kardiopulmocerebrálna) resuscitácia
KPS – kalichovo-panvičkový systém
LA – liečebná anamnéza/lieková anamnéza/lokálna anesztézia
LAP – lymfadenopatia
Le (Leu, Lkc, WBC) – leukocyty
ĽIS – lumboischiadický syndróm
ĽIM – ložisková ischémia mozgu
LMWH – nízkomolekulárny heparín
LS – lumbosakrálnej/driekovokrížna
LU – lymfatické uzliny
LUTS – lower urinary tract symptoms - symptómy dolných močových ciest/poruchy močenia
l. sin. – lateris sinistri
ĽHK – ľavá horná končatina
ĽK – ľavá komora
ĽO – ľavá oblička
ĽP – ľavá predsieň
MAC – minimálna alveolárna koncentrácia
MiR – mitrálna regurgitácia
MKCH – medzinárodná klasifikácia chorôb
MM – močový mechúr
MMG – mamografia

MODS – anglická skratka multiple organ dysfunction syndrome - syndróm multiorgánového zlyhania
MR, MRI – magnetická rezonancia
MSCT – multidetektorová počítačová tomografia
mts. – metastázy
NCMP – náhla cievná mozgová príhoda
NGS – nazogastrická sonda
NsP – nemocnica s poliklinikou
NT-pro BNP/pBNP – biomarker srdcového zlyhávania
NYHA/NYHA II – klasifikácia ťažkostí pacienta pri telesnej námahe/pacient má ťažkosti pri väčšej telesnej námahe
OA – osobná anamnéza
OAIM – oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
OHI – obvod hlavičky
OHR – obvod hrudníka
ORL – otorinolaryngológia (ušné, krčné, nosné)
OUP – oddelenie urgentného príjmu
P – pulz
PA – pracovná anamnéza
PAB – punkčná aspiračná biopsia
PAD – perorálne antidiabetiká
PCOS – syndróm polycystických ovárií
PCR test – polymerázová reťazová reakcia
PCV – tlaková ventilácia
PD – pôrodná dĺžka
PDK – pravá dolná končatina
PEG – perkutánna endoskopická gastrostómia
PET – pozitronová emisná tomografia
PH – pôrodná hmotnosť
PHK – pravá horná končatina
PK – permanentný katéter
PM – posledná menštruácia
PMK – permanentný katéter
PN – práceneschopnosť
PNO – pneumotorax
PO – pravá oblička
p. p. – podľa potreby
PPI – inhibítory protónovej pumpy
PRO – pravý rebrový oblúk
PVT – príjem/výdaj tekutín
PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
RA – rodinná anamnéza
RAT – rádioterapia
RCUI – Revisio cavi uteri instrumentalis - inštrumentárna revízia dutiny maternice (tzv. kyretáž)
RDG – rádiodiagnostické oddelenie
RHB – rehabilitácia
RI – obličková nedostatočnosť
RLP – rýchla lekárska pomoc
RTG – röntgen
RZP – rýchla zdravotnícka pomoc
SARS-Cov-2 – vírus spôsobujúci ťažký akútny respiračný syndróm

s. c. – subkutánne (podkožne)
SONO – ultrasonografické vyšetrenie
SpO₂ – saturácia krvi kyslíkom
SPC – súhrn charakteristických vlastností lieku
SV, SVT – supraventrikulárny, supraventrikulárna tachykardia
sy. – syndróm
ŠŽ – štítna žľaza
TA – tabaková anamnéza
tbl. – tableta/y
th. – terapia, terapeutický
TIN – tubulointersticiálna nefritída
TK – tlak krvi
TO – terajšie ochorenie
Tr – trombocyty
TT – telesná teplota
TU – nádor
Tx – transplantácia
UPV – umelá pľúcna ventilácia
UPT – umelé prerušenie tehotenstva
URS – ureterorenoskopia
USG – ultrasonografia
ÚPS – ústavná pohotovostná služba
úrad – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
v. iliaca externa – vonkajšia bedrová žila
VAS – vertebrogénny algický syndróm
VCS – horná dutá žila
VLD – všeobecný lekár pre dospelých
VLDD – všeobecný lekár pre deti a dorast
v. s. – veri similis - pravdepodobne
VVCH – vrodená vývojová chyba
ZZS – záchranná zdravotná služba

■ www.udzs-sk.sk

Želova 2
829 24 Bratislava

ÚDZS 2023

ISBN 978-80-974128-2-1



9 788097 412821