

Kazuistiky
Úradu pre dohľad
nad zdravotnou starostlivosťou
rok 2025



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU



Obsah

1 Bez objektívneho vyšetrenia pacienta nie je možná správna diagnostika	9
2 Chýbajúca časť prsta.	12
3 Medzi dvoma mlynskými kameňmi.	15
4 Nedocenená obozretnosť lekárky	19
5 Nespokojná so službami	22
6 A čas rýchlo plynul.	27
7 Náročná práca pediatrov.	31
8 Suspektný nález na CT vyšetrení pľúc	35
9 Zvracanie s prímесou krvi	39
10 Zvýšená hladina onkomarkera	43
11 Vyšetrenie na urgentnom prijíme po páde z bicykla	47
12 Rýchly priebeh zákeřného ochorenia	51
13 Úraz dolnej končatiny v útľom veku	58
14 Nedostatočná diagnostika stavu všeobecným lekárom.	63
15 Záludnosť úrazu u pacienta v ebriete	69
16 K všeobecnému lekárovi nechodila	76
17 Nebezpečenstvo kuchynského noža	82

18 Ojedinelá komplikácia po plánovanej operácii makroadenómu hypofýzy	86
19 Škola v prírode	94
20 V hlavnej úlohe jeleň	97
21 Členok alebo achilovka?	101
22 Nerozpoznaná zlomenina krčnej chrbitce	105
23 Nesprávny manažment pacienta s krvácaním do gastrointestinálneho traktu	114
24 Plánovaná operácia polymorbídneho geriatrického pacienta	121
25 Rartiná príčina chronickej hnačky	129
Skratky	137





1 Bez objektívneho vyšetrenia pacienta nie je možná správna diagnostika

Podnetom na výkon dohľadu bolo podanie otca pacientky, ktorý sa sťažoval na nedostatočné vyšetrenie jeho dcéry na centrálnom prijíme dohliadaného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti s následkom úmrtia.

Zistené skutočnosti

37-ročná pacientka bola dlhodobo liečená antihypertenzívnou liečbou Betalocom z dôvodu vysokého krvného tlaku. Dňa 14. 8. 2023 o 18:57 hod. bola pacientka vyšetrená v ambulancii pohotovostnej služby. Subjektívne udávala, že od rána cítila preležanie v krku. Po rozhýbaní hlavy jej ťažkosti ustúpili, bez potreby užitia liekov. Počas vyšetrenia mala pacientka krvný tlak 130/79 mmHg, pulzy 65/min., bez zvýšenej teploty, vitálne funkcie boli v norme. Pri objektívnom vyšetrení bola pacientka orientovaná, jej koža bola anikterická (bez žltého zafarbenia kože), bez cyanózy (bez modrastého sfarbenia kože), nespotená, očné štrbiny boli súmerné, skléry anikterické, izokorické, očné bulby v strednom postavení, bez nystagmu, pery bez cyanózy, oropharynx (ústna časť hltanu) bez hyperémie (začervenania), tonzily nezväčšené, bez zväčšenia lymfatických uzlín, jazyk plazila stredom, nepovlečený, inervácia tvárového nervu bola symetrická. Dýchala pokojne, auskultačne bolo dýchanie vezikulárne, bez vedľajších fenoménov, akcia srdca bola pravidelná, ozvy ohraničené, brucho bolo v niveau, priehmatné, palpačne nebolestivé, bez rezistencie, tapotement bilaterálne negatívny, dolné končatiny boli bez edému a zápalu. Stanovený bol diagnostický záver — stav po Cervikokraniálnom

syndróme. Podaná bola infúzia s Novalginom. Pacientke bol odporučený pokojový režim, dostatok tekutín. Odporučená jej bola kontrola u všeobecného lekára do troch dní, v prípade zhoršenia stavu kontrola ihneď. S odstupom cca 6 hodín od predchádzajúceho vyšetrenia, dňa 15. 8. 2023 o 01:14 hod., bola pacientka vyšetrená v ambulancii centrálneho príjmu dohliadaného PZS. Subjektívne pacientka udávala bolesti krčnej chrbtice hlavne pri rotačných pohyboch hlavy od večera. Udávala, že bola ošetrená v ambulancii pohotovostnej služby, kde jej bol podaný Novalgin. Stenokardie (bolesti na hrudníku) negovala. Neodpadla, náhle sa nespotila. v minulosti podobné ťažkosti nemala. Dlhodobu užívala Betaloc na liečbu vysokého krvného tlaku. Pacientke bol podaný Almiraal. Diagnosticky bol stanovený záver: Panikultída (zápal podkožného tukového tkaniva) krku a chrbta v krčnej oblasti. Pacientke bol odporučený liek Mydocalm (liečba patologicky zvýšeného tonusu kostrového svalstva) a Flector (nesteroidový protizápalový liek) po dobu min. 5 - 7 dní, max. 14 dní, pokojový režim, telesné šetrenie, dostatok tekutín, suché teplo. Doplniť neurologické vyšetrenie v rajóne. Odporučená bola kontrola u všeobecného lekára na druhý deň. V prípade náhleho zhoršenia zdravotného stavu kontrola cestou urgentného príjmu ihneď.

V ten istý deň, 15. 8. 2023 o cca 09:00 hod., kontaktovala pacientka svojho všeobecného lekára z dôvodu elektronického predpisania lieku Betaloc. Dňa 16. 8. 2023 bola k pacientke privolaná RLP pre lapavé až chrčivé dýchanie, následne pacientka prestala dýchať. Zahájená bola najskôr laická KPR, v ktorej privolaná posádka RLP pokračovala, avšak bez úspechu. Lekárom RLP bolo konštatované úmrtie pacientky. Podľa pitevnej správy bola príčinou smrti Tamponáda srdca v dôsledku zakrvácania do osrdcovníkového vaku z trhliny steny aneurizmy hrudníkovej srdcovnice.

Zhodnotenie úradom

Úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola pacientke v ambulancii centrálneho príjmu dohliadaného PZS poskytnutá správne. Pacientka navštívila dohliadaného PZS cca po 6 hodinách od prvého ošetrenia na APS. Napriek popisovaným ťažkostiam pacientka nebola dňa 15. 8. 2023 lekárom objektívne vyšetrená. U pacientky liečenej na vysoký krvný tlak neboli zamerané ani základné vitálne funkcie (krvný tlak, pulz...). Vykonanie vyšetrenia vitálnych funkcií je minimálne časovo a technicky náročné, ktoré objektivizuje nález u pacienta. Vyšetrenie vitálnych funkcií a objektívne vyšetrenie pacienta je elementárnou a neopomenuteľnou súčasťou komplexného vyšetrenia pacienta. Precíznosť a komplexnosť vyšetrenia je bezpodmienečnou podmienkou pre naplnenie podstaty činnosti centrálneho príjmu — vylúčiť alebo potvrdiť akútne stavy a zabezpečiť adekvátnu liečbu. U pacientky nebol zahájený správny diagnostický proces k potvrdeniu alebo vylúčeniu život ohrozujúceho stavu, prípadne takýto stav stabilizovať alebo zvrátiť.

Záver

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

2 Chýbajúca časť prsta

Úrad prešetroval podnet pacienta vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zo strany ortopéda a plastického chirurga (dohliadaný subjekt). V podnete podávateľ konštatoval trvale amputovanú časť palca po úraze ruky, ktorá vznikla z dôvodu, že mu chýbajúci článok palca nebol reimplantovaný. Amputovanú časť prsta podľa slov pacienta vyhodil do koša zdravotnícky personál nemocnice.

Zistené skutočnosti

48-ročný pacient bol ošetrovaný posádkou ZZS dňa 10. 4. 2023 o 12:01 hod. po zaseknutí sekerou do palca na ľavej ruke. O 12:46 hod. bol pacient vyšetrený v traumatologickej ambulancii centrálneho príjmu s diagnózou: „Úrazová amputácia (čiastočná) v oblasti distálneho článku palca ľavej ruky v plnej šírke“. Prítomná bola rana idúca cez necht a centrálnu obnaženú časť článku palca. Po akútnom ošetrení rany bol pacient odoslaný do ambulancie plastickej chirurgie k definitívnemu ošetreniu plastickým chirurgom. Ošetrojúci lekár z Kliniky plastickej chirurgie po vyšetrení pacienta pristúpil k postupu dôkladnej dezinfekcie rany, opichu Mesocainom a následne opracoval ostré zakončenia skeletu distálneho článku prsta. Kožu po ošetrení zošil. Ranu prekryl tylom a sterilným krytím. Pacientovi odporučil antibiotiká Dalacin 300 mg cps. per os 3x denne, probiotiká, analgetiká, vazoprotektívum a špeciálne režimové opatrenia (šetriaci režim, ranu neodbalovať, udržiavať v suchu a v čistote, mechanicky nedráždiť, končatinu polohovať a nosiť v závese). Kontrola bola pacientovi odporúčaná cestou obvodného lekára, ktorý by mal zvážiť očkovanie proti tetanu, resp. preočkovanie. Kontrolu a preväz odporučil lekár realizovať v obvodnej chirurgickej ambulancii. Plastický chirurg uviedol, že pacient bol s navrhovaným postupom oboznámený a súhlasil s ním.

Zhodnotenie postupu

Zdravotná starostlivosť bola pacientovi dohliadaným subjektom poskytnutá štandardným a správnym spôsobom. Pacient bol privezený posádkou ZZS typu RZP po úraze ľavej ruky, kde bolo realizované prvé ošetrenie v adekvátnom rozsahu. Vzhľadom na typ poranenia bol pacient správne odoslaný k definitívnemu ošetreniu na špecializované pracovisko. V rámci špecializovaného pracoviska prebehlo adekvátne vyšetrenie plastickým chirurgom. Diagnostický postup a aj indikovaná liečba boli v súlade s aktuálnymi medicínskymi poznatkami. Podľa vyjadrenia posádky ZZS bol amputát odovzdaný spolu s pacientom na centrálnom prijíme v ambulancii úrazového chirurga.

Na základe predloženej zdravotnej dokumentácie nie je možné uvedené tvrdenia potvrdiť ani vyvrátiť, keďže v záznamoch v zdravotnej dokumentácii sa neuvádzajú žiadne informácie o nakladaní s amputátom.

Vyjadrenia ošetrojúcich lekárov sú v rozpore s tvrdeniami podávateľa podnetu. Úrad nemá v rámci výkonu dohľadu postavenie vyšetrovateľa a nie je oprávnený prešetrovať skutočnosti, ktoré nie sú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii.

Z medicínskeho hľadiska však nie je dôležité, kde bol amputát znehodnotený. Išlo o amputáciu v oblasti nechtovej drsnatiny distálneho článku palca ľavej ruky, s nechtom, s plne zachovanou hybnosťou a zachovanými neurocirkulačnými pomermi, replantácia jednoznačne nebola indikovaná. V tejto distálnej časti sú už cievy s veľmi malým lumenom a nie je možné urobiť ich revaskularizáciu. Vzhľadom k uvedenému by anatomické pomery neumožnili adekvátnu vitalitu tkanív.

Záver

V kontexte vyššie uvedených skutočností je zrejmé, že nedošlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi. Postupom úradu podľa zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, vykonaním dohľadu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii, ako aj z vyjadrenia dohliadaného subjektu a na základe odborného stanoviska prizvanej osoby sa preukázalo, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola poskytnutá správne a v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.



3 Medzi dvoma mlynskými kameňmi

Úrad prešetroval podnet, v ktorom sa pacientka sťažovala na lekára FBLR (fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia), že ostala bez rehabilitačnej liečby po artroskopickej operácii kolena z dôvodu neakceptovania liečby indikovanej lekárom FBLR.

Zistené skutočnosti

Pacientka dňa 18. 10. 2023 podstúpila artroskopickú operáciu pravého kolena pre léziu mediálneho menisku u PZS v rámci jednoduchovej zdravotnej starostlivosti. Zárok prebehol bez komplikácií. Stav pacientky bol po operačnom výkone stabilizovaný a pacientka bola v ten deň prepustená domov. Odporúčaná jej bola chôdza s barlami, s odľahčovaním pravej dolnej končatiny, ktorú mala polohovať, ľadovať, aktívne cvičiť členok, koxu, nosiť kompresívne pančuchy, vykonávať izometrické cvičenie. Odporúčaná jej bola liečba a kontrola nasledujúci deň.

Dňa 19. 10. 2023 bolo vykonané kontrolné ortopedické vyšetrenie, kedy pacientka udávala mierne bolesti, ktoré boli primerané pooperačnému stavu. Pri objektívnom vyšetrení bolo pravé koleno s miernym opuchom a výpotkom, rany boli pokojné, bez patologickej sekrécie, lýtko bolo bez opuchu, nebolestivé. Evakuovaných bolo 10 ml serosangvinolentného výpotku. Pacientke bolo odporúčané postupovať podľa odporúčaní v prepúšťacej správe. Pacientke bola zároveň vypísaná žiadanka na rehabilitáciu.

Dňa 26. 10. 2023, cca o 08:00 hod. navštívila pacientka ambulanciu FBLR u dohliadaného PZS. Na základe anamnézy, po preštudovaní nálezu z operačného výkonu a po objektívnom vyšetrení pacientky jej lekár FBLR naordinoval štandardný rehabilitačný program po artroskopii kolena. Uvedený rehabilitačný program obsahoval jednak liečebnú telesnú výchovu k zväčšeniu rozsahu pohybu, posilneniu svalového korzetu kolena, ale aj interferenčné prúdy s analgetickým účinkom, magnetoterapiu, bioptronovú lampu, laser s biostimulačným a regeneračným efektom a ultrazvuk k uvoľneniu poskracovaných mäkkých štruktúr. Daný rehabilitačný program bol pacientke riadne vysvetlený, bola riadne poučená o efekte fyzikálnej terapie, s ktorou súhlasila, čo potvrdila aj svojím podpisom.

V ten istý deň, 26. 10. 2023, neskôr cca o 16:42 hod., pacientka ešte absolvovala kontrolné ortopedické vyšetrenie u ortopéda, ktorý realizoval operačný výkon. Objektívne bolo koleno ešte s miernym opuchom a výpotkom. Evakuovaných bolo 10 ml serosangvinolentného výpotku. Odporúčané jej bolo odkladať barle, od víkendu postupne plný došlap, kontrola o 2 týždne, kedy jej mala byť aplikovaná viskosuplementačná liečba kyselinou hyalurónovou. Pacientke bolo odporúčané zahájiť rehabilitáciu pravého kolena ako liečebnú telesnú výchovu, mobilizácia, posilnenie dynamických stabilizátorov (príslušných svalov), ale bez použitia fyzikálnej terapie (elektroliečba, magnetoterapia, laser, ultrazvuk...), bez udania dôvodu alebo kontraindikácie uvedenej liečby.

Pacientka procedúry indikované FBLR lekárom, na ktoré bola objednaná od 3. 11. 2023 nevybrala z dôvodu, že ortopéd neodporúčal aplikáciu fyzikálnej terapie bez adekvátneho vysvetlenia. Keďže ošetrojúci lekár FBLR dané odporúčanie ortopéda bez udania adekvátneho vysvetlenia nepovažoval za kontraindikáciu k aplikácii fyzikálnej terapie, opakovane pacientku poučil o účinkoch fyzikálnej terapie. Pacientka sa však dožadovala postupu podľa ortopéda, preto sa lekár FBLR dohodol s pacientkou, že tá opätovne navštívi ortopéda, požiada ho o napísanie

možných kontraindikácií aplikácie fyzikálnej terapie v jej prípade, a potom lekár FBLR prehodnotí rehabilitačný program. Pacientka s danou správou od ortopéda však už do ambulancie FBLR neprišla.

Keďže pacientka trvala na rehabilitačnom programe stanovenom nekompetentným lekárom — ortopédom, teda lekárom bez špecializácie v odbore FBLR, lekár FBLR považoval tento postoj pacientky za prejavenie nedôvery zo strany pacientky a narušenie dôverného vzťahu lekár — pacient a vysvetlil jej ústavné právo výberu lekára a zdravotníckeho pracoviska a možnosť využitia cvičenia v iných zdravotníckych zariadeniach.

Následne pacientka vyhľadala iného PZS v odbore FBLR, u ktorého absolvovala rehabilitačnú liečbu - liečebnú telesnú výchovu, posilnenie svalstva. Kontrolné USG pravej hornej končatiny dňa 29. 9. 2023 preukázalo mierne zlepšenie nálezu, pretrvával uzáver distálnej 1/3 a. radialis l. dx. Pribudol lymfedém končatiny.

Zhodnotenie úradom

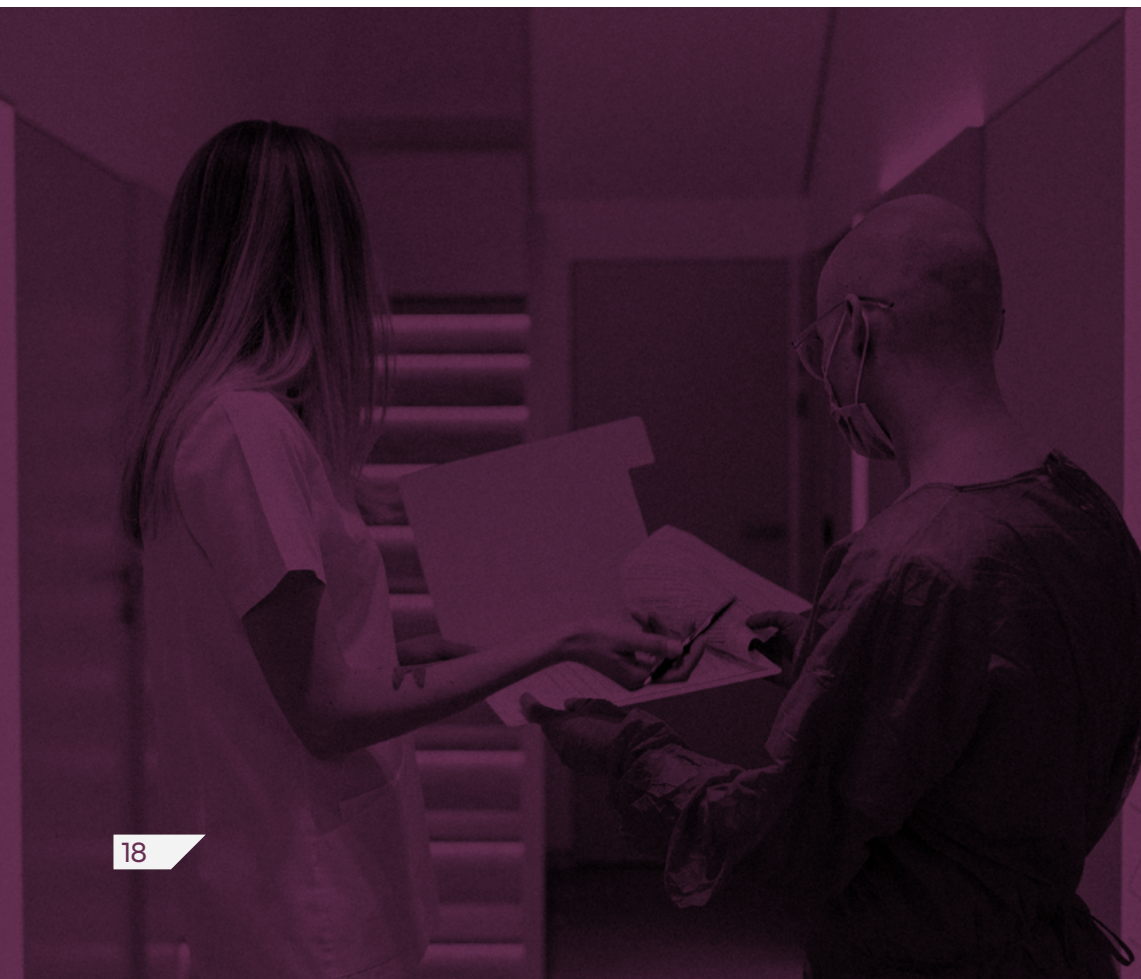
Úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť bola lekárom FBLR dohliadaného PZS poskytnutá správne.

V operačnom protokole pacientky zo dňa 18. 10. 2023 sú uvedené nálezy, ktoré neboli kontraindikáciou fyzikálnej liečby. Naopak fyzikálna liečba bola indikovaná pre svoje analgetické (protibolesti), trofotropné (vyživujúce tkanivá), antiedematózne (protiopuchové), biostimulačné a myorelaxačné (uvolnenie svalov) účinky. Fyzikálna liečba urýchlila proces pooperačného hojenia a pozitívne ovplyvnila aj liečebnú telesnú výchovu. Lekár FBLR bol kompetentný a zodpovedný za indikovanie a ordinovanie rehabilitačnej liečby, vrátane fyzikálnej liečby. Ortopéd bol ten, kto

prekročil svoje kompetencie, nakoľko bez špecializačnej skúšky v odbore FBLR nemôže rozhodovať o rehabilitačnom programe. Ak pacientka nesúhlasila s ordinovanou liečbou, mala právo zmeniť lekára a absolvovať liečbu v inom zariadení, ako aj urobila.

Záver

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



4 Nedocenená obozretnosť lekárky

Úrad prešetroval prípad na základe podnetu pacienta vo veci podozrenia na pochybenie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zo strany ambulancie všeobecného lekára (dohliadaný subjekt). V podnete podávateľ konštatoval pocit nervozity a šoku, ktoré mali vzniknúť podozrením lekárky na infarkt u pacienta a lekárkou zvoleným diagnostickým postupom.

Zistené skutočnosti

37-ročný pacient bol plánovane vyšetrený v ambulancii všeobecného lekára dňa 25. 3. 2025 k posúdeniu zdravotnej spôsobilosti na výkon práce.

Pred dohliadaným obdobím, dňa 21. 3. 2025 bol pacientovi odobratý biologický materiál (krv) na laboratórne vyšetrenie, na základe výsledkov lekárka zistila, že pacient má nalačno zvýšenú hladinu glykémie (17,14 mmol/l).

V nadväznosti na túto skutočnosť lekárka indikovala kontrolu hladiny glukózy pomocou glukometra aj dňa 25. 3. 2025, pričom výsledná hodnota glukózy v krvi bola 19 mmol/l. Z dôvodu, že pacient je diabetik na intenzifikovanej liečbe, lekárka posúdila tento stav ako dekompenzovaný diabetes mellitus.

V rámci predmetného vyšetrenia lekárka indikovala u pacienta doplnenie EKG vyšetrenia. Na EKG bol zistený nález negatívnych T-vĺn vo zvodoch

nad prednou stenou (V1-V4). V súvislosti s týmto nálezom lekárka informovala pacienta o potrebe akútneho vyšetrenia prostredníctvom CPO s cieľom vylúčiť subakútny infarkt myokardu. Pacient uvedený liečebný postup odmietol.

Na druhý deň, dňa 26. 3. 2025, pri vyšetrení v ambulancii dohliadaného subjektu pretrvávali u pacienta negatívne T-vlny na EKG. Za účelom ďalšej diagnostiky bol pacient odoslaný na internú ambulanciu poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti. Po dôkladnom vyšetrení a zhodnotení zdravotného stavu pacienta bol vznik akútneho koronárneho syndrómu u pacienta vylúčený.

Zhodnotenie úradom

Zdravotná starostlivosť bola pacientovi dohliadaným subjektom poskytnutá štandardným a správnym spôsobom. Postup v ambulancii všeobecného lekára bol v súlade s odbornými odporúčaniami, ktoré sa zameriavajú na prevenciu vzniku závažných kardiologických komplikácií.

Zo strany dohliadaného subjektu bol pacient opakovane informovaný o možných komplikáciách pri dlhodobom dekompenzovanom diabete. Diabetes mellitus je výrazný rizikový faktor kardiovaskulárnych ochorení. U diabetikov sa akútne koronárne syndrómy prejavujú často atypicky. Postup všeobecnej lekárky bol správny, v snahe predísť neskorej diagnostike infarktu myokardu u rizikového pacienta.

Záver

V kontexte vyššie uvedených skutočností je zrejmé, že nedošlo k pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi. Postupom úradu podľa zákona č. 581/2004 Z. z., vykonaním dohľadu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii, ako aj z vyjadrenia dohliadaného subjektu a na základe odborného stanoviska prizvanej osoby sa preukázalo, že zdravotná starostlivosť zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti bola poskytnutá správne, v súlade s ustanovením § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v ústavnom zdravotníckom zariadení.



5 Nespokojná so službami

Úrad prešetroval podnet podaný priamo pacientkou z dôvodu, že jej závažný zdravotný stav spojený so zlyhávaním organizmu nebol zo strany dohliadaného subjektu manažovaný správne. V podnete uviedla, že z dôvodu zlyhávania organizmu (ťažké spazmy dýchania, neúčinný dráždivý suchý kašeľ, závraty) navštívila urgentný príjem v nemocnici dohliadaného subjektu. Registrácia prebehla o 11:20 hod. O 11:40 hod. absolvovala vstupnú triáž, pričom super "odborníčka" napriek tomu, že videla, že sa dusila, zhodnotila, že všetky vitálne funkcie boli v poriadku. Napriek tomu, že sa pacientka dusila a mala ťažké záchvaty kašľa, na vyšetrenie k lekárovi sa dostala až o 16:10 hod., pričom dve verejne známe osoby nevykazujúce naliehavý stav, boli vybavené do hodiny a pol. Po vyšetrení, odbere krvi, realizácii RTG hrudníka a nasadení infúzie, ktoré dočasne zmiernili zdravotné ťažkosti, musela pacientka čakať na vyhodnotenie RTG a správu lekára do 18:35 hod. Vzhľadom na túto otrasnú skúsenosť pacientka odmietla hospitalizáciu. V podnete pacientka ďalej pohoršene konštatovala, že sa s takouto situáciou ešte nestretla, aj keď už bola nie jedenkrát hospitalizovaná v rôznych, aj súkromných nemocniciach!

Zistené skutočnosti

Prešetrením pri dohľade z údajov zaznamenaných v dostupnej zdravotnej dokumentácii pacientky a z písomného stanoviska dohliadaného PZS úrad zistil, že išlo o 75-ročnú pacientku s početnou komorbiditou (stav po akútnej bronchitíde 2 - 3/2024, chronický postinfekčný kašeľ, stav po Covid-19 2020, AH, cor hypertonicum, DM s polyneuropatiou a nefropatiou, larvovaná depresia, struma nodosa, glomerulonefritída, chronická pankreatitída, stav po CHE, HYE, APE a hernioplastike diastázy,

VAS a ďalšie diagnózy), nastavenú na liečbu Lusopres, Ibersartan, Rilmemdin, Egilok, Atoris, Escitil, Oxazepam, Brintelix, Calcii Carbonas, Kreon, Spasmed.

V rámci dohliadaného obdobia, dňa 12. 7. 2024, pacientka sama vyhľadala zdravotnú starostlivosť na OUP dohliadaného subjektu. Ako dôvod udala pretrvávajúci chronický dráždivý kašeľ, trvajúci od februára 2024, pre ktorý už bola opakovane vyšetrovaná a hospitalizovaná ako proťahovaná bronchitída na internom oddelení a pľúcnej klinike u iných PZS. Pre nelepšenie stavu chcela vyskúšať aj vyšetrenie v nemocnici dohliadaného subjektu.

Vo vyjadrení dohliadaného subjektu sa uvádza, že po registrácii pacientka prešla triážou o 11:51 hod. Keďže vstupné vyšetrenie vitálnych funkcií ukázalo fyziologické nálezy, pacientka bola zaradená do zelenej kategórie, označovanej ako štandard bez urgencie.

V lekárskej správe bol zaznamenaný začiatok klinického vyšetrenia lekárom o 14:41 hod. v rámci vyšetrenia bola zaznamenaná kompletná anamnéza, objektívne nálezy, kde boli zaznamenané okrem iného aj negatívne auskultačné nálezy na srdci a pľúcach: dychová frekvencia 20/min., SpO₂: 100 %, FiO₂: bez podpory, TT 36,5°C, TK 124/68, Pulz 81/min. Objektívny nález: Pacientka bola pri vedomí, výška 168 cm, hmotnosť 68 kg. Otvorenie očí: spontánne, verbálna odpoveď: plná orientácia, zmysluplný rozhovor, motorická odpoveď: vykonávala príslušné pohyby na želanie. Celkový vzhľad: pri vedomí, na vyšetrenie prišla sama, kašľala, hyperventilovala, výrazne agitovaná. Koža: teplá, suchá, bez diaforézy, intaktná, bez ikteru alebo cyanózy. Hlava: normocefalická, bez známkov traumy. Dýchanie: vezikulárne, čisté, bez známkov dyspnoe. Srdce: akcia pravidelná, bez šelestu. Brucho: v niveau, bez distenzie, nebolestivé. Končatiny: pulzacie hmatné, kapilárny návrat pod 2s, dolné končatiny bez edémov.

Nasledovala rozšírená laboratórna diagnostika s odbermi o 14:58 hod. Táto bola zameraná predovšetkým na vylúčenie iných príčin pretrvávajúceho kašľa, ale aj na štandardné vyšetrenie a monitorovanie aktuálneho stavu známych komorbidít. Markery akútneho zápalu, akútnej ischémie myokardu, pľúcnej embolizácie a kardiálneho zlyhávania sa však nepotvrdili. Boli zistené normálne hodnoty CRP, leukocytov, diferenciálny krvný obraz, D-diméry, NTBNP, TNT-hs. Aj RTG vyšetrenie srdca a pľúc, ktoré pacientka následne absolvovala, bolo opäť s negatívnym nálezom.

Od 15:20 hod. bola pacientka podľa vyjadrenia dohliadaného subjektu uložená na expektačné lôžko s pracovnou diagnózou syndróm chronického dráždivého kašľa. Pacientke bola podaná i. v., p. o. a inhalačná liečba (Qujacuran, Apaurin, MgSO₄, Ventolin, Hydrocortizon, Syntophyllin, Codein). Liečba bola v úvode zameraná na upokojenie alterovaného psychického stavu pacientky a následne na uvoľnenie dýchacích ciest a tlmenie dráždivého kašľa.

Po konzultácii so službukonajúcou internistkou bola pacientke navrhnutá hospitalizácia, čo pacientka odmietla. Súčasťou zdravotnej dokumentácie bolo tlačivo Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z., na ktorom pacientka vlastnoručným podpisom potvrdila, že nesúhlasila s navrhnutou hospitalizáciou.

V lekárskej prepúšťacej správe bolo zaznamenané aj odporúčanie pokračovať v nastavenej liečbe, skorá kontrola ošetrojúcim pneumológom, a v prípade zhoršenia stavu volať tiesňovú linku 155. Po prevzatí prepúšťacej správy o 18:24 hod. pacientka opustila OUP.

Zhodnotenie úradom

Pacientka sama vyhľadala zdravotnú starostlivosť na OUP dohliadaného subjektu. Ako dôvod udala pretrvávajúci chronický dráždivý kašeľ, trvajúci od februára 2024, pre ktorý už bola opakovane vyšetrovaná a

hospitalizovaná na internom oddelení a pľúcnej klinike iných PZS. Pre nelepšenie stavu chcela vyskúšať aj vyšetrenie v nemocnici dohliadaného subjektu.

Keďže vstupné vyšetrenie vitálnych funkcií ukázalo fyziologické nálezy, pacientka bola zaradená do zelenej kategórie, označovanej ako štandard bez urgencie. Podľa dohliadaného subjektu čakacia doba od triáže po vyšetrenie (2 hodiny a 50 minút) zodpovedala okrem aktuálneho zdravotného stavu pacientky (bez potreby urgencie) aj aktuálnej záťaži OUP.

V lekárskej správe bolo zaznamenané klinické vyšetrenie lekárom (pacientka bez alterácie vedomia, plne pohyblivá, afebrilná, kardiopulmonálne kompenzovaná, TK 124/68 Torr, P 81/min., saturácia O₂ 100 % pri spontánnej ventilácii bez inhalácie kyslíka aj pri záchvatoch kašľa), rozšírená laboratórna diagnostika (nepotvrdila iné možné príčiny pretrvávajúceho kašľa a preukázala normálne hodnoty CRP, leukocytov, diferenciálny krvný obraz, D-dimérov, NTBNP, TNT-hs) a rovnako negatívny nález vykázalo RTG vyšetrenie srdca a pľúc. Nálezy umožnili postaviť pracovnú diagnózu - syndróm chronického dráždivého kašľa, čo vyžadovalo ďalšiu diferenciálnu diagnostiku pre cieľnú liečbu. Preto bola pacientke navrhnutá hospitalizácia, ktorú pacientka odmietla a podpísala negatívny reverz. Po prevzatí prepúšťacej správy o 18:24 hod. opustila OUP.

V prípade pacientky nešlo o akútne zhoršenie zdravotného stavu, ani nebola v ohrození života. Napriek tomu, že pacientka vnímala svoj stav ako „zlyhávanie organizmu pre ťažké spazmy dýchania, neutíchajúci suchý dráždivý kašeľ a závraty“ jej dovtedajšia liečba nezahŕňala nič, čo by jej pomohlo liečiť tento stav. Dokonca odmietla na OUP aj internistkou odporúčenú hospitalizáciu, ktorá mohla prispieť k spresneniu diagnostiky, ale najmä k stabilizácii pľúcnych funkcií kontinuálnou cieľnou liečbou.

Práca na oddelení OUP/CPO má odlišné postupy v porovnaní s ostatnými nemocničnými oddeleniami. V odbornej literatúre sa uvádza, že v priemere sa na nízkoprahových urgentných príjmoch veľkých koncových nemocníc ošetrí cca 100 - 150 pacientov za 24 hod. a len cca 20 % z toho je hospitalizovaných, čo vyžaduje nasadenie viacerých lekárov. Z toho vyplýva, že v jednom čase je v riešení viacero pacientov, pričom poradie určuje predovšetkým ich aktuálny zdravotný stav, a teda urgentnosť ošetrovania a nie poradie príchodu pacienta. Okrem toho konziliárni lekári majú v službách na starosti aj svoje kmeňové oddelenia, preto sa môže stať, že ak nejde o urgentný stav, pacient má niekedy neoprávnený pocit zbytočného čakania.

Doba maximálneho času pobytu pacienta na OUP, do ktorého musí lekár rozhodnúť, či pacient pôjde na hospitalizáciu alebo domov, sa môže výrazne líšiť. Môže variovať od okamžitého presunu na tzv. emergency/crash room až do maximálne 24 hod. pobytu na expektačnom lôžku. Pobyt na expektačnom lôžku nie je len samoučelnou, z pohľadu pacienta nepríjemnou čakacou dobou, ale pacient je tu kontinuálne monitorovaný, čo umožňuje sledovať reakciu na podanú liečbu a zachytiť dynamiku vývoja ochorenia, a tým prispieť k správnej diagnostike a rozhodovaniu.

Pacientka strávila na OUP cca 7 hodín a takmer polovicu z tohto času bola sledovaná a liečená na expektačnom lôžku. Čas zodpovedal jej zaradeniu do zelenej, 4. skupiny - štandard bez urgencie a aktuálnej kapacitnej priepustnosti OUP, pričom nedošlo k omeškaniu poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Počas tohto obdobia pacientka bola náležite kompletne vyšetrená.

Záver

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

6 A čas rýchlo plynul

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientke aj zo strany posádky ambulancie RLP, ktorá bola privolaná k požiaru bytu. Pacientka utrpela popáleniny, ktorým neskôr podľahla. Vo vzťahu k dohliadanému subjektu matka nebohej pacientky namietala údajný oneskorený príchod záchranky a postup pri ošetrovaní.

Zistené skutočnosti

Išlo o 31-ročnú pacientku, ktorá v ranných hodinách dňa 11. 8. 2023 utrpela úraz - popáleniny a inhalačnú traumatu. Prvé tiesňové volanie ohľadom pacientky bolo uskutočnené o 06:42 hod., kedy operačné stredisko hasičského záchranného zboru žiadalo o asistenciu pri požiaru v bytovom dome. Na miesto udalosti bola o 06:44 hod. vyslaná posádka ambulancie RLP. Výjazd bol uskutočnený o 06:45 hod. Príchod na miesto udalosti bol o 07:11 hod. (vzdialenosť 25 km, zásahová skupina dosiahla miesto udalosti do 27 min. od vydania pokynu na zásah). Na mieste udalosti už bola pacientka hasičmi vyslobodená z horiaceho bytu a sedela pod mokrou dekou. Bola pri plnom jasnom vedomí, komunikujúca, následne bola transportovaná do sanitky. Od pacientky bola odobratá anamnéza a bola objektívne vyšetrená. Boli zistené popáleniny II. až III. stupňa v rozsahu cca 40 % tela (hlava, krk, hrudník, obe HKK, PDK) a inhalačná trauma. Pacientka bola orientačne neurologicky v norme, dýchacie cesty boli priechodné, auskultačný nález bol fyziologický s eupnoe, pulz bol pravidelný, plný centrálné aj periférne, akcia srdca pravidelná, zrýchlená, ozvy ohraničené, koža bledá, kapilárny návrat menej ako 2 s, TK: 130/90 mmHg, P: 125/min., DF: 16/min., sat. O₂ 97 %, GCS 15 b. Podľa dokumentácie aj vyjadrenia

sa posádka ambulancie opakovane snažila o zaistenie periférnej žily, čo však bolo neúspešné. Zlyhali aj pokusy o intraoseálny prístup a zavedenie centrálného venózneho katétra cestou v. femoralis. Bola snaha o zahájenie liečby bolesti, tlmenia vedomia a tekutinovej resuscitácie, pričom aplikácia terapie bola sťažená, niektoré lieky boli podané do svalu, iné cez nos a dýchacie cesty. Posádka ambulancie požiadala o asistenciu ambulanciu VZZS. O 08:22 hod. prijalo KOS operatívne volanie posádky ambulancie RLP s požiadavkou vyslania VZZS pre pacientku s rozsiahlymi popáleninami tela. O 08:25 hod. bola na miesto udalosti vyslaná VZZS (iného PZS). Pristátie VZZS bolo o 08:43 hod. cca 30 m od miesta udalosti. Následne poskytovali pacientke zdravotnú starostlivosť záchranári súčasne, ale napriek snahám sa opätovne nepodarilo zaistiť prístup do venózneho riečiska. O 08:45 hod. bol TK: 130/90 mmHg; P: 125/min.; sat. O2 95 %. Pacientke bol podaný Penthrox inhalačne, sedatíva a analgetiká intramuskulárne (Morphin, Calypsol, Midazolam). Lekárka VZZS sa pokúšala zaistiť dýchacie cesty, intubácia bola z dôvodu opuchu dýchacích ciest a rozsahu popálenín veľmi obtiažna. Za použitia vodiča sa jej to podarilo a bol zahájený ambuing. Správnosť intubácie bola overená auskultáciou. Pacientka mala zachovanú vlastnú dychovú aktivitu približne 13 dychov/min. a lekárka VZZS asistovala približne 2 dychmi/min. Vzhľadom na cirkulačnú stabilitu bola pacientka naložená na palubu vrtuľníka o 09:25 hod. Vzlet vrtuľníka bol o 09:27 hod. Pristátie na heliporte bolo o 09:42 hod., odovzdanie v popáleninovom centre bolo o 10:00 hod. Počas letu bola pacientka stabilizovaná (TK: 130/90... 138/91... 152/92... 110/91 mmHg, SF: 125... 139... 134... 106/min., DF: 13... 13... 13... 13/min., sat. O2 95... 95... 95... 95 %). Preberajúci lekár v popáleninovom centre bol upozornený na obtiažnu intubáciu, pri kontrole bola pomocou videolaryngoskopu verifikovaná intubácia do pažeráka a pacientka bola preintubovaná orotracheálnou kanylou. Z dokumentácie bolo zrejmé, že pred prvotnou intubáciou, počas výkonu ani po intubácii nemala pacientka pokles sat. O2 pod 95 % a bola cirkulačne stabilná. Následne prišlo napriek liečbe v dôsledku rozvoja popáleninového syndrómu a metabolického rozvratu k ťažkému

íreverzibilnému poškodeniu mozgu vs pri osmotickom demyelinizačnom syndróme. Dva mesiace po úraze pacientka zomrela.

Zhodnotenie úradom

Úrad konštatoval, že výjazd posádky ambulancie RLP dohliadaného subjektu bol realizovaný štandardným spôsobom a správne. Príchod na miesto zásahu bol v súlade s platnými legislatívnymi predpismi. Posádka ambulancie pacientku po objektívnom vyšetrení správne diagnosticky zhodnotila a správne sa pokúšala o zaistenie venózneho prístupu, aby mohli byť podané roztoky a analgosedácia i. v. a zabezpečené dýchacie cesty. Prístup do venózneho riečiska sa nepodarilo zabezpečiť. Rozhodnutie o požiadanie asistencie VZZS bolo správne, ale výrazne oneskorené. Posádka RLP dostala pokyn na výjazd o 06:44 hod. a o 07:11 hod. bola na adrese. To už bola pacientka mimo bytu. VZZS bola volaná o 08:22 hod. s prístátím o 08:43 hod. Od príchodu posádky RLP do volania VZZS uplynulo niečo vyše hodiny (1 hod. a 11 min.). Išlo o výrazné omeškanie na zavolanie VZZS, keď treba rátať aj s doletovým časom, v tomto prípade cca 20 min. Od udalosti do príchodu do zdravotníckeho zariadenia prešlo viac ako 3 hodiny (3 hod., cca 15 min.), kedy pacientka nebola dostatočne hydratovaná (vzorce na výpočet tekutín u popálených). Aj tento stav mohol viesť k následnému zhoršeniu vnútorného prostredia a metabolizmu.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období dohliadaný subjekt porušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.



7 Náročná práca pediatrov

Úradu bol doručený podnet, v ktorom matka vyjadrila podozrenie zo zanedbania zdravotnej starostlivosti o jej päťročného syna. Jeho všeobecná lekárka údajne neriešila viaceré zdravotné problémy ako oslabenú imunitu, opakované zápaly, problémy po očkovaní, bolesti brucha s pretrvávajúcimi hnačkami a pod.

Zistené skutočnosti

Dieťa sa narodilo ako fyziologický novorodenec a od narodenia bolo v starostlivosti všeobecnej lekárky pre deti a dorast dohliadaného subjektu. Zdravotná starostlivosť mu bola poskytovaná formou viacerých prezenčných vyšetrení i telefonickej a e-mailovej komunikácie medzi matkou a lekárkou. Dieťa absolvovalo všetky predpísané poradne a vo veku troch a piatich rokov preventívne prehliadky. Somatický a psychomotorický vývin bol v norme. Dieťa prekonalo viacero bežných detských ochorení ako infekcie horných dýchacích ciest, jednorazovo aj dolných dýchacích ciest, horúčkové stavy, kožné alergické reakcie, lokálne zápalové reakcie. Po očkovaní prvou dávkou MMR vakcíny (osýpky, mumps, ružienka) malo na druhý deň febrilnú reakciu, ktorá po podaní antipyretika odznela, päť dní od očkovania sa dieťa nechcelo postaviť na dolné končatiny, stav sa následne upravil. Všeobecnou lekárkou bolo priebežne odoslané na viaceré odborné vyšetrenia. Dieťa kvôli zvýšenej chorobnosti nenavštevovalo kolektív. Opakovane bolo vyšetrené aj v rámci APS pre deti a dorast, hospitalizované v ústavnom zdravotníckom zariadení nebolo.

Zhodnotenie úradom

Chorobnosť dieťaťa v sledovanom období bola primeraná veku. Vo všeobecnosti do 6-tich rokov veku je chorobnosť považovaná za primeranú, ak má dieťa 6 - 8 infekcií ročne, čo súvisí s vývojom imunity. V predmetnom prípade bol priebeh ochorenia niekedy ľahší, ale aj prolongovaný a komplikovaný bakteriálnymi infekciami. V týchto prípadoch sa fyzikálne vyšetrenie dopĺňa o mikrobiologické a laboratórne vyšetrenie alebo vyšetrenie zobrazovacími metódami na dodiagnostikovanie stavu, čo bolo u dieťaťa realizované opakovanne. Prípadne býva pacient odoslaný na odborné vyšetrenie, čo bolo taktiež realizované. V klinickom obraze dominovali skôr infekcie horného dýchacieho traktu, ktoré boli riešené podľa závažnosti stavu, symptomaticky, lokálnymi alebo celkovými ATB. Dieťa bolo odoslané na ORL a imunoalergologické vyšetrenie. Realizácia uvedených odborných vyšetrení je bežným postupom pri recidivujúcich infekciách dýchacích ciest k vylúčeniu anatomických prekážok alebo zisteniu možného alergického terénu, ktorý sa môže podieľať na zvýšenej chorobnosti dieťaťa. Z dostupnej dokumentácie nebolo evidentné, že by dieťa trpelo dlhodobými ťažkosťami zo strany gastrointestinálnej sústavy. Jednorazová hnačkovitá stolica po ATB sa dala vysvetliť dysmikrobiou spôsobenou užívaním ATB a je pomerne častým sprievodným javom ATB liečby všeobecne. Intestinálne ťažkosti v obraze hnačky a vracania trvajúce 2 dni matka konzultovala s lekárkou telefonicky, dieťa bolo liečené symptomaticky, bol aj vyšetrený moč s pozitivitou na ketolátky, ktoré sú známkou dehydratácie, ostatné parametre boli v norme. Pri kontrolnom prezenčnom vyšetrení bola konštatovaná úprava stavu, dieťa sa malo dobre, kontrolné biochemické vyšetrenie moču bolo v norme. Následne pri preventívnej prehliadke vo veku päť rokov bolo pre pretrvávajúce hnačkovité stolice realizované kultivačné vyšetrenie z konečníka s negatívnym nálezom, bola vyšetrená aj stolica na zvyšky s pozitívnym výsledkom. Dieťa bolo odoslané do gastroenterologickej ambulancie, vyšetrenie absolvovalo so záverom hnačky s hlienovými stolicami, st. p. kolikách s hlienmi v dojčenskom veku, odporúčané bolo

kontrolné vyšetrenie. Pri preventívnej prehliadke vo veku 5. rokov malo byť dieťa preočkované druhou dávkou MMR vakcíny. Toto preočkovanie je povinné a zabezpečuje dlhodobú imunitu. Matka sa v podnete vyjadrila proti očkovaniu vakcínou MMR kvôli problémom po prvej dávke. V zázname o 5-ročnej preventívnej prehliadke nebolo uvedené absolvovanie, resp. odmietnutie povinného očkovania, čo by malo byť zaznamenané a nahlásené na RÚVZ s uvedením dôvodu neočkovania dieťaťa. Absencia záznamu o povinnom očkovaní počas preventívnej prehliadky bola hodnotená ako nedostatok vo vedení zdravotnej dokumentácie. Nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti zistené neboli.

Záver

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



8 Suspektný nález na CT vyšetrení pľúc

Úradu bol doručený podnet syna 61-ročnej pacientky, ktorým požiadal o prešetrenie zdravotnej starostlivosti poskytnutej jeho matke zo strany fakultnej nemocnice. V podnete bolo uvedené, že pacientka bola od roku 2019 po kontakte s osobou s aktívnou tuberkulózou sledovaná v dispenzári pre suspektný nález na CT hrudníku, pričom každoročne podstupovala kontrolné CT vyšetrenia. V máji 2024, po epizóde výraznej námahou indukovanej dýchavice počas bežnej chôdze so synom, bolo zistené, že výsledok posledného CT vyšetrenia nebol pacientke doručený. Nasledujúci deň sa dostavili na pľúcne oddelenie, kde im bolo oznámené, že výsledok bol založený v zdravotnej dokumentácii; v popise bol uvedený centrálny pľúcny tumor s infiltráciou mediastína a podozrením na metastázy v pečeni.

Zistené skutočnosti

Odo dňa 26. 10. 2020 bola pacientka na ftizeologickej ambulancii dohliadaného subjektu evidovaná ako kontakt s aktívnou TBC. v rámci iniciálneho vyšetrenia boli realizované vyšetrenia na vylúčenie pľúcnej TBC (MTX II, T spot TB, spútum na kultiváciu, bronchoskopia s odberom BAL + cytológia, RTG PA, FVP). Aktívny špecifický proces pľúc vyšetreniami potvrdený nebol. CT realizované dňa 30. 10. 2020 (popis 5. 11. 2020) bolo s nálezom pleurálnych plakov v S1/2 a S6 vpravo bez postkontrastného vyscovania, vpravo s bodkovitým kalcifikátom; prítomné bolo hrotové zhrubnutie pleury bez zväčšených lymfatických uzlín v mediastíne. Zmeny boli hodnotené ako postinfekčné, resp. posttraumatické vs. benígneho charakteru s odporúčenou kontrolou o 12 mesiacov.

Pri vyšetrení na ambulancii dňa 23. 12. 2020 bol stav uzatvorený ako bronchopneumónia bilaterálne, etiologicky Mycoplasma pneumoniae. V januári 2021 bol CT nález identický. V marci 2022 bol pri CT, okrem stacionárneho nálezu, popísaný aj novodiferencovaný, nešpecifický zhluk solidných mikronodulov v pľúcnom parenchýme centrálne suprahilózne v S3 vpravo. Odporúčaná bola CT kontrola o 12 mesiacov. Na základe CT vyšetrenia realizovaného dňa 5. 4. 2023 (popis 16. 4. 2023) bolo zistené, že došlo k progresii veľkosti solidných nodulov podľa Fleischner klasifikácie (2022). Rádiológ odporučil realizovať kontrolné CT vyšetrenie o 3 - 6 mesiacov. Rovnaký postup bol odporúčaný aj pri vyšetrení na frízeologickej ambulancii dňa 18. 5. 2023. Pri návšteve frízeologickej ambulancie dňa 22. 11. 2023 však bolo rozhodnuté, že CT vyšetrenie a ostatné vyšetrenia (funkčné, laboratórne a T spot TB) budú vykonané až pri nasledujúcej kontrole vo februári 2024. Pri vyšetrení dňa 5. 2. 2024 sa pacientka cítila dobre, nepotila sa, nechudla, zvýšenú TT nemala, fyziologické funkcie boli v norme. Objektívne bola eupnoická, afebrilná, koža bola nespotená, bez ikteru a cyanózy, oropharynx pokojný, lymfatické uzliny na krku nezväčšené, sat. O₂ 98 %. Auskultačne bolo dýchanie vezikulárne, bez vedľajších dychových fenoménov, poklop plný, jasný, akcia srdca pravidelná, pokojná, srdcová frekvencia: 66/min. Výsledok T spot TB bol negatívny. CT vyšetrenie bolo realizované dňa 4. 3. 2024, nález bol rádiológom popísaný dňa 6. 3. 2024 ako centrálny tumor pľúc vpravo s početnými MTS infiltrátmi v hornom pľúcnom laloku vpravo, infiltrácia mediastinálnych štruktúr vpravo s významne komprimovanou VCS, mediastinálna LAP, v ľavom hile bez LAP, vs. MTS do heparu, fokálne zhrubnutia pleury bilaterálne bez evidentnej dynamiky. Pacientka bola na frízeologickej ambulancii vyšetrená až dňa 6. 5. 2024. Ambulanciu vyhľadala sama, keďže posledný týždeň pociťovala ťažkosti s dýchaním, únavu a občasný kašeľ. Na RTG snímke hrudníka bolo prítomné zatienenie v pravom hornom pľúcnom poli so zväčšeným hilom a posunom malého interlobia kraniálne, parciálna atelektáza horného laloka pri suspektnom centrálnom tumore s možnou pneumonickou infiltráciou. V tento deň bolo pneumológom zhodnotené CT vyšetrenie realizované pred 2 mesiacmi. Doporučená bola hospitalizácia za účelom dodiagnostikovania.

Dňa 9. 5. 2024 bola pacientka hospitalizovaná na oddelení pneumológie a ftizeológie, kde bolo realizované bronchoskopické vyšetrenie s nálezom obturácie hornolalokového bronchu vpravo a stenotizácie odstupu dolnolalokového bronchu s odberom materiálu na histologické vyšetrenie. Bronchoskopické excízie potvrdili malobunkový karcinóm.

Zhodnotenie úradom

Toho času 61-ročná pacientka, exfajčiarka, bola sledovaná na ftizeologickej ambulancii dohliadaného subjektu ako kontakt s aktívnym špecifickým procesom od roku 2020. Iniciálne vyšetrenia nepotvrdili akvirovaný špecifický proces, v rámci vyšetrení bolo realizované CT vyšetrenie pľúc s nálezom pleurálnych plakov v S1/2 a S6 vpravo bez postkontrastného vysycovania a hrotové zhrubnutie pleury bez zväčšených lymfatických uzlín v mediastíne. Zmeny boli hodnotené ako postinfekčné, resp. posttraumatické vs. benígneho charakteru. Pri následných kontrolných CT vyšetreniach bol nález identický, stabilizovaný. Pri CT vyšetrení dňa 5. 4. 2023 bol zistený zhuk solídnych nodulov v parenchýme centrálne suprahilózne v S3 vpravo v progresii (Fleischner klasifikácia 2022) s odporúčením rádiológa na kontrolné CT vyšetrenie hrudníka po 3 - 6 mesiacoch. Toto odporúčenie sa premietlo aj do záverečného odporúčenia pri vyšetrení pacientky na ftizeologickej ambulancii dňa 18. 5. 2023. Keď sa však pacientka dostavila o cca 6 mesiacov v novembri 2023 na kontrolu do ftizeologickej ambulancie, nebolo CT vyšetrenie indikované. Indikované bolo až pri nasledujúcej kontrole vo februári 2024, s realizáciou dňa 4. 3. 2023 a dostupným popisom dňa 6. 3. 2024. Prítomný bol centrálny tumor pľúc s infiltráciou mediastína a susp. MTS do heparu. Napriek takto závažnému nálezu nebola pacientka včas informovaná o potrebe ďalšej diagnostiky. Pacientka sa dostavila na ambulanciu až pri objavení sa klinickým príznakom cca 2 mesiace po CT vyšetrení. Podľa vyjadrenia primárky je CT vyšetrenie realizované tak, že pacientovi je vydaná žiadanka na CT vyšetrenie, pričom termín

CT vyšetrenia si dohaduje pacient sám na evidencii rádiologickej kliniky. O pridelenom termíne má pacient okamžite informovať ftizeologickú ambulanciu, nakoľko v deň CT vyšetrenia sa má pacient najskôr dostať na ftizeologickú ambulanciu na zavedenie vnútrožilovej kanyly, ktorá je nevyhnutná pri CT vyšetrení. Je poučený, že do týždňa si má volať ohľadom výsledku. Zdravotný záznam pacienta je zatiaľ uložený zvlášť v zakladači k CT vyšetreniam, priebežne sa sleduje CT výsledok, ktorý je posielaný elektronicky do systému k rodnému číslu pacienta (v papierovej podobe sa výsledky nezasielajú). Ftizeologická ambulancia nebola o termíne CT vyšetrenia zo strany pacientky informovaná a pacientka nebola pred CT vyšetrením na ambulancii na zavedenie vnútrožilovej kanyly. Pacientka sa telefonicky nedotazovala na výsledok a dostavila sa osobne až dňa 6. 5. 2024, keď sa už necítila dobre. Uvedený postup však úrad považuje za nedostatočný. V náleze z ftizeologickej ambulancie zo dňa 5. 2. 2024 mal byť uvedený termín kontroly s výsledkami, resp. poznámka, že pacient má aktívne volať na ambulanciu ohľadom výsledku vyšetrenia. Na základe zistených skutočností úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola pacientke zo strany dohliadaného subjektu poskytnutá správne. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti na ftizeologickej ambulancii, napriek preukázanej progresii solídnych nodulov v pľúcnom parenchýme na CT z 5. 4. 2023 a odporúčaniu zopakovať CT vyšetrenie v intervale 3 - 6 mesiacov, bolo kontrolné CT indikované a realizované až po 11 mesiacoch. Rovnako aj po realizácii kontrolného CT, dňa 4. 3. 2024, so závažným nálezom centrálného tumoru pľúc s infiltráciou mediastína a susp. hepatálnymi metastázami nebola pacientka včas informovaná o náleze a potrebe ďalšej diagnostiky.

Záver

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

9 Zvracanie s prímiesou krvi

Úradu bol doručený podnet sestry nebohého 40-ročného pacienta, v ktorom vyjadrila obavy z nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti jej nebohému bratovi. V podnete uviedla, že od soboty mal brat silné bolesti brucha a zvracal. V pondelok bol vyšetrený obvodným lekárom, ktorý ho odoslal približne o 10:20 hod. na gastroenterologické vyšetrenie. Sestra naposledy telefonovala s bratom o 13:19 hod., kedy sedel pred ambulanciou a čakal na sanitku. Brat nevedel zrozumiteľne rozprávať a veľmi zle dýchal. Ďalej sa jej už s bratom nepodarilo skontaktovať. Sestra telefonicky zistila, že brat nebol prevezený do nemocnice. Po privolaní mestskej polície a otvorení bytu bol brat nájdený doma na posteli mŕtvy.

Zistené skutočnosti

Pacient bol permanentne katetrizovaný a sledovaný na urológii pre retenciu moču, v minulosti podstúpil apendektómiu. Bol fajčiar, závislý od alkoholu a konzument návykových látok - pervitínu a marihuany. Dňa 12. 8. 2024 o 10:27 hod. bol pacient vyšetrený na ambulancii VLPD s údajom, že mal pred 2 dňami bolesti brucha a párkrát vracal zvratky s prímiesou krvi. Priznal nadmerné užívanie alkoholu. Realizované boli krvné odbery, ktorých vyšetrenie však absentuje - po smrti pacienta boli skúmavky s krvou nájdené v jeho byte. Bolo vykonané aj EKG vyšetrenie, ktoré vylúčilo KVS patológiu. Pacient bol odoslaný ku gastroenterológovi statim pre suspektný Mallory-Weiss syndróm a gastralgie. VLPD vo svojom vyjadrení doplnil, že cítil z pacienta alkoholický foetor, ale inak bol pacient orientovaný, komunikoval normálne a nemal žiadnu zjavnú neurologickú symptomatiku. V ten istý deň bol pacient vyšetrený na gastroenterologickej ambulancii, čas vyšetrenia v náleze uvedený nebol. Zaznamenané bolo, že od soboty mal bolesti žalúdka a zvracanie,

včera už aj zrazenú krv, od včera ožltol. Sledovaný bol na urológii, bez trvalej medikácie, alergie na lieky a potraviny neudával. Fajčil 20 cigariet denne, alkohol pil príležitostne, kávu pil jedenkrát denne. Objektívne bolo brucho palpačne bolestivé so suspektným *defense musculaire*. Záverom gastroenterologického vyšetrenia boli bolesti brucha, stav po hemateméze a ikterus. Odporučená bola racionálna diéta a pacient bol odoslaný na chirurgickú ambulanciu nemocnice so žiadosťou zváženia hospitalizácie a dodiagnostikovania hematemézy a ikteru. Na lekárskom náleze bolo rukou dopísané, že ak by bolo potrebné riešiť varixy, treba lekára kontaktovať prostredníctvom mobilného telefónu. Ošetrojúci gastroenterológ uviedol, že po samotnom vyšetrení bol postup štandardný, tak ako je zvykom na ich ambulancii, teda, že pacient bol odoslaný späť k VLPD s odporúčaniami k ďalšiemu manažmentu, nakoľko adekvátne odpovedal na otázky, nejavil známky dezorientácie, v čase vyšetrenia bol stabilizovaný, a teda nevyžadoval urgentný prevoz do nemocnice. VLPD poprel, že by sa pacient vrátil do jeho ambulancie, alebo, že by bol inak požiadaný o zabezpečenie transportu pacienta. V pitevnom protokole bolo uvedené, že úmrtie pacienta bolo konštatované v domácom prostredí dňa 13. 8. 2024 o 12:00 hod. Príčinou smrti bol krvácajúci šok, do ktorého vyústilo krvácanie z pažerákových varixov. Základnou chorobou bolo stukovatenie pečene ťažkého stupňa na podklade predpokladanej alkoholické choroby pečene. Vo vzorke krvi odobratej pri pitve bola zistená koncentrácia 0,03 g/kg (promile) etanolu. Vo vzorke moču bola negatívna reakcia na prítomnosť vybraných drog a liečiv.

Zhodnotenie úradom

Dňa 12. 8. 2024 (pondelok) o 10:27 hod. sa pacient dostavil k VLPD s dvojdňovou anamnézou bolestí brucha a zvracania krvi. Mal odobrať krv na laboratórne vyšetrenia a bol odoslaný na gastroenterologické vyšetrenie, ktoré bolo realizované v ten istý deň. Na lekárskom náleze

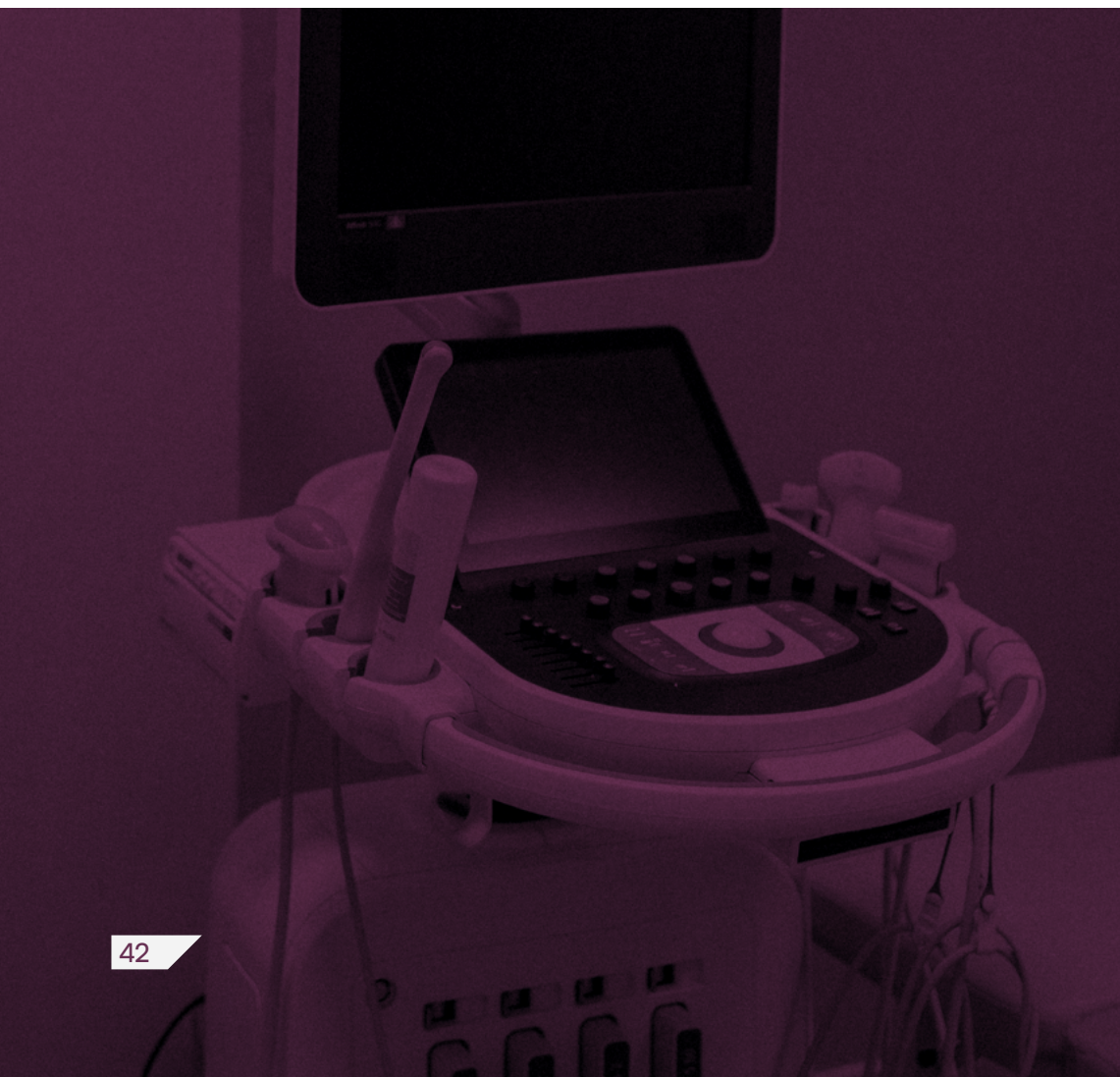
nebol uvedený čas vyšetrenia. Napriek tomu, že pacient udával bolesti brucha, vracanie krvi, objektívne mal vyslovené podozrenie na peritoneálne dráždenie - brucho palpačne bolestivé so suspektným *defense musculaire*, a ožltol, nemal vyšetrenú tepovú frekvenciu, tlak krvi, telesnú teplotu a nebol vyšetrený per rectum. So záverom: Bolesti brucha. Stav po hemateméze a Ikterus bol odoslaný na chirurgickú ambulanciu do nemocnice k zváženiu hospitalizácie a dodiagnostikovania stavu. Pacient sa do nemocnice nedostavil. Na druhý deň bol nájdený doma mŕtvy, aj so skúmvkami krvi. Nie je známe, kde boli skúmvky s krvou počas gastroenterologického vyšetrenia.

Aj pri intenzívnej liečbe má prvá ataka krvácania z pažerákových varixov letalitu 15 - 20 %. Dve tretiny chorých, ktorí v dôsledku krvácania zomrú, skonajú v prvých 24 hodinách. Hlavne v prvých piatich dňoch ja táto ataka spojená s vysokým rizikom recidívy (40 % recidív). Mechanizmus, ktorý vyvolá ruptúru pažerákových varixov, nie je známy. Môže ísť o regurgitáciu kyslej žalúdočnej šťavy so vznikom ezofagitídy, iní udávajú ako príčinu zvýšenie tlaku vo varixoch napr. pri kašli, tlaku na stolicu, pri ascíte, alebo mechanickú traumatizáciu napr. potravou, endoskopom. Niektorí zdôrazňujú, že krvácanie sa objavuje častejšie po katare dýchacích ciest alebo po aplikácii rôznych liekov - hlavne analgetík, antipyretík a antireumatík. Obvykle je však vlastná príčina ruptúry neznáma a bez alarmujúcich príznakov dôjde k masívnemu krvácaniu, ktoré môže byť niekedy aj prvým príznakom do tej doby nemej portálnej hypertenzie. Na základe analýzy a komplexného zhodnotenia poskytnutej zdravotnej starostlivosti je možné konštatovať, že postup dohliadaného subjektu pri diagnostike a liečbe pacienta nebol správny. Dohliadaný subjekt postupoval *non lege artis*. Pochybenia a nedostatky spočívali v tom, že pacient mal mať pri troch život ohrozujúcich stavoch - hemateméza, susp. *defense musculaire* a ikterus - vyšetrené vitálne funkcie t. j. hodnoty pulzu, tlaku krvi a telesnej teploty, a zároveň mal byť vyšetrený per rectum. Ani jedno z týchto vyšetrení nebolo zrealizované. Výsledky vyšetrení by upresnili, či pacient vyžaduje akútny prevoz do nemocnice alebo je

schopný dopraviť sa do nemocnice sám. Nie je isté, že akútny prevoz by zabránil smrti pacienta, ale pri adekvátnej liečbe by sa znížilo riziko fatálnych komplikácií.

Záver

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



10 Zvýšená hladina onkomarkera

Úradu bol doručený podnet, v ktorom boli vyjadrené pochybnosti o správnosti zdravotnej starostlivosti poskytnutej pacientke v rámci ambulantnej gynekologickej starostlivosti. V podnete udávala, že vzhľadom na pozitívnu rodinnú anamnézu (u matky a babky rakovina vaječníkov) jej boli pri gynekologickej preventívnej prehliadke odobraté onkomarkery. Ich hodnota bola zvýšená, o čom ju lekárka neinformovala, ani ju neposlala na kontrolný odber či podrobnejšie vyšetrenie. O rok pri ďalšej preventívnej prehliadke už bola hodnota onkomarkerov dvojnásobná. Tentokrát lekárka naordinovala kontrolný odber o mesiac a následne ju odoslala na špecializované pracovisko. Pacientka sa domnievala, že keby sa v čase prvého záchytu zvýšených onkomarkerov podrobila podrobnejším vyšetreniam, nemusel byť teraz jej stav natolko vážny.

Zistené skutočnosti

37-ročná pacientka absolvovala v období od 04/2019 do 12/2021 v ročných intervaloch pravidelné preventívne gynekologické prehliadky a nad rámec preventívnych prehliadok na žiadosť pacientky vzhľadom k pozitívnej rodinnej anamnéze aj odbery onkomarkerov a gynekologické UZV v 3 - 6 mesačných intervaloch (frekvenciu vyšetrení si pacientka určovala sama). V dohliadanom období bola dňa 12. 4. 2022 realizovaná preventívna prehliadka. Subjektívne bola pacientka bez ťažkostí. Zaznamenaná bola kompletná gynekologická anamnéza, ktorá bola až na pozitívnu rodinnú anamnézu (matka a babka Ca ovarií) bez pozoruhodností. Pacientka bola nuligravida, nulipara, neužívala žiadnu

HAK/hormonálnu liečbu. Palpačne bol uterus v AVF, normálnej veľkosti a štruktúry, nebolestivý, pohyblivý, adnexá a parametria bilaterálne boli bez patologického nálezu, rovnako ako CD. V spekulách bolo portio valcovité, hladké, nekrvácalo, realizovaný bol odber onkocytológie. Kolposkopický nález bol negatívny. TVS: uterus v AVF, normálnej veľkosti, myometrium bez ložiskových zmien, endometrium sekrečné, adnexá bilaterálne negat., CD bez voľnej tekutiny. Palpačne boli prsníky bez patologického nálezu, vydaná bola žiadanka na UZV. Realizovaný bol odber onkomarkerov. Doporučená bola ďalšia preventívna prehliadka o rok, pri ťažkostiach sa mala pacientka hlásiť ihneď. Záver bol: Gynekologický nález v norme. Dňa 21. 4. 2022 boli zaznamenané výsledky onkomarkerov: CA 19-9: 42,7 (norma 0 - 35); CA 125: 12,2; HE4: 42,3; ROMA prem.: 5,1 %; post.: 8,6 % - nízke riziko. Záver onkocytológie: NILM. Dňa 4. 10. 2022 prišla pacientka na kontrolný UZV. TVS: endometrium triplet, ovária bilaterálne a CD bez patologického nálezu. Doporučená bola pravidelná prevencia v ročných intervaloch, nasledujúca v 04/2023. Dňa 9. 5. 2023 sa pacientka dostavila na preventívnu prehliadku. Subjektívne neudávala žiadne ťažkosti. Objektívny gynekologický nález vrátane kolposkopie a TVS bol negatívny. Odobratá bola onkocytológia. Prsníky boli palpačne negatívne, vydaná bola žiadanka na UZV. Opäť bol realizovaný odber onkomarkerov. Dňa 18. 5. 2023 boli zaznamenané ich výsledky: CA 19-9: 87,8; CA 125: 10,5; HE4: 46,6; ROMA prem.: 6,2 %; post.: 8,5 % - nízke riziko. Záver onkocytológie: NILM. Doporučená bola kontrola onkomarkerov o mesiac, výsledky boli dostupné dňa 22. 6. 2023: CA 19-9: 132; CA 125: v norme; HE4: 32; ROMA prem.: 2,9 %; post.: 6,8 % - nízke riziko. Pre zvýšenú hodnotu CA 19-9 bola pacientka odoslaná do ďalšieho diferenciálne-diagnostického procesu. Po UZV brucha a kolonoskopickom vyšetrení sa v júli r. 2023 podrobila pravostrannej hemikolektómii s histologickým nálezom tubulárneho adenokarcinómu hrubého čreva s čiastočnou mucinóznou diferenciáciou. Operačnú liečbu bolo nutné v septembri r. 2023 rozšíriť o hysterektómiu, obojstrannú adnexektómiu, segmentálnu resekciu ilea a prednú manžetovú resekciu konečníka s anastomózou.

Zhodnotenie úradom

37-ročnej pacientke bola pri preventívnej gynekologickej prehliadke s inak negatívnym gynekologickým nálezom nad rámec predpísaných vyšetrení zistená zvýšená hladina onkomarkera CA 19-9. Hodnoty CA 125, HE4 a ROMA boli negatívne. Pacientka bola bez akýchkoľvek subjektívnych ťažkostí. Zvýšenie CA 19-9 bolo nesignifikantné a mohlo byť spôsobené aj mnohými neonkologickými napr. zápalovými stavmi. Onkomarker CA 19-9 nie je vhodný ako skriningová a diagnostická metóda nádorových ochorení, z tohto dôvodu nie je jeho odber pri preventívnej gynekologickej prehliadke indikovaný. Napriek tejto skutočnosti bola u pacientky v polročnom intervale vykonaná kontrolná TVS malej panvy s negatívnym nálezom. Pri ďalšej pravidelnej preventívnej prehliadke bol gynekologický nález opäť v norme, zistená bola zvýšená hladina CA 19-9 na hodnotu 87,8. Vzhľadom na už signifikantne zvýšenú hladinu bola pacientka pozvaná na kontrolný odber o mesiac, kedy bola hodnota CA 19-9: 132 a pacientka bola správne ihneď odoslaná na konziliárne vyšetrenie s následným diagnosticko-terapeutickým riešením.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke v dohliadanom období dohliadaný subjekt neporušil ustanovenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.



11 Vyšetrenie na urgentnom príjme po páde z bicykla

Úrad prešetroval poskytnutú zdravotnú starostlivosť pacientovi v súvislosti s jeho vyšetrením na urgentnom príjme dohliadaného subjektu po úraze. Podľa údajov v podaní prišiel pacient do nemocnice dňa 7. 6. 2023 po páde na bicykli. Po vyšetrení ho pustili domov. Ďalšie dni bol vo veľkých bolestiach. Až po jeho príchode domov, do ČR, sa zistilo, že na urgentnom príjme mu „zle určili diagnózu“.

Zistené skutočnosti

Dňa 7. 6. 2023 bol 48-ročný pacient, bez významného predchorobia, po úraze ošetrený na urgentnom príjme — traumatológii dohliadaného subjektu. Zistené bolo, že „utekal na bicykli pred medveďom“, išiel rýchlo dolu kopcom, spadol z bicykla, preletel cez riadidlá; udel si ľavé rameno, ľavý bok a hlavu; prilbu mal, v bezvedomí nebol, pamätal si na všetko; bolelo ho ľavé rameno a hrudník. Z objektívneho nálezu: vedomie lucídne, orientovaný, poloha aktívna, kostra bez deformít; na hlave v ľavej spánkovej oblasti abrázia kože, inervácia hlavy bez patológie, šija bez opozície, dýchanie čisté, akcia srdca pravidelná, ozvy ohraničené, koža chrpta hrudníka vľavo s početnými plošnými exkoriáciami, brucho priehmatné, nebolestivé, poklop diferencovaný bubienkový, tapotement bilaterálne negatívny, na ľavom ramene mnohopočetné exkoriácie, kontúra svalov zachovaná, palpačná bolestivosť v oblasti akromioklavikulárneho kĺbu, na pravej ruke opuch a hematóm palca, hybnosť zachovaná. Realizované boli zobrazovacie vyšetrenia: sonografické vyšetrenie brucha, RTG vyšetrenie pľúc a srdca, RTG ľavého hemitoraxu, CT vyšetrenie hlavy v native, RTG vyšetrenie ľavého ramena a pravej ruky. Z nálezov

zobrazovacích vyšetrení: ľavý hemitorax bez čerstvých traumatických zmien; pľúca, srdce, bránica, frenikokostálne uhly bez patologických zmien; ľavé rameno - luxácia akromioklavikulárneho kĺbu TOSSY I; pravá ruka - fraktúra palca v oblasti bázy distálneho falangu bez dislokácie; CT hlavy bolo bez evidentných čerstvých traumatických zmien mozgu, neurokranium bez evidentnej traumy; sonografické vyšetrenie brucha bez evidentných traumatických zmien orgánov dutiny brušnej. Pacient mal podaný Almira 75 mg i. m., ošetrovanie exkoriáciou Betadinom, krytie, obväz na lakeť, ľavá horná končatina do závesu, na palec naložená dlažka. Diagnostický záver: luxácia akromioklavikulárneho kĺbu vľavo TOSSY I, kontúzia ľavého hemitoraxu s exkoriáciami kože, kontúzia brušnej steny vľavo s exkoriáciami kože, fraktúra distálneho falangu palca pravej ruky, kontúzia temporálnej oblasti hlavy vľavo s exkoriáciami kože. Pacient mal odporučený pokojový režim, bežné analgetiká podľa potreby, ľavú hornú končatinu nosiť v závese, bez fyzickej záťaže cca 4 týždne, kontrolu o týždeň alebo pri ťažkostiach skôr.

Dňa 13. 6. 2023 bol pacient vyšetrený v úrazovej ambulancii fakultnej nemocnice v ČR. Udal bol bolesti vystreľujúce do pravej hornej končatiny, bolesti boli aj pokojové, vystreľujúceho, bodavého charakteru. Objektívne: krčná chrbtica - koža intaktná, bez opuchu, hematómu, ľahká palpačná bolestivosť v oblasti hornej hrudnej chrbtice nad processu spinosi, paravertebrálne bolesti ľahké, na periférii bez neurocirkulačného deficitu, propagácia bolesti do pravej hornej končatiny a paravertebrálne vpravo v oblasti krčnej chrbtice. Na aktuálnom RTG krčnej chrbtice supponovaná abrupcia tela C4 ventrálne. Na CT vyšetrení krčnej a hornej hrudnej chrbtice potvrdená drobná abrupcia dolného predného okraja tela stavca C4, fraktúra spinóznych výbežkov stavcov Th2-4, osteochondróza C4/5, C5/6, C6/7 s dorzálnym bulgingom medzistavcového disku a osteofytmi, stenóza neuroforaminov C4-7 bilaterálne. Pacient mal naložený Philadelphia golier, odporučený pokojový režim, ľadovanie, analgetiká podľa potreby.

Pri kontrole dňa 20. 6. 2023 bola objektívne chrbtica pokojná, palec s opuchom a minimálnym hematómom. Pacient mal k dispozícii aj nález absolvovaného MR vyšetrenia chrbtice so záverom subakútna fraktúra spinóznych výbežkov Th2, Th3, Th4, mierny edém interspinózne Th1/Th2, lig. interspinosa bez ruptúry, drobný okrsok edému ventrálnej časti dolnej krycej plochy C4 pri menšej abrupcii. RTG palca pravej ruky bolo s priaznivým postavením, popísaná nevýznamná angulácia distálneho článku palca pravej ruky. Odporúčený bol ďalej šetriaci režim, pevný límec, ortéza na palec.

Pri kontrole o 6,5 týždňa po úraze, dňa 21. 7. 2023, pacient bolesti nemal. Krčná chrbtica bola bez paravertebrálneho spazmu, rotácie nebolestivé, akromioklavikulárne spojenie vľavo palpačne nebolestivé, bolestivosť v záťaži, palec pravej hornej končatiny bez opuchu, hybnosť voľná, nebolestivá. Na RTG postavenie v zlomenine distálneho článku palca pravej ruky dobré; vľavo luxácia akromioklavikulárneho kĺbu TOSSY II. Pacientovi bolo odporúčené už nenosiť límec, pomaly sa rozcvičovať. Po absolvovaní rehabilitačnej liečby pacient udával pretrvávajúce bolesti ľavého ramena, v januári 2024 bol indikovaný k operačnému riešeniu.

Zhodnotenie úradom

Pacient bol po páde z idúceho bicykla, kedy preletel cez riadidlá, vyšetrený na UP traumatológia dohliadaného subjektu. Úrad konštatoval, že pacient bol riadne klinicky vyšetrený a mal realizované zobrazovacie vyšetrenia, ktoré boli správne vyhodnotené. Zistené poranenia mal adekvátne ošetrené. Na základe údajov o mechanizme úrazu mala byť vyšetrená aj chrbtica - klinicky aj zobrazovacím vyšetrením (RTG alebo CT). Súčasne úrad konštatoval, že neskôr zistené poranenie chrbtice u pacienta nebolo vážne.

Záver

Výkonom dohľadu na diaľku úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Na základe údajov o mechanizme úrazu mala byť vyšetrená aj chrbtica - klinicky aj zobrazovacím vyšetrením (RTG alebo CT).



12 Rýchly priebeh zákerného ochorenia

Úrad prešetroval poskytnutú zdravotnú starostlivosť zosnulej pacientke zo strany interného oddelenia v súvislosti s realizáciou biopsie pečene dňa 13. 8. 2024, kedy došlo k jej úmrtiu. Žiadosť o prešetrenie podala dcéra zosnulej pacientky, ktorá uviedla, že k výkonu biopsie z pečene nedala jej mama súhlas, čo má dokazovať aj žiadanka na USG vyšetrenie, kde nie je podpis jej mamy. Po výkone im lekári povedali, že „vzorka dopadla veľmi dobre“ a o niekoľko hodín jej mama zomrela. Príbuzní podali trestné oznámenie na políciu a bola nariadená súdna pitva. Podávateľka uviedla, že v správe o úmrtí, ktorú dostali v nemocnici, bol ako dôvod úmrtia uvedený zhubný nádor na pečeni, avšak podľa pitvy bolo príčinou úmrtia zlyhanie srdca a dýchania v dôsledku metabolického rozvratu organizmu. Príbuzní preto požiadali o prešetrenie, či nebola príčina úmrtia pacientky iná — následok po odobratí vzorky alebo poškodenie iného orgánu pri odbere vzorky.

Zistené skutočnosti

Išlo o 53-ročnú pacientku, ktorá sa podľa údajov v dostupnej dokumentácii liečila na artériovú hypertenziu, depresívnu poruchu, echokardiograficky mala potvrdenú nezávažnú mitrálnu regurgitáciu. Podľa záznamov všeobecnej lekárskej pacientka na kontroly špecialistom chodila nepravidelne alebo vôbec, v jej ambulancii si nechávala predpisovať antihypertenzívnu medikáciu alebo liečbu pri akútnych ťažkostiach (infekcie dýchacích ciest, vertebrogénne ťažkosti). U pacientky bola pozitívna rodinná anamnéza onkologických ochorení — otec zomrel na nádor pľúc, teta na nádor pečene. Pacientka bola fajčiarka.

Zo záznamov v dokumentácii všeobecnej lekárky vyplýva, že intermitentne bola pacientka neplatičom zdravotného poistenia.

Dňa 21. 5. 2024 pacientka navštívila všeobecnú lekárku pre bolesti za hrudnou kosťou a bolesti v podrebriach, silný kašeľ. V tom čase bola dlžníkom na zdravotnom poistení, všeobecná lekárka odporučila v prípade pretrvávania ťažkostí interné vyšetrenie v nemocnici.

Z údajov v zdravotnej dokumentácii vyplýva, že dňa 21. 7. 2024 vo večerných hodinách bola pacientka pre bolesti brucha vyšetrená v ambulancii centrálneho príjmu v nemocnici v blízkosti jej bydliska - záznam z vyšetrenia sa v dostupnej dokumentácii nenachádza, k dispozícii sú iba laboratórne výsledky s nálezom zvýšených hepatálnych enzýmov s dominanciou obštrukčných enzýmov (AST 2,32 μ kat/l, ALT 1,08 μ kat/l, GMT 14,32 μ kat/l, ALP 4,18 μ kat/l), konjugovaný bilirubín 11 μ mol/l pri normálnej hodnote celkového bilirubínu, CRP 31,7 mg/l, INR 1,4.

Dňa 22. 7. 2024 sa pacientka dostavila do chirurgickej ambulancie dohliadaného subjektu pre pretrvávajúce bolesti brucha v pravom podrebrí, udávala, že trvajú asi týždeň. Evidované boli laboratórne výsledky z predchádzajúceho dňa, realizované u iného poskytovateľa. Klinicky bola pri vyšetrení brucha prítomná veľká hmatná rezistencia v pravom podrebrí — v. s. hepatomegália. Klinický nález potvrdilo aj doplnené sonografické vyšetrenie brucha s nálezom výraznej hepatomegálie s mnohopočetnými ložiskami, ktoré imponovali ako metastatické, s odporúčením dodiagnostikovania CT vyšetrením. Chirurg odporučil interné vyšetrenie s dodiagnostikovaním stavu.

Na interné oddelenie dohliadaného subjektu k diff. dg. a liečby hepatopatie bola pacientka prijatá dňa 24. 7. 2024. Obehovo bola stabilizovaná, mobilná, afebrilná, bez ikteru a cyanózy, v lokálnom náleze na bruchu bola palpačná bolestivosť v pravom mezogastriu, kde

bola hmatná rezistencia siahajúca až do oblasti umbilika. V aktuálnych laboratórnych výsledkoch stacionárne elevované hepatálne enzýmy, ľahko zvýšený konjugovaný aj celkový bilirubín, celkové bielkoviny a albumín na dolnej hranici normy, CRP 36 mg/l, INR 1,51. Pacientka mala ordinovanú spazmolytickú a antiemetickú infúziu liečbu. Pre sklon k hypotenzii mala upravenú hypotenzívnu medikáciu.

Dňa 25. 7. 2024 pacientka absolvovala u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti CT vyšetrenie hrudníka, brucha a malej panvy, ktoré potvrdilo výraznú hepatomegáliu (pravý lalok pečene siahal až do malej panvy) s nehomogénnou denzitou parenchýmu s difúznou ložiskovou prestavbou — ložiská mali najskôr charakter metastáz neznámeho origa, menej imponovali ako infiltratívny hepatocelulárny karcinóm. K liečbe bol ordinovaný Mabron, káliumsubstitúcia. Dňa 26. 7. 2024 sa realizovalo gastrofibroskopické vyšetrenie - s primeraným nálezom. Realizované bolo aj vyšetrenie onkomarkerov: AFP, CEA, Ca72-4, Ca19-9 a Ca125 boli v norme, CYFRA v norme, hraničné boli hodnoty HCG a NSE.

Na 29. 7. 2024 sa plánovala biopsia pečene. V dokumentácii sa nachádza pacientkou podpísaný informovaný súhlas s realizáciou tohto výkonu. V aktuálnych laboratórnych parametroch boli prakticky stacionárne elevované hepatálne enzýmy, zaznamenaná bola hypoalbuminémia (24 g/l), v krvnom obraze anémia ľahkého stupňa (112 g/l) a trombocytopénia (Tromb 90 x 10⁹/l). Vzhľadom na známky koagulopatie (INR 1,63) mala pacientka v tento deň podaný Kanavit a čerstvú mrazenú plazmu a plánovaný výkon bol odložený. Dňa 30. 7. 2024 bolo v dekurznom zázname uvedené, že pacientka s výkonom nesúhlasí. V tento deň bola prepustená do ambulantnej starostlivosti s odporúčením hlásiť sa na ambulancii ohľadom hospitalizácie a realizácie diagnostickej punkcie pečene dňa 5. 8. 2024. V liečbe mala odporučený Mabron a Kanavit.

Pacientka sa dostavila na hospitalizáciu na interné oddelenie dohliadaného subjektu dňa 5. 8. 2024. Udávala celkovú slabosť, nechutenstvo, pocit sťaženého nádychu. Objektívne evidovaný subikterus kože a ikterus sklér, pretrvávajúca tvrdšia hmatná pečeň siahajúca až pod pupok do malej panvy. Vstupne bola laboratórne zaznamenaná hraničná natriémia (129 mmol/l), CRP 53 mg/l, hypoproteinémia (47 g/l) a hypoalbuminémia (21,5 g/l) a elevácia hepatálnych enzýmov (AST 25 μ kat/l, ALT 8,11 μ kat/l, GMT 8,79 μ kat/l, ALP 4,14 μ kat/l), významne zvýšený celkový aj konjugovaný bilirubín (celkový 146 μ mol/l, konjugovaný 91 μ mol/l), progresia koagulopatie (INR 2,31, fibrinogén 1,22 g/l), v krvnom obraze Hgb 105 g/l, Tromb 77 x 10⁹/l. Pacientka mala ordinovanú infúziu analgetickú liečbu a vitamín K intravenózne v infúzii, z chronickej liečby mala ordinovanú hypotenzívnu medikáciu. Prvé dni hospitalizácie bol stav pacientky bez významnejších zmien, intermitentne udávala bolesti brucha, bola mobilná, ale slabá. V kontrolných laboratórnych parametroch bol zaznamenaný pokles kreatinínu pod hornú hranicu normy, pretrvávajúca hypoalbuminémia (19,2 g/l) aj elevácia hepatálnych enzýmov, progresia hyperbilirubinémie, pretrvávajúca koagulopatia (INR 2,06), v krvnom obraze Hgb 86 g/l, Tromb 76 x 10⁹/l. K úprave liečby pred plánovaným výkonom bola dňa 8. 8. 2024 konzultovaná hematologička. Pacientka mala denne podávanú čerstvo mrazenú plazmu. Pre opuchy dolných končatín bolo do liečby ordinované dňa 9. 8. 2024 diuretikum. Postupne bola u pacientky zaznamenaná progresia ikteru aj celkovej slabosti a vyčerpanosti. Napriek podávanej liečbe pretrvávala koagulopatia - dňa 12. 8. 2024 v laboratórnej kontrole INR 2,47, v krvnom obraze Hgb 80 g/l, Tromb 67 x 10⁹/l, došlo aj k ďalšiemu významnému vzostupu hyperbilirubinémie (celkový bilirubín 294 μ mol/l, konjugovaný bilirubín 198 μ mol/l). Pacientka zostala bradypsychická. Na nasledujúci deň sa plánovala biopsia pečene, predtým bol podľa odporúčenia hematologičky objednaný a zaistený Prothromplex s plánovaním podania pred aj po výkone. Z daného dňa sa v dokumentácii nachádza pacientkou podpísaný informovaný súhlas s plánovaným výkonom.

Dňa 13. 8. 2024 bola pacientka ráno dezorientovaná, toaletu mala vykonanú za pomoci personálu v sede na lôžku. Biopsia pečene pod USG kontrolou bola vykonaná o 07:25 hod. rádiológom dohliadaného subjektu s uvedením, že ide o vitálnu indikáciu pri zlých koagulačných parametroch; pod USG kontrolou bol vykonaný odber dvoch vzoriek tkaniva z tumorózneho ložiska v pečeni — bez komplikácií. Po návrate na oddelenie sestra dokumentovala, že pacientka je slabá, mobilná s pomocou, dezorientovaná, ubolená, nepokojná, nespolupracovala, snažila sa schádzať z postele. Mala naložené bočnice na posteľ, podávanú ordinovanú liečbu a bola kontrolovaná. Rana po biopsii bola bez presakovania. Pri vizite lekárom po 11:00 hod. bola pacientka somnolentná, hypotenzná, nekomunikovala, len stonala. Ošetrojúci lekár konštatoval nepriaznivú prognózu, o čom boli informovaní aj príbuzní. Podľa záznamu sestry o 13:00 hod. príbuzní privolali ošetrojúci personál pre stratu vedomia u pacientky, ktorá bola bledá, sťažené dýchala. Mala nemerateľný krvný tlak, na EKG bola prítomná asystolia, podľa ordinácie lekára OAIM bol podaný opakovane adrenalín a atropín, o 13:25 hod. lekári konštatovali exitus letalis. Bolo dokumentované, že na žiadosť príbuzných nebude vykonaná diagnostická pitva.

V liste o prehliadke mŕtveho bol ako príčina úmrtia uvedený rozvrat vnútorného prostredia na vrub hepatocelulárneho karcinómu.

Príbuzní však napokon podali trestné oznámenie na OR PZ a dňa 19. 8. 2024 bola vykonaná súdnolekárska pitva. Podľa záverov pitvy bolo jednoznačne určené, že príčinou úmrtia pacientky bolo zhubné ochorenie pečene (predpokladaný bol hepatocelulárny karcinóm), pričom bezprostrednou príčinou úmrtia bolo náhle srdcovo-plúcne zlyhanie v dôsledku metabolického rozvratu daného ochorením pečene. Súčasne bolo uvedené, že vykonaný zákrok (biopsia pečene) nespôsobil poruchu pečene, nespôsobil žiadne krvácanie ani poruchu iného vitálneho orgánu, a teda smrť pacientky nesúvisela s daným výkonom, ale s poškodením organizmu pre zhubný nádor. Podľa pitevného nálezu bola pečeň výrazne

chorobne zväčšená (mala rozmery 30 x 30 x 8 cm, hmotnosť 4 640 g) s rozsiahlym nádorom v centrálnej časti pravého laloka.

Výsledok histológie bioptického materiálu z pečene preukázal, že išlo o metastázu malígneho melanómu do pečene.

Zhodnotenie úradom

Pacientka bola prijatá na interné oddelenie dohliadaného subjektu k diff. dg. bolestí brucha pri laboratórne, klinicky aj sonograficky verifikovanej hepatopatii. Nález na doplnenom CT vyšetrení brucha preukázal výraznú hepatomegáliu so zasahovaním pravého laloka pečene až do malej panvy s nehomogénnou denzitou jej parenchýmu s difúznou ložiskovou prestavbou, pričom ložiská imponovali najskôr ako metastázy tumoru neznámeho origa. Plánovaná histologizácia z pečene nebola realizovaná pre nesúhlas pacientky a pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti s odporúčením rehospitalizácie v prípade jej súhlasu s výkonom. K rehospitalizácii na internom oddelení sa pacientka dostavila o niekoľko dní. Bola mobilná a samostatná, ale udávala celkovú slabosť, nechutenstvo, klinicky došlo k zvýrazneniu ikteru, k nárastu objemu brucha. Laboratórne bola zaznamenaná výrazná progresia hyperbilirubinémie a pretrvávajúca koagulopatia, pretrvávala hypoalbuminémia a elevácia hepatálnych enzýmov. Pacientka mala podávanú analgetickú liečbu a liečbu v rámci prípravy pred plánovanou biopsiou pečene. V priebehu hospitalizácie došlo u pacientky k postupnej progresii celkovej slabosti a vyčerpanosti, k progresii ikteru, pridružili sa opuchy dolných končatín, laboratórne došlo k ďalšej progresii hyperbilirubinémie. Dňa 13. 8. 2024 sa so súhlasom pacientky pristúpilo k realizácii biopsie z ložiska pečene pod USG kontrolou rádiológom. Výkon prebehol bez komplikácií, avšak v priebehu niekoľkých hodín došlo k rýchlej progresii klinického stavu vrátane progredujúcej poruchy vedomia a k úmrtiu pacientky.

Histologicky išlo o metastázu malígneho melanómu. Vykonaná súdna pitva nepreukázala prítomnosť krvácania v dutine brušnej ani iný patologický nález v súvislosti s realizovaným výkonom. U pacientky sa teda post mortem potvrdilo závažné malígne ochorenie — metastázy malígneho melanómu do pečene. Metastatické poškodenie pečene viedlo k zlyhaniu tohto životne dôležitého orgánu.

Zdravotná starostlivosť bola pacientke zo strany interného oddelenia dohliadaného subjektu poskytnutá správne.

Záver

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



13 Úraz dolnej končatiny v útlom veku

Úrad prešetroval zdravotnú starostlivosť poskytnutú dieťaťu v súvislosti s vyšetrením na urgentnom príjme. Žiadosť o prešetrenie podala matka dieťaťa, ktorá uviedla, že dňa 6. 7. 2024 mal jej syn úraz nohy, lýtko mu následne začalo červenieť, opúchať a postupne mu nožička zmodrala. Z urgentu z traumatologickej ambulancie ich lekár odoslal na RTG. Syn silno plakal, pracovník na RTG pracovisku sa vyjadril, že sa to nedá osnímkovať. Spravil iba jednu snímku a vyjadril sa, že ak by bola noha zlomená, mala by snímka postačovať. V traumatologickej ambulancii im bolo povedané, že všetko je v poriadku a keď syn kope nohami, určite nepôjde o zlomeninu. Na otázku podávateľky, či treba ísť na kontrolu pediatrovi alebo podávať lieky od bolesti, im bolo povedané, že netreba, že stačí 3 dni nohu iba chladiť. Keďže mal syn od úrazu vysoké horúčky, dňa 11. 7. 2024 predsa len navštívili pediatra, ktorý zhodnotil, že noha nie je v poriadku, ak sa dieťa na ňu nestavia. K pediatrovi išli aj na ďalší deň, 12. 7. 2024, ktorý ich poslal na chirurgické vyšetrenie. Z chirurgie boli odoslaní na RTG vyšetrenie, kde bolo vidieť 2 zlomeniny — zlomeninu píšľaly aj ihlice. Chirurg sa mal vyjadríť, že zlomeninu muselo byť vidieť už aj v deň úrazu. Podávateľka je presvedčená, že personál v nemocnici pri vyšetrení jej syna zlyhal a on bol týždeň so zlomeninou, ktorá nebola liečená ani fixovaná a nedostával ani lieky na tlmenie bolesti.

Zistené skutočnosti

V čase ošetrenia malo dieťa 15 mesiacov. Dňa 6. 7. 2024 v popoludňajších hodinách bolo dieťa vyšetrené traumatológom na urgentnom príjme nemocnice. V zázname z vyšetrenia sa v terajšom ochorení uvádza,

že spadol, vykrútil si ľavú nohu, opuchla mu, dali mu chladivé obklady, potom mu odpuchla. Objektívne bolo dieťa plačlivé v náručí matky, ľavá dolná končatina bola bez poruchy kožného krytu, bez deformity, bez evidentného edému, pri palpácii dieťa algicky nereagovalo, ale vyšetrenie bolo orientačné pre nespolupracovanie dieťaťa; členok bol pevný, obidvomi dolnými končatinami dieťa hýbalo. Realizované bolo RTG vyšetrenie (RTG ľavého predkolenia), podarila sa len bočná projekcia, nález na RTG lekár na urgentnom prijíme hodnotil ako bez evidentných traumatických zmien na skelete. Konštatovaná bola distorzia talokrurálneho kĺbu s odporúčením pokojového režimu, ľadovať 3 dni, kontrola v chirurgickej ambulancii v spáde podľa potreby.

Dňa 11. 7. 2024 bolo dieťa vyšetrené v ambulancii svojho pediatra pre febrilitu, riedku stolicu, exantém na bruchu. Okrem iného bolo v zázname z vyšetrenia uvedené, že dieťa ešte nedostupuje na dolnú končatinu, tá bola objektívne bez opuchu a hematómu.

Dňa 12. 7. 2024 bolo dieťa znova vyšetrené v ambulancii svojho pediatra, už nemalo exantém, ale nechodilo, pri štvornožkovaní si šetrilo ľavú dolnú končatinu. Pri vyšetrení bolo dieťa mrzuté, citlivejšie reagovalo na palpáciu ľavej dolnej končatiny. Pediatier konštatoval stav po kontúzii ľavého predkolenia a odporučil chirurgické vyšetrenie.

V ten istý deň (12. 7. 2024) bolo dieťa vyšetrené v chirurgickej ambulancii. Na aktuálnej RTG snímke bola konštatovaná zlomenina distálneho predkolenia vľavo v dobrom postavení (prítomná zlomenina obidvoch kostí predkolenia). Objektívne bola končatina bolestivá, opuch iba minimálny. Končatina bola imobilizovaná sadrovou dlahou. Pri bolesti odporučený Nurofen, nechodiť, kontrola o 6 dní. Na kontrolnom vyšetrení v chirurgickej ambulancii dňa 18. 7. 2024 bola na aktuálnom RTG fraktúra ľavého predkolenia v dobrom postavení. Končatina bola dosadrovaná s odporúčením kontroly o dva týždne.

Zhodnotenie úradom

Úrad uvádza, že u dieťaťa išlo o zlomeninu tíbie typu zlomeniny vrbového prútika (greenstick zlomeninu), pri ktorej je neporušený periost zabraňujúci dislokácii fragmentov. Pri primárnom ošetrení traumatológom na urgentnom prijíme neboli prítomné výrazné klinické príznaky, absentoval opuch a deformácia, dieťa bolo plačlivé, nebola prítomná palpačná bolestivosť a dieťa hýbalo spontánne končatinou. Bolo vykonané RTG vyšetrenie predkolenia v bočnej projekcii. Končatina dieťaťa podľa snímky bola držaná dospelým. Štandardné vyšetrenie v dvoch projekciách pre nepokoj dieťaťa nebolo vykonané. Toto vyšetrenie je častokrát veľmi ťažko realizovať u ročného dieťaťa pre jeho nepokoj pre bolesť alebo vnímanie nezvyčajnej situácie, a to ani pri asistencii rodičov. Možné je síce vykonať RTG snímky v anestézii, ale to prináša riziká a v tomto prípade to nebolo indikované. Na vykonanej RTG snímke v bočnej projekcii však boli prehliadnuté známky subperiostálnej zlomeniny distálnej tíbie vľavo. Po prehodnotení RTG vyšetrenia ľavého predkolenia v bočnej projekcii zo dňa 6. 7. 2024 úrad konštatuje, že je zobrazená subperiostálna zlomenina distálnej tíbie asi 2 cm nad rastovou štrbinou.

Zlomeniny malých detí majú svoje špecifiká, ktorými sa líšia od zlomenín dospelajúcich a dospelých. Je to dané charakterom a stavbou detskej vyvíjajúcej sa kosti. Detské kosti sú pružnejšie, ohybnejšie a majú otvorenú rastovú štrbinu. Typické zlomeniny detského veku sú epifyzeolýzy, bowling zlomeniny, zlomeniny bez porušenia periostu (tzv. zlomeniny vrbového prútika). v klinickom obraze dominujú bolesti pri záťaži a pohybe, niekedy opuch a palpačná bolestivosť. Na RTG snímkach bývajú ťažšie hodnotiteľné pre neprítomnosť výraznej lomnej línie a dislokácie.

Záver

Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Pri vyšetrení na urgentnom prijíme dňa 6. 7. 2024 boli na vykonanej RTG snímke prehliadnuté známky subperiostálnej zlomeniny distálnej tibia ľavej dolnej končatiny.



14 Nedostatočná diagnostika stavu všeobecným lekárom

Úrad prešetroval poskytnutú zdravotnú starostlivosť pacientke zo strany ambulancie všeobecného lekára. Žiadosť o prešetrenie podala pacientka, ktorá uviedla, že dňa 26. 9. 2024 mala zrána tlakové bolesti na hrudníku, veľmi silnú bolesť hlavy vzadu, cítila celkovú slabosť a tras. Dala si v lekární zmerať tlak a mala ho vysoký. Išla k svojmu všeobecnému lekárovi, na recepcii sa nahlásila, že sa veľmi zle cíti, že jej namerali vysoký tlak a má bolesť hrudníka a hlavy. Následne uviedla tieto ťažkosti sestričke v ambulancii. Sestrička jej zmerala tlak. Po chvíli prišiel všeobecný lekár, opýtal sa sestričky, o čo ide. Sestrička mu zreferovala informácie. Lekár ordinoval odbery krvi a infúziu a odišiel preč. Pri odchode sa otočil na pacientku s otázkou, či jej neopuchajú nohy — na čo ona reagovala, že nie. Sestrička jej zobrala krv a informovala ju, že jej zavolá, keď budú výsledky, následne mala pacientka podanú infúziu a potom odišla domov. Nikto jej nevolal, prečkala do rána. Nasledujúci deň 27. 9. 2024 ráno telefonovala do ambulancie, či už sú výsledky a dostala odpoveď, že nemá dobré výsledky a má sa dostaviť prevziať si výmenný listok a s ním ísť na vyšetrenie na internú ambulanciu do nemocnice. Tam sa mal jej stav doriešiť. v internej ambulancii v nemocnici jej hneď „merali EKG“ a následne ju odviezli na kardiologickú sálu. Záver bol akútny transmúrálny infarkt myokardu.

Zistené skutočnosti

Začiatkom júna 2024 sa v tom čase 57-ročná pacientka dostavila všeobecnému lekárovi, udávala stresové obdobie v práci za poslednú dobu, pociťovala tras, závraty, občas bolesti hlavy, nespavosť; na krvný

tlak sa dovtedy neliečila, v domácom prostredí mávala krvný tlak do 140/90 mmHg; rodinná anamnéza na artériovú hypertenziu bola pozitívna. Aktuálne mala pacientka krvný tlak 142/90 mmHg, pulz 75/min., lieky dlhodobo neužívala žiadne, alergie negovala. Klinicky bola aktuálne neurologicky orientačne v norme, auskultačný nález na srdci a pľúcach bol v norme. V závere vyšetrenia bola konštatovaná hraničná hodnota krvného tlaku, neurasténia. Pacientke bola ordinovaná infúzia FR + 10 % MgSO₄ i. v. obdeň (celkovo 5-krát), odbery krvi (glykémia, krvný obraz, lipidy, mineralogram); stanovený bol dátum kontroly na ambulancii; vystavenie práceneschopnosti pacientka nepotrebovala. V laboratórnych výsledkoch glykémia v norme, mineralogram a krvný obraz v norme, zvýšený celkový cholesterol (7,09 mmol/l), LDL cholesterol (4,93 mmol/l), TAG a HDL cholesterol v norme, pomer celkový cholesterol/HDL cholesterol v norme. Pri kontrole o týždeň boli zhodnotené laboratórne výsledky s konštatovaním izolovanej hypercholesterolémie, pacientka infúziu liečbu tolerovala dobre, subjektívne sa cítila lepšie, do liečby mala odporúčené preparáty magnézia, upraviť stravu. Naplánovaná bola kontrola krvného obrazu a lipidového spektra o pol roka, kontrola krvného tlaku a pulzu o mesiac. Pri tejto kontrole v júli 2024 pacientka udávala, že sa cíti lepšie, začala cvičiť, krvný tlak mávala doma 133/80, 140/90 mmHg, večer 110/70 mmHg, užívala magnézium. Aktuálne mala krvný tlak 128/85 mmHg, pulz 72/min. Mala odporúčenú kontrolu pri ťažkostiach.

V dohliadanom období, dňa 26. 9. 2024, pacientka vyhľadala ambulanciu svojho všeobecného lekára s tým, že sa od rána necíti dobre, mala pocit zvýšeného krvného tlaku, točenie hlavy; konštatované bolo, že pre obdobné ťažkosti bola pacientka v ambulancii v priebehu leta, kedy chodila na infúziu liečbu, po ktorej sa cítila dobre. Aktuálne mala krvný tlak 145/102 mmHg, pulz 65/min., po podaní Tensiominu 12,5 mg a Lexaurinu 1,5 mg bol krvný tlak 151/92 mmHg, pulz 70/min. Pacientka mala ordinovanú infúziu liečbu s magnéziom (250 ml FR + 10 % MgSO₄ i. v.) a odber krvi na vyšetrenie krvného obrazu, Troponínu, CRP a ionogramu; do liečby mala odporúčený Concor 5 mg ½ tbl ráno;

pacientka sa mala telefonicky ohlásiť o 10 dní. Diagnosticky bol stav hodnotený ako benígna primárna artériová hypertenzia, bez hypertenznej krízy. Podľa dostupného záznamu (Kniha ošetrovaných v roku 2024) mala pacientka podanú infúziu s magnéziom, kontrolný krvný tlak mala 122/80 mmHg, pulz 75.. 63/min.

V laboratórnych výsledkoch z daného dňa bol mineralogram v norme, krvný obraz v norme, Troponín I hs 2,97 µg/l (norma 0,004 — 0,026), kreatínkináza 3,77 µkat/l (norma < 2,42).

Zo dňa 27. 9. 2024 sa v dokumentácii všeobecného lekára nachádza záznam (s časom 11:35 hod.), cit.: „TO: pacientka dnes telefonicky kontaktovaná; - pacientka doma, cíti sa pokojnejšia; - informovaná pre zhoršené lab. výsl.; - odoslaná na inter. príjm. amb.; - informovaná o tom, že by nemala ísť sama — odporúčaný doprovod...“. Mala vypísaný výmenný listok, kde bolo uvedené, cit.: „na základe lab. výsl. a klin. stavu odosielame na doriešenie stavu na inter. príjm. amb...“.

V ten deň (27. 9. 2024) bola pacientka o 09:53 hod. vyšetrená na urgentnom prijíme ústavného zdravotníckeho zariadenia. Evidované bolo vyšetrenie všeobecným lekárom predchádzajúci deň a bolo uvedené, že v daný deň ráno pacientka volala do ambulancie všeobecného lekára ohľadom laboratórnych výsledkov, pre zlé výsledky mala odporúčené vyšetrenie v nemocnici; EKG realizované nemala. Aktuálne sa pacientka cítila „už lepšie, skôr vystresovaná“. Objektívny klinický nález bol bez pozoruhodností, aktuálny krvný tlak 133/72 mmHg. Na EKG (EKG realizované o 09:10 hod.) bol konštatovaný sínusový rytmus, frekvencia 95/min., negatívne T vlny v I, a VL, vo VI-V2, bez zrkadlových zmien — obraz subakútneho infarktu myokardu prednej steny. Laboratórne urea a kreatinín v norme, Troponín T 0,299 µg/l, myoglobín 20,9 µg/l, NT-proBNP 904 ng/l. Pacientka mala podaný Anopyrin 200 mg, Trombex 300 mg a konzultovaným kardiológom bola akceptovaná k neodkladnému intervenčnému výkonu.

Pri prijatí na kardiologické oddelenie bolo z hľadiska terajšieho ochorenia uvedené, že predchádzajúci deň pacientka pocítovala okolo 08:00 hod. tlakové bolesti na hrudníku, bolesti hlavy. Bolesť trvala asi 1 hodinu, potom ustúpila; myslela si, že je to z vysokého krvného tlaku, aj tak bola u lekára zaliečená; v minulosti mala podobné ťažkosti pri vysokom krvnom tlaku; aktuálne bolesti na hrudníku nemala, ani iné ťažkosti, cítila sa v strese. Bola nefajčiarka, pracovala ako manažérka. Aktuálne bola obehovo stabilizovaná s normálnym tlakom krvi aj pulzovou frekvenciou, normostenického habitu. Pre suspekciu na akútny koronárny syndróm v zmysle STEMI sa neodkladne pristúpilo k realizácii selektívnej koronarografie s nálezom iba okrajových aterosklerotických zmien artérií, bez nálezu príčinnej lézie. Na základe toho bol diagnosticky stav zhodnotený ako MINOCA (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries). Echokardiograficky verifikovaná ľahká hypokinéza hrotu ľavej komory so zachovanou systolickou funkciou ľavej komory. Pacientka bola prepustená dňa 28. 9. 2024 s odporúčením liečby, doplnenia ďalších vyšetrení ambulantnou cestou (TEE, MR srdca) a dispenzarizácie ambulantným kardiológom.

Dňa 30. 9. 2024 sa pacientka dostavila s prepúšťacou správou k svojmu všeobecnému lekárovi, evidovaný bol diagnostický záver z hospitalizácie a odporučená liečba, ktorá bola pacientke predpísaná a mala vypísanú práceneschopnosť. Pacientka mala odporučenú internú kontrolu o 7 dní. V daný deň sa v ambulancii všeobecného lekára realizoval aj EKG záznam s popisom sínusového rytmu, normogramu, frekvencia 84/min., PQ 0,14 s, QRS 0,85 s, QTc 0,45 s, T pozit. diafragm., bifáz. T vo V2 a V3 — oploštenie oproti EKG pred 3 dňami.

Zhodnotenie úradom

V dohliadanom prípade vyhladala dňa 26. 9. 2024 pacientka ambulanciu svojho všeobecného lekára. Dokumentované bolo, že sa od rána necíti

dobré, mala pocit zvýšeného krvného tlaku, točenie hlavy; podobné ťažkosti mala aj v priebehu leta, kedy chodila do ambulancie na infúznú liečbu, po ktorej sa cítila dobre. Aktuálne bol pacientke v ambulancii dohliadaného subjektu opakovane zmeraný krvný tlak a pulz, podaný Tensiomine a Lexaurin per os a následne aj infúzia s magnéziom, pričom podľa dostupného záznamu v dokumentácii mala pacientka následne kontrolný krvný tlak aj pulz v norme. V tento deň boli ošetrojúcim lekárom indikované aj odbery krvi na laboratórne vyšetrenia — krvný obraz, CRP, mineralogram a Troponín. Do liečby mala pacientka odporučené 2,5 mg bisoprololu ráno. Uvedené bolo, že pacientka sa má telefonicky ohlásiť o 10 dní. Zo záznamu v dokumentácii nie je zrejmý dôvod indikovania vyšetrenia kardiošpecifického markera. O výsledku pozitívnej hodnoty Troponínu I bola pacientka telefonicky informovaná až nasledujúci deň, t. j. 27. 9. 2024, kedy bola odoslaná na interné vyšetrenie do nemocnice. EKG záznam realizovaný v internej príjmovej ambulancii poukazoval na subakútny infarkt myokardu prednej steny a pacientka bola neodkladne prijatá na kardiologické oddelenie, kde podstúpila selektívnu koronarografiu. Koronarografický nález nepreukázal možnú príčinnú léziu na koronárnych artériách a stav bol hodnotený ako MINOCA s odporučením liečby a doplnenia ďalších vyšetrení. Pacientka bola dňa 28. 9. 2024 prepustená do ambulantnej starostlivosti, dňa 30. 9. 2024 sa dostavila s prepúšťacou správou do ambulancie svojho všeobecného lekára, kde mala vystavenú práceneschopnosť a predpísanú medikáciu, súčasne bol realizovaný aj EKG záznam.

Úrad uvádza, že vyšetrenie pacientky v ambulancii všeobecného lekára dňa 26. 9. 2024 bolo nedostatočné — okrem hodnôt krvného tlaku a pulzu absentuje akýkoľvek objektívny klinický nález — pacientka nebola klinicky vyšetrená; vzhľadom na dokumentované anamnestické údaje nie je zrejmý dôvod indikovania vyšetrenia kardiošpecifickej enzymológie a nie je jasné, prečo pri vyšetrení špecifického markera myokardiálneho poškodenia neboli indikované aj iné vyšetrenia - napr. EKG, RTG hrudníka; zo záznamu nie je jasné, akým spôsobom a kedy mala byť pacientka o výsledkoch laboratórnych vyšetrení informovaná

(resp. sa mala informovať), v zázname sa nachádza údaj, že pacientka sa má telefonicky ohlásiť o 10 dní. O vysoko pozitívnom výsledku Troponínu I bola pacientka telefonicky informovaná až nasledujúci deň v ranných hodinách.

Záver

Výkonom dohľadu úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke zo strany všeobecného lekára dňa 26. 9. 2024 bol nedostatočný - absentuje klinické vyšetrenie pacientky lekárom; vzhľadom na indikovanie vyšetrenia kardiošpecifického markera (Troponínu) absentujú údaje o prítomnosti alebo neprítomnosti dyskomfortu na hrudníku a okrem klinického vyšetrenia vykonanie aspoň EKG vyšetrenia alebo odoslanie pacientky na EKG vyšetrenie.



15 Záludnosť úrazu u pacienta v ebriete

Úrad prešetroval zdravotnú starostlivosť poskytovanú pacientovi na urgentnom príjme nemocnice. Žiadosť o prešetrenie podala manželka, ktorá sa domnievala, že jej manželovi bola poskytnutá zdravotná starostlivosť nedostatočne, kvôli čomu sa jeho stav zhoršil a stal sa imobilným človekom. V podnete uviedla, že dňa 16. 12. 2023 bol manžel na vianočnom večierku z práce, kde konzumoval alkohol. Po návrate domov nešťastne spadol a narazil hlavou do steny, preto privolali záchrannú službu. Po príchode RZP nebol v bezvedomí, ale nevnímal, čo záchranári hovoria. Záchranári to pripisovali stavu opitosti. Podľa podávateľky mal ale už vtedy očividné príznaky utrpenia úrazu hlavy a chrbtice, čomu nasvedčovalo padanie hlavy, nevládanie hrubej motoriky a reči - nereagovanie na otázky zo strany zdravotníkov. Po odvezení na urgent jej zavolali, že sa pacient prebral, je ošetrovaný a má si prísť pre neho. Následne na urgentnom príjme si prebrala manžela s tým, že nevedel súvisle rozprávať, koktal, len ležal a sťažoval sa, že nemá cit v nohách a rukách. Prosil ju, aby ho tam nechala. Poslali ho domov iba s ošetrením hlavy, CT vyšetrením mozgu a zašitím rany. Pacient bol prevezený domov autom, museli ho zdvihnúť a presunúť 3 synovia do obývačky, pretože nebol schopný žiadneho pohybu. Následne zaspal. Po prebudení bol síce pri vedomí, ale nedokázal urobiť žiadny pohyb, jeho reč bola koktavá, sekaná, oveľa horšia ako v nemocnici. Následne bola druhýkrát zavolaná záchranná služba. Po príchode RLP pacient nereagoval ani na bolestivý podnet, ani na chlad/teplo, končatiny po nadvihnutí neudržel. Lekár upozornil na pravdepodobný problém s krčnou chrbticou a previezli pacienta na urgentný príjem nemocnice. Keď tam podávateľka volala, tak mu práve robili predoperačné vyšetrenia. Tie boli nakoniec nedostatočné, po prevoze na neurochirurgické pracovisko mu vykonali ďalšie dodatočné vyšetrenia, na základe ktorých podstúpil dve operácie krčnej chrbtice. Podľa podávateľky zostal jej manžel aj pre nedostatočné prvé vyšetrenie na urgentnom príjme imobilný.

Zistené skutočnosti

Išlo o 60-ročného pacienta, ktorý sa pred predmetným úrazom liečil na vertebrogénny algický syndróm driekovokrížovej chrbtice s MR nálezom multietážových degeneratívnych zmien. V minulosti podstúpil operáciu žalúdka pre perforovaný ulkus, inguinálnu herniotómiu, osteosyntézu stehnovej kosti vľavo pre fraktúru. V anamnéze chronický abúzus nikotínu.

Dňa 16. 12. 2023 o 03:28 hod. (sobota) bola k pacientovi aktivovaná ZZS, dôvodom výjazdu bol pád. Pacient pri príchode posádky RZP ležal doma na posteli, prítomná bola porucha vedomia. Podľa udania manželky prišiel z oslavy značne pod vplyvom alkoholu, viackrát spadol na zem, predtým narazil do steny. Na čele mal tržnú ranu cca 2 cm, už nekrvácajúcu. Pacient bol spavý, reagoval na algiu, neodpovedal, nekomunikoval, nezvracal, bol hypotenzný. Počas prevozu pacient reagoval na algiu. Z objektívneho nálezu zo záznamu o zhodnotení zdravotného stavu osoby: pacient otvára oči na bolesť, verbálny kontakt neadekvátny, motorika na bolesť, fotoreakcia obojstranne prítomná, zrenice izokorické šírky 2 mm, bolesť žiadna, neurologický nález — somnolencia; bez vonkajších poranení; dýchacie cesty priechodné, prítomné eupnoe; pulz pravidelný, plný. Vitálne funkcie: tlak krvi 65/40...60/37...65/40 mmHg, pulz 70/min...72/min., dychová frekvencia 14/min., SpO2 94 %... 92 %; glykémia 6,1 mmol/l, telesná teplota 36,6 °C; GCS 10 bodov počas celej doby. Pacient mal podanú inf. NaCl 0,9 % 500 ml i. v. Bol transportovaný na urgentný príjem nemocnice.

Pacient bol vyšetrený na urgentnom prijme traumatológom o 04:41 hod. V anamnéze bolo uvedené, že bol privezený RZP po tom, ako v ebriete spadol a narazil hlavou do steny, v bezvedomí nebol, nezvracal, prítomná bola značná ebrieta. Tlak krvi mal 110/70 mmHg, pulz 65/min. Pacient pri vyšetrení spal, pri ošetrovaní sa preberal, nadviazal verbálny kontakt. Na rozhraní čela a vlasatej časti hlavy frontálne bola popísaná vertikálna tržná rana do 3 cm, s rovnými okrajmi, aktívne nekrvácajúca, prítomná

izokória, fotoreakcia prítomná, uši a nos bez výtoky, krčná chrbtica voľne pohyblivá, nebolestivá, hrudník a brucho bez známok vonkajšieho traumatizmu, na bruchu zhojená jazva po laparotómii. Realizované bolo CT vyšetrenie mozgu - pacient nespupracoval, prítomné boli pohybové artefakty, vyšetrenie hodnotiteľné len orientačne, v hodnotiteľnom rozsahu bez čerstvých traumatických zmien. Hladina etanolu v sére bola 2,91 g/l. Pacientovi bola v lokálnej anestézii ošetrená rana na hlave, mal podanú infúziu liečbu: 500 ml 0,9 % NaCl, 500 ml Isolyte. Po infúznej terapii sa pacient prebral k plnému vedomiu. Stav bol hodnotený ako vulnus lacerum capitis reg. frontalis, ebrietas ethylica. Pacient bol odoslaný do ambulantnej starostlivosti s odporučením pokojového režimu, fyzického šetrenia, analgetickej liečby podľa potreby, lokálneho ľadovania, kontroly platnosti očkovania proti tetanu, odporúčené stehy vybrať o 10 - 12 dní, dostatočná hydratácia, abstinencia od alkoholu. V odporúčaní sa uvádza, že manželka pacienta bola telefonicky informovaná, po pacienta si mali prísť po svojej osi.

Neskôr v ten istý deň, 16. 12. 2023 o 09:52 hod., bola k pacientovi znovu aktivovaná ZZS, ako dôvod výjazdu boli uvedené „iné neurologické ťažkosti“. V zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby posádka RLP uviedla, že pacient bol v noci po úraze riešený v nemocnici, prepustený. Aktuálne začala bolesť hlavy, pacient spomalene komunikoval, koktal, necítil si končatiny ani ruky, nedokázal nimi pohnúť. Objektívne ležal, bol pri plnom vedomí, komunikoval, prítomná bola kvadraparéza, sklon k hypotenzii. Tlak krvi 72/45...79/39...90/51 mmHg, pulz 66.. 64.. 68/min., GCS 10 bodov (žiadna motorika). Na EKG akcia srdca pravidelná s frekvenciou 59/min., ľavotyp, QRS nerozšírený, ST bez denivelizácie. Pacient mal podané Isolyte 500 ml, Geloplasma 500 ml, Solu-Medrol 40 mg, Ephedrin 30 mg, NaCl 0,9 % 100 ml i. v. Bol transportovaný na urgentný príjem nemocnice.

O 11:15 hod. bol pacient vyšetrený na urgentnom prijme traumatológom. V anamnéze bolo uvedené, že v noci bol ošetrený na ambulancii,

postupné zhoršenie zdravotného stavu, kvadraparéza, sklon k hypotenzii, GCS 10 bodov, tlak krvi 90/51 mmHg, pulz 68/min., saturácia 96 %. Pacient bol aktuálne pri vyšetrení pri plnom jasnom vedomí, orientovaný, spolupracoval, zrenice izokorické, fotoreakcia prítomná, uši a nos bez patologického výtoky, mimika symetrická, jazyk plazil stredom, nepohryzený, rana vo frontálnej oblasti ošetrená, nekrvácajúca, hlava vo vlasatej časti palpačne nebolestivá, pohyblivosť krčnej chrbtice voľná, nealgická, palpačne nebolestivá, na končatinách kvadraparéza, pacient nereagoval ani na bolestivý podnet, ani na chlad a teplo, končatiny po nadvihnutí neudržal, GCS 10 bodov. Indikované bolo CT vyšetrenie mozgu a chrbtice s nálezom protrúzie disku C3-C4 stenotizujúcej spinálny kanál, v diff. dg. akútny nález. Hladina etanolu v sére bola 1,31 g/l. S výsledkom CT vyšetrenia bolo kontaktované neurochirurgické pracovisko, kde žiadali doplniť MR vyšetrenie C chrbtice, avšak na pracovisku nemocnice nebola možnosť akútnej realizácie MR vyšetrenia, po dohovore bol preto pacient odoslaný na neurochirurgickú kliniku.

Na neurochirurgickej klinike po doplnení MR vyšetrenia s nálezom výrazných degeneratívnych diskogénnych a spondylartrotických zmien podmieňujúcich absolútnu spinálnu stenózu v segmentoch C3-C7 s kompresívnou myelopatiou bol pacient akútne operovaný - vykonaná dekompresívna laminektómia C3-C7. V druhom sedení bola realizovaná predná krčná diskektómia C3-C7. Klinicky na horných končatinách od lakťov distálne dysestézie, na dolných končatinách bez bolestí, bez parestézií, taktilná hypestézia, hybnosť horných končatín sa zlepšovala, pacient dokázal flektovať a extendovať v lakťoch, stisk dlaní naznačil, na dolných končatinách naznačená hybnosť prs-tami, naznačená flexia v kolenách, kontrakcia adduktorov, funkčne plégia.

Pacient bol následne preložený na kliniku úrazovej chirurgie. V neurologickom náleze spastická kvadraparéza ťažkého stupňa akcentovaná na horných končatinách akrálna a na dolných končatinách takmer v plégii. Tu bola liečená aj bronchopneumónia. Vzhľadom na

bradykardiu a pretrvávajúcu hypotenziu pacient vyžadoval podporu obehu vazopresormi. Pre polyúriu a nízku koncentrovanosť moču bol podávaný Minirin. Na odporúčenie internistu doplnené CT angiografické vyšetrenie pľúc vylúčilo embóliu do a. pulmonalis a súčasne potvrdilo zápalové zmeny ľavého horného i dolného laloku pľúc. Pri echokardiografickom vyšetrení lekári suponovali infarkt myokardu dolnej steny — silentnú formu, preto bol pacient preložený na internú JIS. Na internom oddelení podávaná antikoagulačná liečba. V pláne bola selektívna koronarografia. Počas monitoringu bola zachytená sínusová bradykardia. K doriešeniu kardiálneho nálezu bol preložený na kardiologické oddelenie. Na kontrolnej echokardiografii boli popísané len nevýznamné zmeny s pretrvávajúcim sklonom k sínusovej bradykardii, bez indikácie k implantácii kardiostimulátora. Hodnoty kardiošpecifických enzýmov boli bez relevantnej dynamiky, od koronarografie sa aktuálne upustilo, pacient stenokardie nemal. Pokračovalo sa v rehabilitácii, pacient bol polohovaný s fixáciou krku. Riešila sa aj sociálna otázka, pacient bol dňa 12. 1. 2024 preložený do Centra sociálnych služieb.

V následnom období bol pacient hospitalizovaný na urologickom oddelení pre uroinfekt, urológovia indikovali zavedenie epicystostómie. Doplnené CT vyšetrenie v diff. dg. febrilit preukázalo náhodný nález disekcie truncus coeliacus. Konzultované špecializované pracovisko nález hodnotilo ako nejasný - možná disekcia, event. odtrhnutý aterosklerotický plát, nález malý, bez nutnosti intervencie.

V apríli 2024 mal pacient znovu zavedený permanentný močový katéter po zrušení epicystotómie. Pre opakované uroinfekty bol liečený urológom. Od júna 2024 do augusta 2024 absolvoval hospitalizáciu v rehabilitačnom centre. Prítomná bola reziduálna ľahko asymetrická spastická kvadraparéza ťažkého stupňa. Podľa stanoviska všeobecnej lekárky po návrate z liečenia bol stav pacienta zlepšený, ale zostával ležiaci, usedel s pomocou druhej osoby, s pomocou ustál, posilňoval kostro-svalový aparát pomocou špeciálne vyrobeného chodítka, používal

špeciálne navrhnutý invalidný vozík, mal zavedený permanentný močový katéter, bol plienkovaný.

Zhodnotenie úradom

Pacient v dohliadanom prípade bol dňa 16. 12. 2023 v skorých ranných hodinách (04:41 hod.) privezený posádkou RZP na urgentný príjem nemocnice po páde v ebriete s údajom úrazu hlavy s GCS 10 bodov. Pacient neudával žiadne ťažkosti, lebo bol spavý, počas ošetrovania sa preberal, bol s ním možný verbálny kontakt. v bezvedomí údajne nebol. Frontálne mal ošetrovanú nekrvácajúcu ranu. Hladina etanolu v sére bola 2,91 g/l. v objektívnom náleze nebol (okrem stavu vedomia, symetrie zreníc a fotoreakcie) zaznamenaný orientačný neurologický status a vyšetrenie končatín. Na urgentnom prijíme sa po negatívnom CT vyšetrení mozgu v zmysle čerstvých úrazových zmien, ošetrovaní rany a podaní infúznej liečby rozhodli prepustiť pacienta do ambulantnej starostlivosti s odporúčením pokojového režimu, abstinencie alkoholu a symptomatickej liečby. v ten istý deň dopoludnia bol pacient druhýkrát privezený posádkou ZZS na urgentný príjem nemocnice (11:42 hod.) s GCS stále 10 bodov, avšak s neprítomnou hybnosťou končatín. Indikované a realizované bolo CT vyšetrenie mozgu a chrbtice, ktoré preukázalo protrúziu disku C3-C4 stenotizujúcu spinálny kanál. Etanol v sére bol 1,3 g/l. Dohovorený bol preklad pacienta na neurochirurgickú kliniku inej nemocnice, kde podstúpil po doplnení MR vyšetrenia akútneho operačného výkonu.

Záludnosť úrazov spočíva niekedy v ich oneskorenej manifestácii. Je dôležité už len na základe mechanizmu úrazu predpokladať poranenia, ktoré sa v prednemocničnej fáze nie vždy dajú diagnostikovať. Pri primárnom vyšetrení a ošetrovaní pacienta dňa 16. 12. 2023, kedy mal pacient GCS 10 bodov, mal tržnú ranu na hlave a bol v ťažkej ebriete, chýba kompletne fyzikálne a orientačné neurologické vyšetrenie. Dôležitým aspektom diagnostiky je tiež sledovanie vývoja príznakov

v priebehu času. Niekedy je potrebné opakované lekárske vyšetrenie, najmä ak sa príznaky zhoršujú alebo nezmiznú, čo pri ťažkej opitosti je ťažké hodnotiť. Pacient v dohliadanom prípade mal byť hospitalizovaný za účelom pozorovania - sledovania v nemocnici aspoň na 24 hodín na vylúčenie iného pridruženého poranenia.

Záver

Výkonom dohľadu na diaľku úrad zistil porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. Pacient nebol dňa 16. 12. 2024 pri prvom vyšetrení na urgentnom prijíme dôsledne vyšetrený, bol odoslaný do ambulantnej starostlivosti, pričom mal byť hospitalizovaný.



16 K všeobecnému lekárovi nechodila

Úrad prijal podnet manžela pacientky, ktorý žiadal o prešetrenie opakovane poskytnutej zdravotnej starostlivosti ZZS jeho manželke. V podnete uviedol, že manželka chodila s pomocou francúzskych barlí, preto k všeobecnému lekárovi nechodila a volal ZZS.

Zistené skutočnosti

Polymorbídna 80-ročná pacientka, ktorá bola v predchorobí sledovaná a liečená pre arteriovú hypertenziu I.- II. st., diabetes mellitus II. typu na PAD (perorálne antidiabetiká), mala ICHS - chronickú nebolestivú formu NYHA II (klasifikácia), mitrálnu insuficienciu I. st., hepatopatiu pri užívaní NSA (nesteroidné antiflogistiká), lymfedém DK, chronickú insuficienciu DK, trpela morbidnou obezitou s obmedzenou pohyblivosťou pre ochorenie kĺbov a chrčtice. KOS ZZS prijalo dňa 8. 8. 2023 o 09:53 hod. volanie prepojené z linky tiesňového volania 112, v ktorom volajúci žiadal o zdravotnícku pomoc pre manželku. Na miesto udalosti bola vyslaná ambulancia ZZS dohliadaného subjektu. Dôvodom na zásah bolo „dyspnoe“. Bol realizovaný pokyn na zásah, výjazd skupiny RLP, po príchode na miesto zásahu posádka RLP dohliadaného subjektu našla pacientku pri vedomí, plne orientovanú, ktorá spolu s manželom udávala približne dva dni trvajúce sťažené dýchanie. Pri odoberaní anamnézy ďalej udávali, že je „hypertonička“, k všeobecnému lekárovi nechodí, na iné ochorenia sa nelieči. Pacientka bola následne posádkou RLP dohliadaného subjektu objektívne vyšetrená: GCS 15 bodov, fotoreakcia bilat. výbavná, zrenice izokorické 3 mm, neurologický nález bol hodnotený v norme. Dýchacie cesty priechodné, dýchanie eupnoické, auskultačne

nález hodnotený ako fyziologický. Akcia srdca nepravidelná, pulz plný, ozvy ohraničené, koža ružová, kapilárny návrat do 2 s, bolesť neprítomná, brucho bez patologického nálezu, HK a DK bez úrazu, bez deformít. Zmerané FF: TK 125/70mmHg, 120/68mmHg, P: 120/min...100/min...90/min., sat. O₂ 94 %. EKG vyšetrenie nebolo realizované. Na základe prvotného a druhotného vyšetrenia, ako aj odobratej anamnézy bola lekárom dohliadaného subjektu stanovená diagnóza: Tachyarytmia, subjektívne zle tolerovaná, neliečená. Po stanovení diagnózy bol zaistený periférny intravenózný vstup a podaná liečba Betaloc 5 mg 1 amp. i. v., Furosemid 40 mg i. v., Apaurin 1 amp. i. v. Po podaní terapie došlo k úprave pulzovej frekvencie (zo 120 na 90/min.) a k subjektívnemu aj objektívnemu zlepšeniu klinického stavu pacientky. Pacientka aj jej manžel boli poučení o jej zdravotnom stave, odporúčaná jej bola návšteva obvodného lekára k nastaveniu ďalšej medikácie a starostlivosti. Následne bola pacientka v stabilizovanom stave (TK: 120/68mmHg, P: 90/min, sat. O₂ 94 %, GCS 15 bodov) po posúdení a vyhodnotení lekárom dohliadaného subjektu ponechaná v domácom prostredí. V nasledujúci deň 9. 8. 2023 zasahovala ambulancia ZZS RLP dohliadaného subjektu v mieste bydliska pacientky opäť, na základe pokynu KOS ZZS o 09:43 hod., pričom dôvodom zásahu bolo uvedené „sťažžené dýchanie“. Bol realizovaný pokyn na zásah a výjazd skupiny RLP dohliadaného subjektu. Po príchode na miesto zásahu posádkou RLP dohliadaného subjektu sa pacientka nachádzala v sede v polohovacom kresle, pri vedomí, orientovaná, reagovala adekvátne. Pri odoberaní anamnézy pacientka udávala štyri dni trvajúci subjektívny pocit dušnosti, bolesť na hrudi neudávala, lieky užívala pravidelne. Pacientka bola následne posádkou RLP dohliadaného subjektu objektívne vyšetrená: GCS 15 bodov, fotoreakcia bilat. výbavná, zrenice izokorické 3 mm, neurologický nález bol hodnotený v norme. Dýchacie cesty priechodné, dýchanie dyspnoické, vpravo oslabené. Pulzy centrálné a periférne nepravidelné, akcia srdca nepravidelná, koža bledá. Bolesť neudávala, brucho sine, HK a DK bez úrazov a deformít. Namerané FF: TK 130/70mmHg...125/80mmHg, P: 125/min., sat. O₂ 93 %...94 %, glykémia: 11,2mmol/l. Realizované bolo EKG vyšetrenie s popisom: AS

irreg., f 125, FiP, LAH, kompletný blok PTR s negat. T V1-3. Po kompletnom prvotnom a druhotnom vyšetrení boli lekárom dohliadaného subjektu stanovené diagnózy: Tachyfibrilácia predsiení, ICHS s dekompenzáciou MO a VO , zaistený bol periférny intravenózný vstup a podaná liečba: Furosemid 3x 20mg i. v., Betaloc 5 mg i. v. v 100ml FR. Na transport bolo použité transportné kreslo - schodolez, pacientka bola do ambulancie RLP dohliadaného subjektu transportovaná v polohe v sede. V ambulancii RLP dohliadaného subjektu bola pacientka monitorovaná (EKG, TK, P, sat. O2) a za kontinuálneho monitoringu bola transportovaná na oddelenie urgentnej medicíny k určeniu nadväzujúcej diagnostiky a liečby, kde bola odovzdaná do starostlivosti lekára. Pacientka bola dňa 9. 8. 2023 prijatá na kardiologickú kliniku pre kongestívne kardiálne zlyhávanie NYHA IV, subakútny infarkt myokardu v teréne bloku pravého Tawarovho ramienka a bloku pravého predného zväzochu v EKG obraze (RBBB + LAH - bifascikulárny blok) a novozistenú fibriláciu predsiení s rýchlou komorovou odpoveďou, ako aj s koincidentálnym nálezom segmentárnej embolizácie do riečiska arterie pulmonalis. Pacientke bola nasadená komplexná kardiologická liečba, pri ktorej bola počas celej hospitalizácie obehovo stabilná a na selektívnu koronarografiu bola dňa 15. 8. 2023 preložená do Kardiocentra. V priebehu transportu posádkou RZP „S“ v trvaní dvoch minút bola pacientka v stabilizovanom stave, monitorované mala TK, P, dýchanie, sat. O2, EKG. Podávaný bol kyslík inhalačne 1 l/min., bez ďalšej ordinovanej medikácie v priebehu transportu. V Kardiocentre jej bola realizovaná koronarografia s nálezom nevýznamných aterosklerotických zmien koronárnych tepien, preto bol z koronárneho hľadiska odporúčaný konzervatívny postup, infarkt myokardu nebol potvrdený, stav bol hodnotený v rámci srdcového zlyhávania pri novodiagnostikovanej fibrilácii predsiení s rýchlym prevodom na komory a verifikovanej segmentálnej pľúcnej embolizácii a bolo pokračované v liečbe srdcového zlyhávania. Pacientka bola dňa 16. 8. 2023 v stabilizovanom stave preložená späť na širšiu diagnostiku v rámci dif. dg. pľúcnej embólie, titrácie terapie a rehabilitácie posádkou RZP „S“ dohliadaného subjektu na kardiologické oddelenie. V priebehu transportu v trvaní troch minút bola pacientka v stabilizovanom stave,

monitorované mala TK, P, dýchanie, sat. O₂, EKG. Podávaný bol kyslík inhalačne 2 l/min., bez ďalšej ordinovanej medikácie v priebehu transportu. Pacientka bola odovzdaná lekárovi kardiologického oddelenia. Dňa 21. 8. 2023 pacientka a rodina s následnou hospitalizáciou na kardiologickom oddelení nesúhlasili, preto boli poučení o možných rizikách vyplývajúcich z odmietnutia zdravotnej starostlivosti vrátane možnosti predčasného úmrtia, čo potvrdili svojim podpisom na odmietnutí udeliť informovaný súhlas a bola prepustená do ambulantnej starostlivosti kardiopulmonálne kompenzovaná, eupnoická s odporúčením ďalšieho postupu. Dňa 3. 9. 2023 KOS ZZS prijalo tiesňové volanie prepojené z linky tiesňového volania 112, v ktorom volajúci žiadal o zdravotnícku pomoc pre manželku v mieste bydliska, dôvodom zásahu bolo uvedené „krv v moči“, bol realizovaný výjazd skupiny RZP. Po príchode na miesto zásahu posádka RZP dohliadaného subjektu pacientku našla sediacu na kraji postele, pri vedomí, komunikovala. Pacientka bola dušná, udávala krv v moči. V osobnej anamnéze bolo konštatované: „polymorbídna, kardiacka, extrémne obézna“. Pacientka bola následne posádkou RZP dohliadaného subjektu objektívne vyšetrená: GCS 15 bodov, fotoreakcia bilat. výbavná, zrenice izokorické 3 mm, neurologický nález bol hodnotený v norme. Dýchacie cesty priechodné, dýchanie dyspnoické, auskultačne nález hodnotený ako fyziologický. Pulz pravidelný, plný. Akcia srdca pravidelná, koža ružová, kapilárny návrat do 2 s, bolesť hodnotená ako znesiteľná, brucho palpačne bolestivé, na HK a DK boli výrazné opuchy, bez úrazu. Zmerané FF: TK 105/60mmHg, ..105/60mmHg..., P: 86/min...80/min., D: 16/min., sat. O₂ 92 %....90 %, TT 36,5 °C, s ohľadom na opuchy HK a DK nebolo možné ani na tri pokusy zaistiť periférny venózný prístup, preto posádka volila rýchly transport nemocnice. S ohľadom na stiesnené priestory v byte pacientky, ako aj jej zníženú mobilitu a extrémnu obezitu, na transport do ambulancie RZP chceli použiť pacientkin invalidný vozík. Pri presune na vozík došlo k zošuchnutiu pacientky medzi posteľ a radiátor, takže vytiahnuť ju z tohto priestoru bolo možné jedine fahom popod pazuchy a následným uložením na transportnú plachtu. Pomocou transportnej plachty presunuli následne pacientku na nosidlá pripravené

pred domom, kde bola riadne uložená, fixovaná a prikrytá prikrývkou a izotermickou fóliou. Následne bola transportovaná ambulanciou RZP s kontinuálnym monitoringom vitálnych funkcií na chirurgickú príjmovú ambulanciu k nadväzujúcej diagnostike a liečbe. Po príchode na príjmovú ambulanciu bola odovzdaná do starostlivosti lekára. Pacientka po vyšetrení na chirurgickej ambulancii bola akútne prijatá na internú kliniku pre renálnu insuficienciu, s podielom kardiorenálneho syndrómu, s rozvratom vnútorného prostredia v zmysle hyperkaliémie, nestravovania sa, hematóriu a celkové zhoršenie zdravotného stavu. Anamnesticky bola prítomná slabosť. Objektívne pri prijíme bola hypotenzná v anasarke. Pre celkový zlý zdravotný stav bola preložená na JIS internej kliniky, kde bol zavedený centrálny venózný katéter. Napriek intenzívnej liečbe zdravotný stav pacientky aj naďalej progredoval, rozvíjal sa MODS, laboratórne bola zaznamenaná kombinovaná metabolická aj respiračná acidóza, globálna respiračná insuficiencia. Pacientka bola napojená na HFNO (45 l/min., FiO₂ 0,23) s čiastočným zlepšením respiračných parametrov. Dňa 7. 9. 2023 o 06:30 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Zhodnotenie úradom

Úrad zistil u dohliadaného subjektu v dohliadanom období v rámci predmetu dohľadu nedostatky pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke. Pacientka bola polymorbídna, extrémne obézna s ICHS, hypertenziou, s diabetes mellitus II. typu na PAD a srdcovým zlyhávaním, ku ktorej manžel opakovane v dohliadanom období prostredníctvom tieňovej linky záchrany volal posádku záchrannej zdravotnej služby z dôvodu dyspnoe a krvi v moči. Úrad konštatuje, že prednemocničná zdravotná starostlivosť posádkou RLP dohliadaného subjektu pri prvom výjazde nebola poskytnutá správne. Posádka RLP dohliadaného subjektu pri zásahu nevykonala základné vyšetrenie - EKG záznam. Pacientku s kardiálnym zlyhaním na podklade novozachytenej tachyfibrilácie predsieni (diagnóza uvedená v závere z vyšetrenia ako tachyarytmia)

po podaní antiarytmickej liečby bez zabezpečenia EKG monitoringu, a tým pádom aj nemožnosti overenia účinku liečby, netransportovala do nemocničného zariadenia k poskytnutiu následnej liečby a nastaveniu na dlhodobú antiarytmickú a antikoagulačnú liečbu. Zdravotná starostlivosť pri ďalších výjazdoch RLP a RZP bola poskytnutá správne.

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke dohliadaný subjekt porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v tom, že pri zásahu dňa 8. 8. 2023 nevykonával EKG záznam, pri novozachytenej tachyfibrilácii predsiení, po podaní antiarytmickej liečby neoveril účinok podanej liečby EKG monitoringom a pacientku netransportoval do zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti v dohliadanom období dohliadaný subjekt porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.

17 Nebezpečenstvo kuchynského noža

Úrad prijal podnet advokátky pacientky, ktorá žiada o prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti po porezaní ľavej ruky kuchynským nožom.

Zistené skutočnosti

Pacientka, 45-ročná, sa dostavila na urgentný príjem dohliadaného subjektu dňa 26. 5. 2024 o 11:58 hod. s poranením ukazováka ľavej ruky, keď si v ten istý deň doma kuchynským nožom poškodila extenzor ukazováka ľavej ruky. Vyšetrená bola na chirurgickej ambulancii. Objektívne pri vyšetrení bola zistená rana s veľkosťou cca 1,5 cm v oblasti ukazováka, bez opuchu, bez neurocirkulačnej poruchy s diagnózou vulnus lacerum indicis manus I. sin cum laesio tend. extensores. Pacientke bola nasadená lokálna profylaktická protizápalová liečba, bol jej odporučený pokojový režim a kontrola na ambulancii úrazovej chirurgie dňa 27. 5. 2024. Podľa lekárskej správy z ambulancie úrazovej chirurgie dohliadaného subjektu dňa 27. 5. 2024 išlo o tangenciálnu, čiastočne stratovú ranu na dorze II. prsta ľavej ruky, kožný kryt bol ischemický, pod nim obnažený extenčný aparát II. prsta a pravdepodobne aj proximálny interfalangeálny kĺb (PIP). Diagnóza: V. scissum digiti. II. manus. I. sin cum laesio tendinis extensoris externus et PIP. Vzhľadom k začínajúcej inflamácii bolo odporučené prijať pacientku na oddelenie úrazovej chirurgie dohliadaného subjektu k parenterálnej ATB liečbe a odloženej suture. Pacientka bola v dňoch od 27. 5. 2024 do 31. 5. 2024 hospitalizovaná na oddelení úrazovej chirurgie dohliadaného subjektu. Počas hospitalizácie, pre inflamáciu rany jej bola nasadená ATB liečba parenterálne (Medoclav

1,2 g i. v.), denne boli vykonané preväzy. Z dôvodu, že bolo prítomné aj poranenie extenzorového aparátu v oblasti PIP kĺbu po telefonickom dohovore bola odoslaná dňa 31. 5. 2024 na konzultáciu na ambulanciu plastickej chirurgie iného PZS, kde bola naložená hyperextančná dlaha, odporučená ďalšia kontrola u nich s plánom tendosutúry. Podľa lekárskej správy z ambulancie plastickej chirurgie zo dňa 31. 5. 2024 bol stav diagnosticky uzavretý ako Boutonniere deformita, rezná rana v oblasti PIP kĺbu so stratou epidermis, edém v oblasti PIP kĺbu, palpačne bola prítomná citlivosť, bez supurácie, neurocirkulačné pomery boli v norme. Vykonaná bola toaleta rany s aplikáciou Betadine, Baneocin, tyl, krytie, naložená dlaha na extenziu PIP kĺbu, odporučené bolo pokračovať v ATB liečbe, pokojový režim, preväzy chirurgom á 2 dni, kontrola v ambulancii plastickej chirurgie bola plánovaná na dňa 6. 6. 2024, s plánom podľa lokálneho nálezu zväziť vykonanie operačného výkonu v lokálnej anestézii. Pri kontrolnom vyšetrení dňa 6. 6. 2024 bolo operačné riešenie odložené pre pretrvávajúci zápal, odporučené bolo pokračovať v ATB liečbe, kontrola bola odporučená na chirurgickej ambulancii v spáde, kontrola v ambulancii plastickej chirurgie bola plánovaná o 7 - 10 dní, resp. po ústupe zápalu. Dňa 13. 6. 2024 pri kontrolnom vyšetrení v ambulancii plastickej chirurgie bola pacientka objednaná na operačnú revíziu v lokálnej anestézii, ktorá jej bola vykonaná dňa 19. 6. 2024 s nálezom kompletnej lézie centrálného pruhu a postranných pruhov EDC II., lézia kĺbneho púzdra PIP kĺbu. Vykonaná bola sutúra kĺbneho púzdra, mobilizácia šlachy a tendosutúra s reinzerciou EDC II.

Zhodnotenie úradom

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

Pacientka po reznom poranení ukazováka ľavej ruky v oblasti dolného medzičlánkového kĺbu s porušením vystierača prsta a kĺbného púzdra bola ošetrovaná primárne dňa 26. 5. 2024 v chirurgickej ambulancii na urgentnom príjme dohliadaného subjektu, kde jej bola diagnostikovaná vyššie popísaná lézia so stratovým poranením kožného krytu nad kĺbom. Vykonaná bola toaleta rany, krytie a odporučená kontrola na druhý deň. Poranenia extenčného aparátu prstov ruky sú závažné poranenia z dôvodu častých trvalých následkov aj pri správnom chirurgickom ošetrovaní. Pri kompletnej lézii šľachy vyžadujú chirurgický výkon plastickým chirurgom. Operácia by sa mala vykonať čo najskôr, štandardne do 48 hodín, podľa stavu rany a dostupnosti špecialistu. Aj pri prvotnom ošetrovaní je nutné pri otvorenej rane prekrytie antibiotikami a vonkajšia fixácia dlahou v extenzii. U pacientky išlo o otvorenú léziu kĺbného púzdra II. prsta ľavej ruky so stratou epidermis a porušením extenzora dlhého vystierača prsta. Poranenie bolo pri prvotnom vyšetrení správne diagnostikované a popísané. Ponechať definitívne ošetrovanie na druhý deň po úraze bolo možné, avšak za predpokladu preventívneho podania antibiotík k zníženiu rizika ranovej infekcie a fixácie prsta dlahou, čo nebolo dohliadaným subjektom vykonané. V dôsledku infekcie bolo u pacientky odložené definitívne ošetrovanie, a tým sa predĺžila doba liečenia vrátane rehabilitácie. Vznik infekcie rany je častý jav aj pri antibiotickom krytí, ale riziko je nižšie. Čo sa týka vzniku trvalých následkov, nedá sa zodpovedne povedať, či by boli pri skoršom ošetrovaní menšie, prípadne žiadne, pretože aj pri skorom ošetrovaní tohto druhu poranenia v danej lokalizácii, zostávajú často trvalé následky v zmysle obmedzenia pohyblivosti prsta v určitom rozsahu ako následok poranenia ako takého, nie nesprávneho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vychádzajúc z uvedených skutočností a po komplexnej analýze doloženej zdravotnej dokumentácie úrad zistil nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a konštatoval, že postup dohliadaného subjektu nebol správny. Poranenie bolo u pacientky správne diagnostikované, ale postup dohliadaného subjektu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dňa 26. 5. 2024 s ohľadom na diagnostikovanú léziu šľachy nebol správne vykonaný, pretože nebola nasadená včasná antibiotická liečba a nebola vykonaná fixácia

poraneného prsta. Následný postup pri ďalších vyšetreniach bol bez zistených nedostatkov.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti v dohliadanom období dohliadaný subjekt porušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.



18 Ojedinelá komplikácia po plánovanej operácii makroadenómu hypofýzy

Úrad prijal podnet manželky pacienta, ktorý bol plánovane operovaný na neurochirurgickej klinike pre makroadenóm hypofýzy. Žiadala o prešetrenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti jej manželovi počas hospitalizácie.

Zistené skutočnosti

Pacient, 38-ročný, mal v ambulantných záznamoch uvedené, že v detstve prekonal vírusovú encefalitídu, mával migrenózne bolesti hlavy, osteopéniu, bol po apendektómii a artroskopii oboch kolien s operáciou pately pre dysplastické zmeny. Pre bolesti hlavy v roku 2011 absolvoval CT a MR vyšetrenie hlavy s náhodným nálezom makroadenómu hypofýzy, operáciu v roku 2018 odmietol. V júni 2022 kontrolné MR vyšetrenie vykazovalo makroadenóm hypofýzy o veľkosti 30 x 25 mm s eleváciou optickej chiazmy.

Dňa 3. 10. 2022 bol pacient hospitalizovaný na neurochirurgickej klinike dohliadaného subjektu k operačnej liečbe MR verifikovaného afunkčného makroadenómu hypofýzy. Pred operáciou bolo realizované CT vyšetrenie mozgu natívne a s kontrastnou látkou s nálezom: „makroadenóm hypofýzy, TU (tumorózna) expanzia selárnej oblasti, postkontrastne sa sýti, rozmerov cca 23 x 21 x 23 mm (APaLLaCC), mierne asymetrická, praecip. vpravo. Expanzia sa vyklenuje do sfenoidálneho sínu l. dx. + odtláča ACI, viac l. dx.“ Pacient absolvoval interné a anesteziologické

predoperačné vyšetrenie so záverom: „Anestéza je možná s bežným rizikom. Odporúčenie: prevencia TECH, chronická terapia ako doteraz, monitoring.“ Súčasťou chorobopisu bola aj príloha k informovanému súhlasu podpísaná pacientom, v ktorej bol oboznámený s doporučenou operačnou liečbou a vysvetlením o možných rizikách a komplikáciách pri operácii hypofýzy.

Dňa 4. 10. 2022 po adekvátnej predoperačnej príprave bola vykonaná transnazálna transsfenoidálna resekcia makroadenómu hypofýzy. Operácia prebehla v celkovej anestéze v polohe na chrbte s hlavou v trojbodci pod navigáciou, so začiatkom operácie o 08:00 hod. a ukončením o 09:10 hod, operačný výkon bol bez komplikácií. O 15:15 hod. bolo realizované prvé pooperačné CT vyšetrenie mozgu s potvrdením primeraného pooperačného nálezu. V ďalšom pooperačnom období pacient postupne absolvoval rehabilitačný proces.

Dňa 11. 10. 2022, pre rozvoj pooperačnej rhinorey s likvoreou, bola neurochirurgom dohliadaného subjektu pacientovi implantovaná ELD s deriváciou likvoru 200 ml/24 hod. Pre pretrvávajúce intermitentné bolesti hlavy a nauzey nekonštantne sprevádzanej vomitom bol odobratý mozgovomiechový mok na mikrobiologické vyšetrenie, ktoré potvrdilo prítomnosť HHV6. Po konzultácii dohliadaného subjektu s infektológom boli pacientovi nasadené antivirotiká - herpesín s imunomodulanciom Imunor. Zo záznamov v zdravotnej dokumentácii úrad zistil, že odvádzanie mozgovomiechového moku bolo pravidelne sledované a zaznamenávané, odvádzané množstvá likvoru boli primerané.

Dňa 12. 10. 2022 pacientovi pre bolesti hlavy sprevádzané nauseou a zvracaním bola podávaná infúzna symptomatická analgetická a antiemetická liečba (Analgin, Torecan, Ondasetron). Pacient bol afebrilný, bez zmeny neurologického statusu. Naďalej bola sledovaná drenáž ELD a meranie špecifickej hustoty moču (ŠHM) á 6 hod.

Dňa 14. 10. 2022 o 17:40 hod. u pacienta došlo k zhoršeniu neurologického nálezu - pacient bol somnolentný, cítil sa slabý, mal zhoršenú reč, sťažené vykonávanie výziev. Indikované bolo urgentné CT vyšetrenie mozgu. O 18:10 hod. za asistencie lekára, sestry a zdravotnej asistentky bolo zrealizované urgentné CT vyšetrenie mozgu, ktoré verifikovalo novo diferencovanú intraparenchýmovú hemorágiu v oblasti cerebella s útlakom mozgového kmeňa a IV. mozgovej komory. O 18:15 hod. u pacienta na CT pracovisku nastala náhla strata vedomia so zástavou srdca, sat. O₂ bola nemerateľná, pacient bol cyanotický, okamžite bola zahájená KPR. Privolaný tím KAIM pacienta okamžite intuboval a napojil na UPV, cca do 3 minút bola obnovená cirkulácia a pacient bol po krátkej príprave prevezený na operačnú sálu neurochirurgickej kliniky dohliadaného subjektu. Pacient bol urgentne operovaný z vitálnej indikácie, realizovaná bola subokcipitálna dekompresívna kraniektómia s evakuáciou hemorágie a so zavedením EKD. Výkon prebehol bez komplikácií, nutná bola podpora obehu noradrenalinom, krvné straty boli cca 300 ml. Hospitalizácia na KAIM dohliadaného subjektu bola od dňa 14. 10. 2022 do 31. 10. 2022. Pooperačne bol pacient ponechaný v cielenej analgosedácii, na UPV a podpore obehu, antibiotická, antivirová liečba bola po dohovore s infektológom upravovaná - acyclovir za ganciklovir pre dôkaz raritnej HHV6 encefalitídy pri suspektnom imunodeficite. Denne bol vizitovaný neurochirurgom dohliadaného subjektu s preväzom operačnej rany a postupnou redukciou antiedémovej liečby a sedácie. Pooperačné kontrolné CT vyšetrenia mozgu boli realizované v dňoch 15. 10. 2022, 18. 10. 2022, 24. 10. 2022 a 30. 10. 2022, potvrdili primeraný pooperačný nález s postupnou dekompresiou mozgového kmeňa a IV. mozgovej komory s postupnou regresiou edému. Štruktúra mozgového kmeňa bola hypodenzná, čo potvrdilo dokonané ischemické poškodenie mozgového kmeňa s negatívnym vplyvom na prognózu pacienta.

Dňa 23. 10. 2022 u pacienta na minimálnej sedácii s UPV pre febrilitu, tachypnoe a tachykardiu boli odobraté hemokultúry, v ktorých pôdy ostali sterilné. V spúte bol identifikovaný *Pseudomonas aeruginosa* a *Acinetobacter baumannii* s citlivosťou na kolimycín, preto do liečby bol

pridaný Amikin 2 g i. v. á 24 hod. Zahájený weaning, spontánna ventilácia cez TS intermitentná.

Dňa 24. 10. 2022 na kontrolnom CT vyšetrení mozgu bolo uvedené: „hemoragicko-kontúzne ložisko v pravej hemisfére bolo v štádiu resorpcie, bez dilatácie KS, IV. mozgová komora aj parakmeňové cisterny už detekovateľné“. U pacienta bolo pokračované vo weaningu, intermitentnom odpájaní na spontánne dýchanie cez TS.

Dňa 26. 10. 2022 na odporúčenie neurochirurga dohliadaného subjektu bola u pacienta odstránená likvorová drenáž, kultivačne špička z drénu - St. haemolyticus s dobrou citlivosťou na podávanú antibiotickú liečbu, na CT pretrvávala tonzilárna herniácia.

V ďalšom priebehu hospitalizácie došlo u pacienta k zlepšeniu stavu vedomia, snažil sa komunikovať žmurkaním, vyhovieť jednoduchej výzve, dýchal spontánne cez TS zvlhčený O₂ s vyhovujúcou SpO₂, bol afebrilný, cirkulačne stabilizovaný, pretrvával motorický obraz kvadruplégie, bulbárny syndróm, fixovaný pohľad, bolusovo forsirovaná diuréza, príjem cez nazogastrickú sondu. Laboratórne bol zaznamenaný pokles zápalových markerov, prítomná bola elevácia hepatálnych enzýmov. U pacienta bola zahájená rehabilitácia na lôžku a na odporúčenie endokrinológa do liečby bol pridaný hydrokortizon.

Dňa 31. 10. 2022 bol pacient preložený na izolované lôžko neurochirurgickej kliniky dohliadaného subjektu k pokračujúcej liečbe, rehabilitácii a ošetrovateľskej starostlivosti.

Dňa 3. 11. 2022 bola u pacienta zrušená nazogastrická sonda a zavedený PEG. Pokračovalo sa v podávaní trojkombinácie antibiotík.

Dňa 4. 11. 2022 po dohovore s primárom spádovej nemocnice bol pacient preložený na OAIM k ďalšej liečbe. Doporučené kontroly na neurochirurgickej klinike dohliadaného subjektu neabsolvoval.

Zhodnotenie úradom

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

Pacient, vtedy 38-ročný, v detstve prekonal vírusovú encefalitídu, mával časté bolesti hlavy, pre ktoré v roku 2011 absolvoval CT a MR vyšetrenie hlavy s nálezom afunkčného makroadenómu hypofýzy o veľkosti 30 x 25mm s eleváciou optickej chiazmy. Dňa 3. 10. 2022 bol plánovane hospitalizovaný na neurochirurgickej klinike dohliadaného subjektu k operačnej liečbe. Po adekvátnej predoperačnej príprave, s podpísaním informovaného súhlasu, s vysvetlením o možných rizikách a komplikáciách pri operácii hypofýzy, bola dňa 4. 10. 2022 v celkovej anestézii vykonaná transnazálna transsfenoidálna resekcia makroadenómu hypofýzy. Operačný výkon bol bez komplikácií. Kontrolné pooperačné CT vyšetrenie mozgu natívne a s kontrastnou látkou bolo s uspokojivým nálezom, bez známkov zakrvácania v oblasti postresekčného lôžka. Pooperačne po extrakcii tamponády bola verifikovaná postupne progredujúca rhinorea s likvoreou, preto dňa 11. 10. 2022 neurochirurgom dohliadaného subjektu bola pacientovi implantovaná externá lumbálna drenáž s deriváciou likvoru 200 ml/24 hod. Pre pretrvávajúce intermitentných bolesti hlavy a nauzey nekonštantne sprevádzanej vomitom bol odobratý mozgovomiechový mok na mikrobiologické vyšetrenie, ktoré potvrdilo prítomnosť HHV6. Dohliadateľným subjektom boli po konzultácii s infektológom pacientovi nasadené antivirotiká - herpesín s imunomodulans Imunor. Dňa 14. 10. 2022 došlo u pacienta k zhoršeniu neurologického nálezu, pacient bol somnolentný, zhoršila sa mu reč. Za asistencie lekára, sestry a

zdravotnej asistentky bolo zrealizované urgentné CT vyšetrenie mozgu s potvrdením rozsiahleho krvácania, prevažne v pravej mozočkovej hemisfére s výrazným edémom a kompresiou IV. mozgovej komory a mozgového kmeňa. Bezprostredne po absolvovaní CT vyšetrenia mozgu nastala u pacienta náhla strata vedomia so zástavou srdca, sat. O₂ bola nemerateľná, pacient bol cyanotický. Okamžite bola zahájená KPR, privolaný bol tím KAIM dohliadaného subjektu, ktorý pacienta okamžite intuboval a napojil na UPV, cca do 3 minút bola obnovená cirkulácia. Pacient po krátkej príprave bol prevezený na operačnú sálu neurochirurgickej kliniky dohliadaného subjektu. Z vitálnej indikácie bol urgentne operovaný, realizovaná bola subokcipitálna dekompresívna kraniektómia s evakuáciou hemorágie a so zavedením EKD. Výkon prebehol bez komplikácií, nutná bola podpora obehu noradrenalinom, krvné straty boli cca 300 ml.

Úrad má za to, že správne boli počas CT vyšetrenia na rádiologickom pracovisku dohliadaného subjektu prítomní - lekár, sestra aj zdravotný asistent pre riziko možného náhleho zhoršenia zdravotného stavu pacienta, ktoré v prípade pacienta aj nastalo. Reakcia personálu dohliadaného subjektu bola bez omeškania a správna. Počas hospitalizácie pacienta na KAIM dohliadaného subjektu v čase od 14. 10. 2022 do 31. 10. 2022 boli použité diagnostické, terapeutické a časové postupy, ktoré sú v súlade so štandardnými postupmi a súčasnými odbornými poznatkami v neurochirurgii. Pacient po operácii bol vo farmakologickej sedácii a cerebroprotektívnom režime. Denne bol vizitovaný neurochirurgom dohliadaného subjektu s preväzom operačnej rany a postupnou redukciou antiedémovej liečby a sedácie.

Pooperačné kontrolné CT vyšetrenia mozgu boli realizované v dňoch 15. 10. 2022, 18. 10. 2022, 24. 10. 2022 a 30. 10. 2022, potvrdili primeraný pooperačný nález s postupnou dekompresiou mozgového kmeňa a IV. mozgovej komory s postupnou regresiou edému. Štruktúra mozgového kmeňa bola hypodenzná, čo potvrdilo dokonané ischemické

poškodenie mozgového kmeňa s negatívnym vplyvom na prognózu pacienta. v ďalšom priebehu hospitalizácie došlo u pacienta k zlepšeniu stavu vedomia, snažil sa komunikovať žmurkaním, vyhovieť jednoduchej výzve, dýchal spontánne cez TS zvlhčený O₂ s vyhovujúcou SpO₂, bol afebrilný, cirkulačne stabilizovaný, s kvadruplégiou, bulbárnym syndrómom, fixoval pohľad. U pacienta bola zahájená rehabilitácia na lôžku. Dňa 31. 10. 2022 bol pacient po dohovore preložený na izolované lôžko neurochirurgickej kliniky dohliadaného subjektu k pokračujúcej liečby, rehabilitácii a ošetrovateľskej starostlivosti. Dňa 4. 11. 2022 bol pacient preložený k doliečeniu na OAIM spádovej nemocnice.

Vychádzajúc z uvedených skutočností a po komplexnej analýze doloženej zdravotnej dokumentácie úrad konštatuje, že pri zhodnotení poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientovi dohliadaným subjektom nezistil žiadne nedostatky v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a postup dohliadaného subjektu bol správny v zmysle zákonných ustanovení. Vyšetrovacie postupy u pacienta ako aj liečebné postupy boli indikované a realizované v dostatočnom rozsahu, včas a správne. Zdravotná dokumentácia bola vedená správne a podrobne monitorovala stav pacienta. Komplikáciu v zmysle krvácania v zadnej jame lebečnej úrad pokladá za ojedinelú i v zmysle poskytnutého operačného výkonu a dáva ju skôr do súvisu s prebiehajúcou neuroinfekciou HHV6 pri imunodeficite pacienta.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti v dohliadanom období dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.



19 Škola v prírode

Úrad prijal podnet otca maloletej pacientky, ktorý žiadal o prešetrenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti po uštipnutí neznámym bodavým hmyzom do oblasti ľavého oka. Dcéra bola v tom čase v škole v prírode. Zdravotníčka bezodkladne vykonala výplach oka vodou a aplikovala očné kvapky, následne bola ošetrená v ambulancii pohotovostnej služby. Žiadala o prešetrenie poskytnutia zdravotnej starostlivosti v ambulancii pohotovostnej služby. Vzhľadom na stav pacientky sa domnievala, že stanovenie postupov bolo nedostatočné a liečba zanedbaná.

Zistené skutočnosti

10-ročná pacientka absolvovala dňa 6. 6. 2024 vyšetrenie v ambulancii pohotovostnej služby dohliadaného subjektu z dôvodu uštipnutia neznámym hmyzom pod ľavým okom, ktoré jej následne opuchlo. Z osobnej anamnézy pacientky vyplýva, že jej vývin bol harmonický, chorobnosť sporadická, prekonala niekoľko febrilných respiračných infekcií. Pre deformáciu nosa mala indikované otorinolaryngologické vyšetrenie so záverom *Deformatio doris et septi nasi*. Priebeh respiračných infekcií bol protiahovaný v dôsledku ťažkej deformity nosa s ľavostrannou obturáciou nosa. Na základe otorinolaryngologického vyšetrenia bol pacientke indikovaný operačný výkon vo veku 10 rokov. v marci roku 2024 pacientka prekonala respiračnú infekciu s ťažkým priebehom, ktorá bola následne hodnotená ako intersticiálna pneumónia. Pacientka nebola vyšetrená v alergologickej ani v imunologickej ambulancii. Pacientka bola v čase poštípania hmyzom, dňa 6. 6. 2024 na pobyte v škole v prírode a na vyšetrenie do zdravotníckeho zariadenia dohliadaného subjektu sa dostavila v doprovide školského pedagóga a zdravotníckeho pracovníka. Po uštipnutí hmyzom boli pacientke v škole

v prírode aplikované očné kvapky Livostin 0,5 mg/ml, ktorý sa používa na rýchlu a dlhotrvajúcu úľavu pri očných ťažkostiach ako sú pálenie, sčervenanie alebo opuch. Podľa objektívneho vyšetrenia bola pacientka pri vyšetrení afebrilná, poloha aktívna, bez známkov respiračnej infekcie, kardiopulmonálne kompenzovaná, bez lymfadenopatie, bez známkov zápalu očí, hrdla či nosa. Vyšetrenie u dohliadaného subjektu ukázalo poštípacie hmyzom, pričom pacientka bola bez respiračných problémov, ústna dutina pokojná. Opuch bol lokalizovaný na jedno oko, na iných miestach tváre a tela neboli reakcie na poštípacie popísané. Pacientke bol dohliadaným subjektom urobený výplach oka, ordinovaný Fenistil 25 kvapiek a očné kvapky OCUflash, ktoré majú protizápalové a sťahujúce účinky, a požívajú sa pri neinfekčných zápaloch oka. Pacientke bol zároveň odporúčaný studený obklad na oko. Dohliadaný subjekt poučil zdravotníckeho pracovníka prítomného v škole v prírode, že v prípade zhoršenia zdravotného stavu pacientky, resp. zhoršení opuchu ľavého oka bude potrebné vyšetrenie na očnej ambulancii. Po návrate do školy v prírode bola pacientka pod dozorom zdravotníckeho pracovníka až do večerných hodín. Dňa 7. 6. 2024, po návrate do domáceho prostredia a na základe pretrvávajúceho opuchu ľavého oka, absolvovala pacientka v doprovide svojich rodičov vyšetrenie v inom zdravotníckom zariadení. Na základe objektívneho nálezu bolo jej ľavé oko výrazne opuchnuté, po pasívnom otvorení oka očný bulbus pohyblivý FR + sym., dýchanie čisté, AS pravidelná, ozvy ohraničené, brucho voľné. Pacientkin zdravotný stav bol uzavretý ako alergický opuch ľavého oka, bola jej podaná protizápalová a protiedémová liečba a odporúčaný bol Hydrokortizon 100 mg i. v., Dithiaden 2 ml (10 mg) i. v. a očné kvapky Spersadex 4x denne do ľavého oka. Dňa 7. 6. 2024 došlo k zlepšeniu klinického stavu pacientky, čo potvrdzuje skutočnosť, že edém po poštípaní hmyzom ustúpil po 2 - 3 dňoch.

Zhodnotenie úradom

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

V prípade pacientky išlo o lokálnu reakciu po poštípaní neznámym hmyzom. Veľkosť opuchu v oblasti oka súvisí s podkožnými štruktúrami - malá tuková a svalová vrstva. Preto prestupujúci exsudát z ciev je výraznejší ako na iných miestach tela. Všeobecne môžu nastať dva typy prejavov po poštípaní, a to nealergická reakcia vyvolaná pôsobením nízkomolekulárnych látok účinkujúcich na cievy a alergická reakcia, ktorá je spôsobená proteínmi indukujúcimi špecifické IgE protilátky. Proti alergickej reakcii v tomto prípade hovorí skutočnosť, že na inom mieste, ako v mieste poštípania sa opuch, začervenanie nevyskytlo. Rovnako tak, ani pri následnom ošetrení neboli prejavy po poštípaní na iných miestach tela pacientky. Edém postupne ustúpil počas 2 - 3 dní, čo nastalo aj v prípade zdravotného stavu pacientky.

Postup dohliadaného subjektu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti maloletej pacientke úrad vyhodnotil ako štandardný a správny.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti v dohliadanom období dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.

20 V hlavnej úlohe jeleň

Úrad prijal podnet pacienta, v ktorom uviedol, že žiada prešetriť poskytnutú zdravotnú starostlivosť po havárii na motorke, pri ktorej si zlomil obidve ruky a po troch mesiacoch od havárie stále pociťoval bolesti.

Zistené skutočnosti

Pacient, 32-ročný, utrpel dňa 23. 6. 2023 úraz na motorke, keď v rýchlosti cca 80 km za hodinu vrazil do jeleňa, ktorý mu skočil do cesty. Pacient bol privezený RZP na urgentný príjem dohliadaného subjektu a po vyšetreniach bol dňa 24. 6. 2023 o 01:47 hodine prijatý na oddelenie úrazovej chirurgie. Pri prijatí sa pacient sťažoval na bolesti ľavej ruky, ľavého stehna a ľavého boku. Hlava ho nebolela, nezvracal, bez nauzey. Bolo realizované CT vyšetrenie bez nálezu závažnejšieho dutinového poranenia. Na vykonanom RTG vyšetrení bola prítomná dislokovaná zlomenina diafýzy rádia vľavo s luxáciou v karmo-ulnárnom spojení a zlomenina hlavičky rádia vpravo. Ľavý femur bol bez traumatických zmien.

Dňa 24. 6. 2023 po neodkladnej príprave bol pacient operovaný v celkovej anestézii, naložený bol externý fixátor na zlomeninu ľavého predlaktia s revíziou a sutúrou rany. Zlomenina hlavičky rádia vpravo bola indikovaná a ponechaná na konzervatívnu liečbu. Po odznení opuchu bol pacient dňa 30. 6. 2023 znovu operovaný, zrušený bol externý fixátor a bola vykonaná definitívna osteosyntéza dlahou. Pacient bol počas hospitalizácie postupne vertikalizovaný, na lôžku postupne rozcvičovaný, pravý lakeť, bez imobilizácie a na ľavej hornej končatine bola naložená sadrová dlahá.

Dňa 3. 7. 2023 bol pacient v stabilizovanom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Dňa 12. 7. 2023 pacient absolvoval prvé kontrolné vyšetrenie na chirurgickej úrazovej ambulancii dohliadaného subjektu. Cítil sa lepšie, rany boli pokojné, stehy z rán boli odstránené, odstránená bola aj sadrová dlaha z ľavej hornej končatiny. Pacientovi bola predpísaná aretovaná ortéza na ľavý lakeť s rozsahom pohybu 0-0-130°. Pacient bol pozvaný na kontrolu o mesiac.

Dňa 19. 7. 2023 absolvoval vstupné rehabilitačné vyšetrenie lekárom FBLR, kde mu bolo odporučené: MT + PIR 10x, magnet 10x, biolampa 10x. Na kontrolnom vyšetrení dňa 7. 8. 2023 sa pacient mal lepšie, objektívne pretrvával ešte opuch ľavého predlaktia a hybnosť v lakti a v zápästí bola limitovaná, rana bola zhojená a periféria bola bez neurocirkulačných porúch. Na realizovanom RTG vyšetrení ľavého predlaktia bol OSM in situ. Pacient bol odoslaný na rehabilitáciu, na kontrolu bol pacient pozvaný dňa 18. 9. 2023.

Na absolvovanom kontrolnom vyšetrení dňa 18. 9. 2023 udával pacient zlepšenie a na RTG snímke ľavého predlaktia bol OSM in situ, kalus ešte nebol vytvorený. Pacientovi bolo odporučené pokračovať v rehabilitačnom programe.

Dňa 25. 9. 2024 pacient ukončil rehabilitáciu predpísanú lekárom FBLR, pričom kontrola po rehabilitácii nebola realizovaná.

Na kontrolnom vyšetrení dňa 17. 10. 2023 pacient udával bolestivosť v oblasti pravého lakťa. S ľavým predlaktím problémy nemal. Lokálne bola prítomná v oblasti pravého lakťa minimálna citlivosť, viazla extenzia 15° st., pronácia a supinácia boli minimálne algické, bez krepitácií. Na vykonanom RTG vyšetrení pravého lakťa boli prítomné paraartikulárne

osifikáty v oblasti hlavičky rádia. Pacientovi bola odporučená intenzívna rehabilitácia a po jej ukončení kontrola.

V čase od 19. 10. 2023 do 10. 11. 2023 pacient absolvoval rehabilitáciu pre pretrvávajúce bolesti v pravom lakti s obmedzenou hybnosťou. Rehabilitáciu dobre toleroval, úľavu neudával, bolesti v ľavom lakti pretrvávali, zvýraznili sa pohybom. Flexia do 90°, extenčný deficit cca 20° - v porovnaní zo začiatkom rehabilitačnej liečby len minimálne zlepšenie, pohyby všetkými smermi boli naďalej bolestivé. Odporučené bolo doma pokračovať v liečebnom telocviku. Aj na kontrole dňa 21. 11. 2023 pacient udával bolestivosť v oblasti pravého lakťa. Objektívne viazla extenzia cca 5 — 10, na RTG vyšetrení bola zlomenina prehojená a boli prítomné paraosifikáty. Pacientovi bola odporučená terapia rázovými vlnami a následne kontrola.

Na kontrolnom vyšetrení dňa 20. 12. 2023, po ukončení terapie rázovými vlnami, pacient stále udával bolestivosť pravého lakťa, lokálne bol nález bez zmeny a na RTG vyšetrení boli prítomné paraosifikáty zvýraznené. Pacientovi bola odporučená rádioterapia a pri jej neúspechu zvažiť artroskopiю lakťa. Aj na kontrolnom vyšetrení dňa 31. 1. 2024 pacient udával bolestivosť v oblasti pravého lakťa, napriek tomu, že absolvoval terapiю rázovými vlnami a rádioterapiю. Pacient bol odoslaný na konzultáciu k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, kde bol vyšetrený dňa 19. 3. 2024 a dňa 27. 3. 2024 bol v celkovej anestézii operovaný. Vykonaná bola artroskopická revízia a deliberácia lakťového kĺbu. Dňa 22. 4. 2024 pacient absolvoval kontrolné vyšetrenie na ambulancii, kde mu bola podaná injekcia Sinovial One do pravého lakťa. Pacientovi bola odporučená rehabilitácia bez obmedzenia. Dňa 13. 6. 2024 pacient absolvoval vyšetrenie magnetickou rezonanciou s nálezom stavu po zlomenine hlavičky rádia s miernym dislokačným postavením s depresiou radiálnej artikulácie, s obrazom rádiohumeralnej artrózy a distenziou radiálneho kolaterálneho ligamenta. Pacient absolvoval dňa 3. 7. 2024 vyšetrenie na úrazovej ambulancii ďalšieho PZS, kde mu bola odporučená znovu artroskopia pravého lakťa.

Zhodnotenie úradom

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

Pacient bol správne vyšetrený a správne hospitalizovaný na oddelení úrazovej chirurgie dohliadaného subjektu. Po neodkladnej príprave bol pacient správne operovaný, naložený externý fixátor na zlomeninu ľavého predlaktia. Aj načasovanie druhej operácie, odstránenie externého fixátora a definitívna osteosyntéza dlahou bolo správne a včas. Tiež bolo správne rozhodnutie ponechať zlomeninu hlavičky rádia na konzervatívnu liečbu. Išlo o zlomeninu s minimálnou dislokáciou, následne bol pacient správne ambulantne sledovaný. Na všetky jeho ťažkosti bolo správne a včas reagované a pacient bol odoslaný k ďalšej liečbe na pracovisko, ktoré sa venuje artroskopii lakťa. Pri posledných vyšetreniach u pacienta nie je prítomná instabilita v lakťovom kĺbe a aj hybnosť je skoro plná (flexia do 130° a deficit extenzie -5°). Pacient má bolesti z prítomných osifikátov, ktoré sa môžu vytvoriť aj po operačnom riešení zlomeniny hlavičky rádia.

Úrad konštatoval, že pacientovi bola zdravotná starostlivosť poskytnutá včas, štandardne, správne a v súlade s uznávanými algoritmi.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti v dohliadanom období dohliadaný subjekt neporušil ustanovenia § 4 ods. 3 zákona 576/2004 Z. z.

21 Členok alebo achilovka?

Úradu bol doručený podnet pacienta, ktorý vyjadril podozrenie z nesprávne poskytnutej zdravotnej starostlivosti jemu ako pacientovi v chirurgickej ambulancii.

Zistené skutočnosti

47-ročný pacient bol prvotne vyšetrený na urgentnom prijíme v nemocnici dňa 18. 2. 2025 pre podvrtnutie ľavého členka. Následné kontroly pacient absolvoval na chirurgickej ambulancii dohliadaného subjektu.

Dňa 25. 2. 2025 na prvom kontrolnom vyšetrení pacient udával bolesti členka, iné ťažkosti neudával. Objektívne bol viditeľný perimalleolárny opuch a opuch na chodidle, bol prítomný plošný hematóm. Pacientovi bol členok ošetrený octanovým krémom a obviazaný elastickým obvazom pre spevnenie členka s odporúčaním užívania analgetík a používania ortézy, za dodržiavania pokojového režimu. Kontrolné vyšetrenie bolo naplánované o dva týždne s realizáciou RTG snímky ľavého členka, s diagnostickým záverom Distorsio articulatio talocruralis I. sin.

Na plánovanej kontrole dňa 11. 3. 2025 pacient udával ešte bolesti členka, ale mal sa o čosi lepšie. Zrealizovaná RTG snímka bola bez traumatických zmien. Objektívne bol viditeľný perimalleolárny opuch. Opuch na chodidle bol menší, hematóm bol takmer zresorbovaný. Na členok bol aplikovaný octanový krém a bol spevnený obvazom. Odporúčané bolo používanie ortézy a užívanie analgetík pre zmiernenie bolesti. Na kontrolné vyšetrenie bol pacient objednaný znova o dva týždne.

Pacient absolvoval kontrolné vyšetrenie aj 28. 3. 2025 s tým, že mu bola odporúčaná ďalšia kontrola, na ktorú sa pacient nedostavil.

Po približne štyroch mesiacoch dňa 8. 8. 2025 vyhľadal pacient iného PZS. K okolnostiam ďalšieho priebehu hojenia či možnej následnej traumatizácii ĽDK sa dohliadaný subjekt nevie vyjadriť. Nie je vylúčené, že v období od 28. 3. 2025 až do vyšetrenia u iného PZS, t. j. dňa 8. 8. 2025, čo predstavuje časové obdobie cca 4 a pol mesiaca, pacient utrpel ďalší úraz.

Pacient bol prvýkrát ošetrovaný na ortopedickej ambulancii dňa 8. 8. 2025. Subj.: Vo februári 2025 si pacient poranil Achillovu šľachu vľavo. Obj.: Dehiscencia inzercie tendinis Achillis l. sin. Pozit. Thompsonov príznak. Dg.: S86.0 Ruptúra tendinis Achillei l. sin. inveterata. Liečba: Pacient objednaný na operáciu - sutúra tendinis Achillei l. sin dňa 21. 8. 2025 o 06:30 hod. s interným predoperačným a predanesteziologickým vyšetrením nie starším ako 2 týždne. Osem hodín pred operáciou nejesť, nepiť, nefajčiť.

Operácia: dňa 21. 8. 2025 na ortopedickom oddelení v celkovej anestézii.

S86.0 Ruptúra tendinis Achillei l. sin. inveterata. Výkon: Deliberácia m. triceps surae l. sin. Sutúra tendinis Achillei l. sin. 2x stehom podľa Krakova vláknom Orthocord. Sádrová dlahá.

Epikríza: Pacient prijatý na oddelenie ortopédie na operáciu ruptúry Achillovej šľachy vľavo. Peroperačný a pooperačný priebeh bez komplikácií, prepustený do domáceho ošetrovania.

Odporúčanie: Chôdza s oporou bariel, bez dostupovania na operovanú dolnú končatinu. Clexane 0,6 ml s. c. večer. Novalgin 4x 500 mg p. os. Kontrola na ortopedickej ambulancii u iného PZS dňa 25. 8. 2025 o 7:15 hod.

Popis operácie:

V celkovej anestézii v polohe na bruchu dorzomediálnym rezom v dĺžke 6 cm nad strednou časťou Achillovej šľachy discidujeme kožu, podkožie, fasciu. Preparujeme inveterovanú ruptúru Achillovej šľachy, distálny pahýľ Achillovej šľachy 15 cm dlhý, dehiscencia v mieste ruptúry približne 40 mm a proximálne identifikujeme m. triceps. M. triceps rozsiahlo uvoľňujeme, mobilizujeme a distalizujeme k distálnemu pahýľu Achillovej šľachy. Po priblížení okrajom ich suturujeme 2x stehom pod Krakova vláknom Ortocord. Sutúra fasciae, subcutis, cutis. Sterilné krytie. Sadrová dlaha.

Zhodnotenie úradom

Úrad konštatoval nasledovné:

V chirurgickej ambulancii dohliadaného subjektu bola pacientovi poskytovaná zdravotná starostlivosť v súlade so štandardnými diagnostickými a terapeutickými postupmi. Na kontrolných vyšetreniach bola odobratá u pacienta lekárska anamnéza a realizované fyzikálne vyšetrenie, ktoré bolo doplnené o zobrazovacie metódy. Klinickým vyšetrením bola zhodnotená hybnosť, citlivosť, opuch, výskyt hematómu na ľavej nohe. Zrealizovaná kontrolná RTG snímka je pri podvrtnutí členka dostatočným diagnostickým vyšetrením. U pacienta neboli prítomné subjektívne ťažkosti, resp. objektívny nález, ktorý by bol medicínskou indikáciou pre rozšírené zobrazovacie vyšetrenia. Pri návštevách ambulancie sa pacient nesťažoval na problémy s Achillovou šľachou, ani nevyjadril nespokojnosť s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Klinickým vyšetrením bol potvrdený stav, ktorý zodpovedal stanovenej diagnóze, prejavy iného poškodenia v čase realizovaných vyšetrení v oblasti ľavej dolnej končatiny neboli prítomné.

Skupina vykonávajúca dohľad a odborný konzultant úradu v medicínskom odbore úrazová chirurgia konštatovali: v danom prípade pravdepodobne pri úraze dňa 18. 2. 2025 nebola kompletne roztrhnutá Achillova šľacha, preto sa klinicky nemanifestovala. v danom čase nebola indikácia na USG alebo MR vyšetrenie Achillovej šľachy. Ku kompletnej ruptúre došlo následne s časovým odstupom pri bežnej chôdzi alebo pohybe, pričom si to pacient ani nemusel ihneď všimnúť. Na ortopedické vyšetrenie sa dostavil s časovým odstupom, až dňa 8. 8. 2025. Nedá sa ani vylúčiť, že spontánne došlo k ruptúre degenerovanej šľachy a pacient to dáva do súvislosti so zranením zo dňa 18. 2. 2025.

Záver

V závere skupina vykonávajúca dohľad a odborný konzultant úradu v medicínskom odbore úrazová chirurgia konštatovali nasledovné: Zdravotná starostlivosť, ktorá bola poskytnutá z pohľadu úrazového chirurga pacientovi v ambulancii dohliadaného subjektu v časovom období od dňa 25. 2. 2025 do 11. 3. 2025 bola poskytnutá štandardným spôsobom, včas a správne.

Vyhodnotením informácií získaných výkonom dohľadu na diaľku a prešetrením zdravotnej dokumentácie skupina vykonávajúca dohľad u dohliadaného subjektu pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti pacientke nezistila porušenie § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

22 Nerozpoznaná zlomenina krčnej chrbitce

Úradu bol doručený podnet dcéry nebohého pacienta týkajúci sa podozrenia na nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť jej otcovi zo strany dohliadaného subjektu. V podnete pisateľka uviedla, že dňa 5. 5. 2024 bol jej otec vyšetrený na urgentnom prijíme nemocničného zariadenia po tom, čo doma spadol zo schodov a udrel si hlavu. Po vyšetrení traumatológom, neurológom a absolvovaní CT vyšetrenia mozgu, ktoré bolo rádiológom popísané ako negatívne, bol odoslaný domov. Doma sa pacient sťažoval na bolesti hlavy, nevedel chodiť, preto ho dcéra dňa 7. 5. 2024 odviezla na vyšetrenie na vyššie špecializované pracovisko, kde mu bola diagnostikovaná zlomenina druhého krčného stavca. Dňa 8. 5. 2024 bol pacient operovaný. V pooperačnom období sa u pacienta rozvinul zápal pľúc a dňa 11. 5. 2024 došlo k jeho úmrtiu.

Zistené skutočnosti

80-ročný pacient bol dňa 5. 5. 2024 privezený posádkou RZP záchrannej služby do traumatologickej ambulancie urgentného prijímu nemocničného zariadenia, kde bol o 06:42 hod. vyšetrený službukonajúcim traumatológom. V rámci nálezu z vyšetrenia bolo zaznamenané, že v noci okolo 00:30 hod. spadol doma zo schodov a pri páde si udrel hlavu. Objektívnym vyšetrením bolo zistené: Pacient pri vedomí, orientovaný, poloha na vozíku, periféria teplá, bez parestézií. Hlava na poklop nebolestivá, izokória, zrenice reagujú na osvit, jazyk plazí v strednej čiare, odierka v oblasti nad ľavým obočím cca 4 x 2 cm. Traumatológ odoslal pacienta na CT vyšetrenie mozgu, ktoré bolo rádiológom popísané: ...Kalva bez traumatických zmien, prítomná atrofia mozgu, lakunárny stav,

staré malatické ložisko vľavo frontobazálne, bez čerstvých traumatických zmien... Následne traumatológ stanovil diagnostický záver: Contusio et excoriatio regio supercilii l. sin. capitis (Pomliaždenie a odrenina v oblasti hlavy — obočia vľavo), pacientovi odporučil symptomatickú liečbu a kontrolu v traumatologickej ambulancii podľa stavu, pri zhoršení ihneď.

Dňa 5. 5. 2024 o 07:09 hod. pacient absolvoval neurologické vyšetrenie službukonajúcim neurológom nemocničného zariadenia. V rámci nálezu z vyšetrenia bolo zdokumentované, že ide o požadované neurologické vyšetrenie u pacienta po páde a úraze hlavy. Subjektívne pacient udával, že v noci spadol doma zo schodov, pri páde si udel hlavy frontálne, v bezvedomí nebol, na okolnosti si spomínal, aktuálne udával bolesti hlavy v záhlaví a frontálne, bez stranovej slabosti končatín, bez poruchy reči, bez nevoľnosti a vracania. Cestou traumatologickej ÚPS bolo realizované CT mozgu, ktoré bolo rádiológom popísané ako bez čerstvých traumatických zmien. U pacienta bolo realizované objektívne neurologické vyšetrenie so záverom: Stav po páde s úrazom hlavy, t. č. v objektívnom neurologickom náleze bez zjavných paretických prejavov a lateralizácie, bez známok meningeálnej iritácie, CT mozgu negatívne pre čerstvé ložiskové zmeny. Odporúčaný bol ďalší postup podľa traumatológa.

Dňa 7. 5. 2024 o 22:01 hod. bol pacient prijatý na pracovisko úrazovej chirurgie vyššieho špecializovaného zariadenia s diagnózou: Fractura dentis axis dislocata posterior (Zlomenina druhého krčného stavca s posunom). Dňa 8. 5. 2024 v čase od 09:00 hod. do 11:25 hod. bol u pacienta v celkovej anestézii realizovaný operačný výkon: Ventrálna spondylodéza, 1 segment. Operačná metóda: Operácia podľa Magerla, redon. Pooperačný priebeh bol komplikovaný rozvojom hypostatickej bronchopneumónie. Dňa 11. 5. 2024 o 08:10 hod. bola u pacienta zaznamenaná náhla desaturácia pod 70 % pri 15 l oxygenoterapii, na EKG asystólia, nemerateľný tlak krvi, apnoe, mydriáza, okamžite bola začatá kardiopulmonálna resuscitácia, následne za spolupráce s privolaným anesteziológom, avšak neúspešne, o 08:40 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Podľa pitevného protokolu bola ako príčina smrti stanovená diagnóza: Obojstranný zápal pľúc v štádiu organizácie, ako základná choroba diagnóza: Univerzálna ateroskleróza ťažkého stupňa, Obliterujúca skleróza koronárnych artérií ťažkého stupňa.

Zhodnotenie úradom

Išlo o 80-ročného pacienta, ktorý utrpel dňa 5. 5. 2024 domáci úraz, keď doma asi o 00:30 hod. spadol zo schodov a poranil si hlavu. Pacient bol ráno o 05:30 hod. privezený posádkou RZP do traumatologickej ambulancie urgentného príjmu nemocničného zariadenia, kde bol o 06:42 hod. vyšetrený službukonajúcim traumatológom. Lekár v náleze z vyšetrenia udáva, že pacient doma spadol zo schodov a pri páde si udrel hlavu. Pacient bol objektívne pri vedomí, orientovaný, na vozíku, periféria bola teplá, bez parestézií. Hlava na poklop bola nebolestivá, bola prítomná izokória, zrenice reagovali na osvit a jazyk plazil v strede. Nad ľavým obočím bola prítomná povrchová odierka veľkosti cca 4 x 2 cm. U pacienta bolo indikované a vykonané CT vyšetrenie mozgu s nálezom: ...Kalva bez traumatických zmien, prítomná atrofia mozgu, lakunárny stav, staré malatické ložisko vľavo frontobazálne, bez čerstvých traumatických zmien... Pacientovi bolo odporúčené neurologické vyšetrenie, ktoré bolo zrealizované o 07:09 hod. Neurológ v náleze z vyšetrenia udáva, že pacient doma spadol a poranil si hlavu, v bezvedomí nebol, na okolnosti úrazu si spomínal, sťažoval sa na bolesti hlavy v záhlaví a frontálne, nezvracal a neudával ani nauzeu. Pacient bol bez poruchy reči a bez stranovej slabosti končatín. Neurologicky bol pacient bez symptomatológie, šija bola voľná, neoponovala. Lekár stav uzatvoril ako stav po páde s úrazom hlavy, bez neurologickej symptomatológie a bez čerstvých traumatických zmien na CT vyšetrení. Pacient bol následne po ošetrovaní odierky prepustený domov s tým, že ak by sa stav zhoršil, bola mu odporúčená ihneď kontrola. Dňa 7. 5. 2024 pre pretrvávajúce bolesti hlavy bol pacient privezený príbuznými cca o 18:00 hod. na urgentný

príjem vyššieho špecializovaného zariadenia. Ošetrojúci lekár v náleze z vyšetrenia udáva, že pacient utrpel pred dvomi dňami úraz hlavy, ošetrovaný na urgentnom prijíme v spádovom nemocničnom zariadení, kde bolo realizované CT vyšetrenie a aj neurologické vyšetrenie s negatívnym nálezom. Pacient udával aj opakované prekolapsové stavy v minulosti a mal aj vyšší tlak krvi. Pri vyšetrení bol pri vedomí, orientovaný, bez ataxie, bez lateralizácie, bez známk meningeálneho dráždenia, postoj a chôdza boli oslabené, bol prítomný periokulárny hematóm vľavo s odreninou na nose staršieho dátá, hlava bola poklopovo citlivá, zrenice boli izokorické, fotoreakcia bola obojstranne výbavná, jazyk plazil v strede, uši, nos a ústa boli bez patologického výtoky, hrudník bol na tlak citlivý, vľavo bez krepitu a dýchanie bolo súmerné a počuteľné. Na vykonanom novom CT vyšetrení však bola prítomná zlomenina dens axis 2. krčného stavca s dislokáciou bázy ventrálne, so zúžením spinálneho kanála a s útlakom miechy. Bol popísaný aj neuzavretý oblúk 1. krčného stavca. Pacientovi bol okamžite naložený Philadelphia golier a bolo doplnené neurologické vyšetrenie s nálezom bez neurologického deficitu (opakované CT vyšetrenie mozgu bolo bez čerstvých traumatických zmien) a vzhľadom na kolapsové stavy neurológ odporučil aj vyšetrenie internistom. Z neurologického hľadiska pacientovi odporučil len pokojový režim, analgetiká a dostatočnú hydratáciu. Pacient potom absolvoval aj interné predoperačné vyšetrenie so záverom, že je kardiopulmonálne kompenzovaný a že akcelerovaná arteriálna hypertenzia je pri bolesti. Pacient bol následne o 22:00 hod. po telefonickom dohovore prijatý na pracovisko úrazovej chirurgie, kde bol pripravovaný na operačné riešenie zlomeniny druhého krčného stavca. Po neodkladnej príprave bol pacient na druhý deň, t. j. 8. 5. 2024, operovaný, bola vykonaná osteosyntéza zlomeniny dvomi kanylovanými skrutkami. Pooperačne bol stav pacienta komplikovaný rozvojom hypostatickej bronchopneumónie, bol sledovaný na jednotke intenzívnej starostlivosti a po stabilizácii stavu bol preložený na spinálnu jednotku. Dňa 11. 5. 2024 však náhle došlo k asystólii, desaturácii pod 70 %, apnoe, tlak bol nemerateľný, pulz nehmatný. Bola začatá okamžitá kardiopulmonálna resuscitácia, bol privolaný anesteziológ. Napriek tomu však o 08:40 hod. bol konštatovaný exitus letalis. Bezprostrednou

príčinou smrti podľa pitevného protokolu bol obojstranný zápal pľúc, išlo o úmrtie z chorobných príčin.

Na základe vyhodnotenia zistených skutočností úrad konštatoval nasledovné: Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi došlo k pochybeniu zo strany ošetrojúceho personálu dohliadaného subjektu tým, že nebola správne stanovená diagnóza zlomeniny druhého krčného stavca. Pacient bol po úraze vyšetrený traumatológom, ale na základe CT vyšetrenia, ktoré bolo správne indikované, nebola správne stanovená diagnóza zlomeniny druhého krčného stavca. Je však potrebné konštatovať, že pacient sa nesťažoval na bolesti krčnej chrbtice, sťažoval sa len na bolesti hlavy. Tiež bolo správne odporúčenie, že pri pretrvávajúcej ťažkosti mal pacient opakovane a urýchlene vyhľadať lekársku pomoc, čo sa nakoniec aj stalo a pacientovi následne bola správne stanovená diagnóza a bol aj správne operovaný. Avšak stav pacienta sa v pooperačnom období skomplikoval rozvojom hypostatickej bronchopneumónie a došlo k úmrtiu. Skutočnosť, že pacientovi nebola pri primárnom vyšetrení stanovená správna diagnóza, nemala vplyv na ďalší priebeh a následný exitus letalis. Je nepochybne ťažké vyšetřovať pacientov vo vyššom veku a s viacerými závažnými ochoreniami. Avšak úrad má za to, že v danom prípade v rámci primárneho traumatologického vyšetrenia pacienta (5. 5. 2024, 06:42 hod.) nebolo realizované objektívne fyzikálne vyšetrenie oblasti krčnej chrbtice, a hoci sa pacient nesťažoval priamo na bolesti krčnej chrbtice, vzhľadom na mechanizmus úrazu (spadol zo schodov a udel si hlavu) službukonajúci traumatológ mal uvažovať aj o možnom podozrení na poranenie krčnej chrbtice. Zlomeninu však bolo vidieť aj v CT obraze. V danom prípade ani lekár, ktorý popisoval CT vyšetrenie, teda rádiológ, si nevšimol prítomnú zlomeninu, ktorá si vyžadovala okamžitú fixáciu krčným golierom, lebo pri neopatrnom pohybe mohlo dôjsť k nenávratnému poškodeniu.

Na základe uvedeného úrad jednoznačne konštatoval, že zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi pri primárnom vyšetrení nebola

poskytnutá správne, v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. a v súlade s uznávanými algoritmami, pretože nebola správne stanovená diagnóza zlomeniny druhého krčného stavca. Ďalší priebeh liečby už bol správny.

Pre vyhodnotenie prípadu zo strany rádiológa bolo podstatné posúdiť nálezy dostupnej RTG dokumentácie. CT vyšetrenie hlavy a mozgu zo dňa 5. 5. 2024 (dohliadaný subjekt) je dokumentované v dvoch základných kerneloch, t. j. v kerneli pre mäkké tkanivá s hrúbkou rezu 2 mm a v kerneli pre kostné štruktúry s hrúbkou rezu 1 mm, všetky v sagitálnej, koronárnej a axiálnej rekonštrukcii. Pri vyšetrení bola správne popísaná difúzna atrofia mozgu, staršie malatické ložisko vľavo frontobazálne a oblasť kalvy bez traumatických zmien. Pri náleze však bola prehliadnutá zlomenina dens axis s dislokáciou do vertebrálneho kanála. Táto zlomenina je veľmi dobre diferencovateľná v kostnom kerneli, a to vo všetkých troch rekonštrukciách: Axiálna rovina CT8/78-88, koronárna rovina CT10/150-167 a najlepšie v sagitálnej rovine CT12/102-122. Zlomenina je diagnostikovateľná aj na scanoch v mozgovom kerneli ako značné zahustenie štruktúry dens v koronárnych scanoch CT4/80-83 a fragmentovanie v axiálnych scanoch CT2/40-43. Na sagitálnych scanoch CT6/55-64 je zlomenina s dislokáciou a hlavne kompresiou miechového kanála tiež zrejmalá.

Pri CT vyšetrení hlavy a tvárového skeletu zo dňa 7. 5. 2024 (vyššie špecializované zariadenie) bola popísaná mozgová atrofia, ako aj zlomenina dens axis, ktorého fragment bol zreteľne dislokovaný do vertebrálneho kanála v úrovni C1. Súčasťou dokumentácie je aj popis CT vyšetrenia pľúc a hrudníka (ako predoperačné vyšetrenie) zo dňa 7. 5. 2024. CT vyšetrením mozgu a hlavy zo dňa 8. 5. 2024 bol zistený stav po osteosyntéze dens axis dvoma skrutkami, t. č. už bez známok prítomnosti kompresie miechových štruktúr. CT vyšetrenie hrudníka zo dňa 9. 5. 2024 preukázalo značnú kongesciu pľúc, známky kardiálnej dekompenzácie v malom obehu a hypostatickú bronchopneumóniu vpravo.

Zdravotná starostlivosť zo strany rádiológov dohliadaného subjektu nebola pacientovi poskytnutá správne. CT vyšetrenie zo dňa 5. 5. 2024 (dohliadaný subjekt) nebolo popísané správne; zlomenina dens axis bola prehliadanúta. Hodnotiaci lekár — rádiológ sa zameral na požiadavky traumatológa po klinickom vyšetrení a hodnotil hlavne negatívne traumatické zmeny na mozgu a kalve.

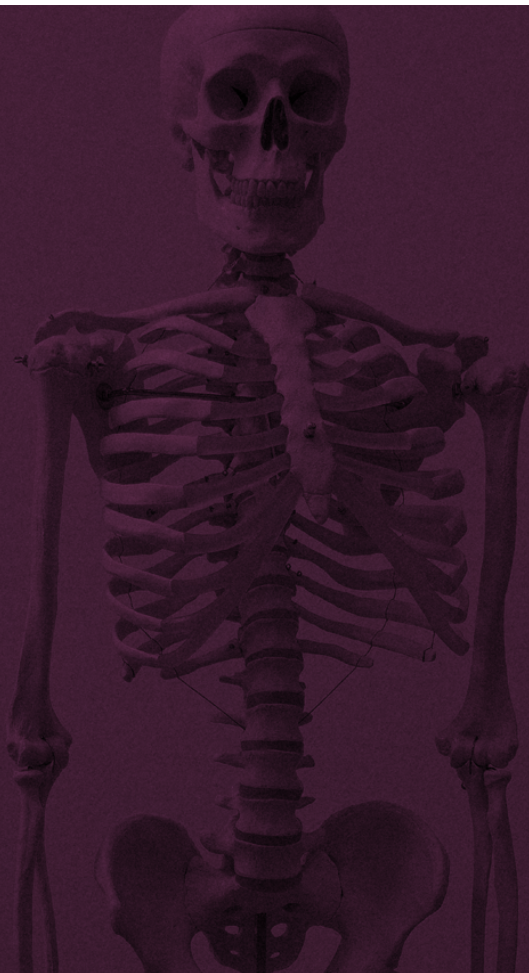
Z neurologického hľadiska bol postup dňa 5. 5. 2024 zo strany dohliadaného subjektu štandardný a správny. Pri danom popise CT mozgu, ktorým rádiológ z vykonaných CT scanov neidentifikoval fraktúru dens axis a uvedená fraktúra bola klinicky neurologicky asymptomatická, ako to popisuje aj literatúra — len cca 10 % prípadov má klinickú neurologickú symptomatológiu, v uvedenom prípade bola síce popisovaná dislokácia bázy densu so stenotizáciou spinálneho kanála o 9 mm, ale nebola verifikovaná kompresia miechy, a teda nemohli byť prítomné ani klinické prejavy kompresie cervikálnej miechy. 80-ročnému polymorbídnemu pacientovi, bez klinických neuropatologických prejavov bola vykonaná v celkovej anestézii čiastočná chirurgická repozícia a fixácia densu s následnými pooperačnými komplikáciami. V danom prípade išlo o pacienta po úraze hlavy, bez anamnestických údajov poruchy vedomia, pamäti, s poúrazovou bolesťou hlavy, bez zvracania, bez nauzey, s negatívnym neurotopickým nálezom, nejavil prejavy vnútromozgového ani miechového zranenia. Nemal prejavy traumatickej poruchy dynamiky krčnej chrbtice. CT nálezom mozgu a kostných štruktúr, ktorý bol popísaný rádiológom dohliadaného subjektu a ktorý bol predložený neurológovi, nebola verifikovaná akútna traumatická lézia dens axis. Poskytovaná zdravotná starostlivosť pacientovi z neurologického hľadiska dohliadaným subjektom bola štandardná a správna.

Výkonom dohľadu po preštudovaní dostupnej zdravotnej dokumentácie, písomného vyjadrenia, ako aj na účely dohľadu prizvaných konzultantov úradu z odborov úrazová chirurgia, rádiológia a neurológia, úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola pacientovi poskytnutá správne.

Výkonom dohľadu boli zistené nedostatky: Primárne vyšetrenie pacienta dňa 5. 5. 2024 na urgentnom prijíme dohliadaného subjektu bolo realizované nesprávne, pretože nebola správne stanovená diagnóza zlomeniny druhého krčného stavca.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.





23 Nesprávny manažment pacienta s krvácaním do gastrointestinálneho traktu

Úradu bol doručený podnet manželky nebohého pacienta týkajúci sa podozrenia na nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť jej manželovi zo strany dohliadaného subjektu. V podnete pisateľka uviedla, že dňa 15. 5. 2024 poobede začalo byť jej manželovi zle od žalúdka, následne začal viackrát zvracať a neskôr sa sťažoval aj na bolesti na hrudníku. Kvôli jeho srdcovej arytmii sa zľakla, zavolała záchranku, ktorú si žiadal aj manžel, pretože sa cítil veľmi zle. V tom čase boli na chate mimo miesta bydliska. Manžel bol posádkou RLP privezený do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia, vyšetrená mu bola srdcová činnosť a na druhý deň ráno dňa 16. 5. 2024 bol prepustený domov s odporúčaním doplniť gastroenterologické vyšetrenie ambulantne. Ďalej pisateľka uviedla, že v domácom prostredí jej manžel mal bolesti žalúdka a opakovane zvracal. Dňa 16. 5. 2024, t. j. vo štvrtok, vo večerných hodinách pre pretrvávajúce ťažkosti navštívila s manželom ústavnú pohotovostnú službu v nemocničnom zariadení v mieste bydliska, kde bol prijatý na hospitalizáciu. Počas hospitalizácie naďalej opakovane zvracal. Pisateľka podnetu bola ošetrojúcim lekárom informovaná, že vyšetrenie gastroenterológom bude vykonané až v pondelok, kedy bude gastroenterológ dostupný. Manžela navštívila v uvedený deň aj neskôr poobede a predvečerom, zvracanie neprestávalo, pričom zvratky už boli čierno sfarbené, ale nikto nič neriešil. Hodinu po tom, čo opustila nemocnicu, jej volali, že manžel zomrel o 18:30 hod. Lekára privolał pacient, ktorý s ním ležal na izbe a povedal jej, že všade okolo jej manžela bola krv. Pisateľka podnetu je presvedčená, že lekári nevykonali všetky potrebné vyšetrenia, a tým zapríčinili smrť jej manžela. Zároveň poukazuje na to, že v Liste o prehliadke mŕtveho bola uvedená

ako prvotná príčina smrti diagnóza: Hemoragický šok pri akútnom krvácaní z gastrointestinálneho traktu. Namietá, že ak nebola k dispozícii potrebná lekárska technika, prípadne odborne zdatný personál v odbore gastroenterológia, mal byť jej manžel okamžite preložený do iného zdravotníckeho zariadenia, ktoré takouto technikou alebo personálom disponuje. Pisateľka sa domnieva, že ak by jej manželovi bola poskytnutá adekvátna lekárska starostlivosť, mohol tu ešte byť a tešiť sa zo života.

Zistené skutočnosti

78-ročný pacient s anamnézou artériovej hypertenzie, ischemickej choroby srdca, s dokumentovaným flutterom predsieni na antikoagulačnej liečbe, bronchiálnou astmou, chronickou obštrukčnou chorobou pľúc so stredne závažnou ventilačnou poruchou, gastroezofageálnym refluxom a hiátovou herniou bol dňa 15. 5. 2024 o 22:51 hod. privezený posádkou RLP na internú ambulanciu urgentného príjmu nemocničného zariadenia pre bolesti na hrudníku. Pacient v anamnéze udával, že asi od pol siedmej ho bolí na hrudníku, bez vyžarovania, užil aj tabletku pod jazyk, ale nepomohlo to, bolo mu aj na vracanie, ale nezvracal. Uviedol, že v ten deň aj veľa jedol, že má hiátovú herniu a niekedy mu býva ťažko od žalúdka. Priznával diétnu chybu, dýchalo sa mu ťažšie, palpitácie neudával. Dyzurické ťažkosti neudával, brucho ho nebolelo, krvácavé prejavy nepozoroval, iné ťažkosti neudával. Pri objektívnom vyšetrení boli vitálne funkcie: TK: 128/78 mmHg, P: 60/min., TT: afebrilný, sat. O₂: 98 %. Pacienta vyšetrovala službukonajúca lekárka, pričom vyšetrenie obsahovalo všetky náležitosti prislúchajúce danému typu vyšetrenia. Pacient mal realizované dvakrát EKG vyšetrenie s odstupom niekoľkých hodín, pričom nález bol bez akútnych ischemických zmien a bol porovnaný aj so starším EKG záznamom z roku 2010. Kardiošpecifické enzýmy boli opakovane negatívne. Pacient bol viac hodín observovaný na urgentnom príjme aj na internom oddelení nemocnice, počas observácie podľa priloženej dokumentácie nezvracal a po infúznej liečbe došlo

k zmierneniu klinických ťažkostí. Akútne koronárny syndróm bol vylúčený a službukonajúca lekárka predpokladala gastroenterologickú etiológiu ťažkostí, čo však v tom čase nebol dôvod na akútnu hospitalizáciu. Pacient udával v anamnéze diétnu chybu aj prítomnosť hiátovej hernie a občasné dyspeptické ťažkosti v minulosti. Pacient nemal bolesti brucha, podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie nezvracal, nejavil známky akútneho krvácania do gastrointestinálneho traktu a laboratórny nález, ako aj objektívne vyšetrenie na bruchu boli negatívne. Pacient bol preto prepustený domov s príslušným odporúčením absolvovať gastroenterologické vyšetrenie ambulantne.

Následne dňa 16. 5. 2024 o 21:40 hod. sa pacient dostavil na vyšetrenie na urgentný príjem iného PZS — nemocničného zariadenia v mieste trvalého bydliska pre dyspeptické ťažkosti s vracaním čierneho obsahu. V rámci anamnézy udával, že asi tri hodiny zvracia čierny obsah, pobolieva ho na hrudníku, dva dni nič nejedol, nechutilo mu jesť, dýchalo sa mu horšie, nekašlal, nesoplil, mal čiernu stolicu po Tardyferone, s močením ťažkosti neudával, teploty nemal. Na urgentnom prijme mu bola podaná infúzia 0,9 % fyziologického roztoku 100 ml + Analgin 1 amp. i. v. + Mesocain 1 % 1 amp. i. v. + Scopolamin 1 amp. i. v. Ďalej dostal infúziu 5 % glukózy 500 ml + Degan 1 amp. i. v. + Controloc 1 amp. i. v., Ondansetron 1 amp. i. v. a Fraxiparine 0,6 ml 1 amp. s. c. Vzhľadom na to, že sa jeho klinický stav nezlepšoval a stále zvracal, bol dňa 17. 5. 2024 o 06:04 hod. prijatý na interné oddelenie nemocničného zariadenia na vyšetrenie a podanie adekvátnej liečby. V rámci anamnézy pacient udával, že deň predtým bol ošetrovaný na pohotovosti v inom nemocničnom zariadení pre bolesti na hrudníku, dnes prišiel na urgentný príjem do tejto nemocnice pre pretrvávajúce ťažkosti a anamnézu zvracania s čiernym obsahom, nechutilo mu jesť, dva dni nič nejedol a asi tri hodiny vracal. Realizované bolo objektívne fyzikálne vyšetrenie (vitálne funkcie — TK: 125/108 mmHg, P: 86/min., TT: 36,6 °C, sat. O₂: 96 %), EKG, odbery krvi na laboratórne vyšetrenia (16. 5. 2024, 21:42 hod.) s nálezom: v krvnom obraze prítomná leukocytóza 15,88 x 10⁹/l, biochemické vyšetrenia: glukóza 8,6 mmol/l, CRP 7,92 mg/l, kardiošpecifické enzýmy

negatívne, hepatálne testy v norme, pankreatické enzýmy v norme. Dňa 17. 5. 2024 mal pacient realizované USG vyšetrenie brucha so záverom: Hepatopatia pravdepodobne na podklade steatózy, dve ložiskové lézie heparu, jedna charakteru cysty, druhá hemangiómu, cholecystolitíáza, pankreas nebol zobrazený. Dňa 17. 5. 2024 bola realizovaná RTG snímka brucha v stojí s nálezom bez prítomnosti vzduchu v dutine brušnej, bez hladín. Pacient bol dňa 17. 5. 2024 o 11:27 hod. vyšetrený chirurgom so záverom: Hematemesis — t. č. nález nepoukazuje pre náhlu brušnú príhodu, s odporúčením podávať hemostyptiká, plazmu, sledovať krvný obraz, chirurgická kontrola podľa potreby, pri pretrvávaní ťažkostí ihneď. Na základe uvedených vyšetrení ošetrojúci lekári stav pacienta zhodnotili ako krvácanie z hornej časti gastrointestinálneho traktu, charakteru hematemézy. Pacientovi v terapeutickej časti zdravotnej starostlivosti bola podaná liečba: hemostyptiká (Dicynone 1 amp. i. v., Kanavit 1 amp i. m.), inhibitory protónovej pumpy (Controloc 40 mg 1 amp. i. v.), antiemetiká (Degan 1 amp. i. v.), spazmolytiká (Scopolamin butylbromid 20 mg/ml i. v.), rehydratačná liečba (infúzia Glucose/ Sodium chloride Fresenius Kabi 2,5 %), vysadená bola antikoagulačná liečba novým orálnym antikoagulanciom (Lixiana 60 mg) pre podozrenie na hematemézu. Pacientovi bol ordinovaný a podaný nízkomolekulárny heparín Fraxiparine 0,6 ml s. c. každých 12 hod. a ostatná chronická medikácia. Počas hospitalizácie bola u pacienta realizovaná laboratórna kontrola krvného obrazu dňa 17. 5. 2024 o 07:30 hod. s nálezom: hemoglobín 137,0 g/l, bez poklesu. Podľa priloženého sesterského dekurzu bol pacient dňa 17. 5. 2024 o 17:55 hod. nájdený zdravotnou sestrou — ležal na posteli bez známok života a v jeho okolí bolo veľké množstvo tmavého žalúdočného obsahu. Službukonajúca sestra stav ihneď hlásila službukonajúcemu lekárovi, začatá bola kardiopulmonálna resuscitácia, pacient bol odsávaný, napojený na monitor, privolaný bol aj lekár anestéziológ-intenzivista, bola podaná medikamentózna liečba, avšak napriek komplexnej resuscitácii pacient dňa 17. 5. 2024 o 18.30 hod. exitoval.

V liste o prehliadke mŕtveho bola ako choroba, ktorá priamo privodila smrť, uvedená diagnóza: I46.9 Zastavenie srdca a dýchania, ako

predchádzajúce príčiny diagnózy: Gastroezofageálny reflux, Hiátová hernia, Stav po hemateméze s anémiou, Perzistujúci flutter predsieni a ako prvotná príčina diagnóza: Hemoragický šok pri akútnom krvácaní z gastrointestinálneho traktu. Obhliadajúcim lekárom patologicko-anatomická pitva nebola indikovaná.

Zhodnotenie úradom

Išlo o 78-ročného pacienta s anamnézou artériovej hypertenzie, ischemickej choroby srdca s dokumentovaným flutterom predsieni na antikoagulačnej liečbe, bronchiálnou astmou, chronickou obštrukčnou chorobou pľúc so stredne závažnou ventilačnou poruchou, gastroezofageálnym refluxom a hiátovou herniou, ktorý bol prijatý na interné oddelenie dohliadného subjektu pre dyspeptické ťažkosti s podozrením na krvácanie z hornej časti gastrointestinálneho traktu. Po odobratí anamnézy, realizovaní objektívneho vyšetrenia, pomocných laboratórnych vyšetrení, EKG záznamu mal pacient správne realizovanú RTG snímku brucha v stoj, USG vyšetrenie brucha a chirurgické vyšetrenie. Už počas týchto úkonov došlo k prvému pochybeniu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pacient, u ktorého je podozrenie na krvácanie do tráviaceho traktu, musí mať realizované vyšetrenie per rectum, čo u daného pacienta nebolo realizované.

Druhým pochybením pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bolo, že pacientovi, u ktorého chirurg hodnotil klinický stav ako hemateméza, bol na internom oddelení dohliadaného subjektu ordinovaný a podaný nízkomolekulárny heparín Fraxiparine 0,6 s. c. každých 12 hod., napriek tomu, že pacient bol plne antikoagulovaný perorálnym priamym antikoagulanciom Lixiana 60 mg 1x 1 tbl., ktorého účinok ešte nemohol odoznieť. Tým, že u pacienta bola potencovaná antikoagulačná liečba, zvýšilo sa riziko krvácania do tráviaceho traktu. V danom prípade bola pacientovi ordinovaná súčasne hemostyptická liečba pre

krvácenie aj antikoagulačná liečba ako prevencia tromboembolickej choroby. Podľa platných odporúčaní mala byť jednoznačne akákoľvek antikoagulačná liečba vysadená u pacienta s podozrením na krvácanie do gastrointestinálneho traktu.

Tretím pochybením bolo, že pacientovi, ktorý podľa anamnézy kontinuálne vracal tri hodiny, nebola zavedená nazogastrická sonda na zabránenie aspirácie žalúdočného obsahu, ktoré mohlo byť aj príčinou jeho náhleho úmrtia. Zavedenie nazogastrickej sondy je elementárny nástroj na zistenie, či pacient aktuálne krváca z hornej časti tráviaceho traktu, a zároveň je zavedenie nutné na zabránenie aspirácie žalúdočného obsahu, a to u pacienta v danom prípade nebolo realizované. Podľa obsahu z nazogastrickej sondy by sa mohli ošetrojúci lekári lepšie rozhodnúť, či je nutné urgentné gastrofibroskopické vyšetrenie a v akom časovom horizonte.

Výkonom dohľadu úrad, zistil, že zdravotná starostlivosť nebola pacientovi v dohliadanom období dohliadaným subjektom poskytnutá správne.

Výkonom dohľadu boli zistené nedostatky:

1. U pacienta s podozrením na krvácanie do gastrointestinálneho traktu nebolo realizované základné vyšetrenie per rectum.
2. U pacienta s hematemézou v dlhodobej antikoagulačnej liečbe priamym perorálnym antikoagulanciom (Lixiana 60 mg 1x 1 tbl.) bol počas hospitalizácie na internom oddelení dohliadaného subjektu ordinovaný a podaný nízkomolekulárny heparín Fraxiparine 0,6 ml s. c. každých 12 hod., čím sa zvýšilo riziko ďalšieho krvácania do gastrointestinálneho traktu.
3. Pacientovi nebola zavedená nazogastrická sonda na zabránenie aspirácie žalúdočného obsahu.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi došlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

24 Plánovaná operácia polymorbídneho geriatrického pacienta - väčší prínos alebo riziko?

Úradu bol doručený podnet syna a dcéry nebohej pacientky týkajúci sa podozrenia na nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť ich matke zo strany dohliadaného subjektu.

Z obsahu podnetu: „...Naša mama mala absolvovať artroskopické vyšetrenie pravého kolena a hneď aj s prípadným zákrokom na ortopedickom oddelení. Prvý termín zákroku bol stanovený na 1. 5. 2024, štandardne mu predchádzala séria predoperačných vyšetrení. Všetky boli v poriadku, až na výsledky rozboru moču. Ten odhalil zápal, pre ktorý bol zákrok preložený na 12. 6. 2024. Po poslednom obdržaní už vyhovujúcich urologických výsledkov odovzdala naša mama zdravotnú dokumentáciu na oddelení anesteziológov, od nich dostala súhlasné stanovisko na absolvovanie operácie. A v tom my vidíme problém. Dňa 12. 6. 2024 naša mama absolvovala poslednú konzultáciu a kontrolu všetkých súhlasných potvrdení pre absolvovanie operácie na ortopedickom oddelení, v ten deň bola prijatá na oddelenie. Operácia bola naplánovaná na druhý deň. Dňa 13. 6. 2024 okolo obeda mi (synovi) z nemocnice zavolali, že naša mama zomrela. Keď som tam asi za 30 minút prišiel, žena a muž, myslím, že to boli anesteziológovia, mi oznámili, že u pacientky nastala po infúznom podaní štandardnej predoperačnej látky (neskôr sme sa dozvedeli, že Axetinu + FR) zástava srdca a už sa ju nepodarilo oživiť. Žiadame prešetriť postup poskytnutia zdravotnej starostlivosti preto, lebo pred operáciou okrem liečby tohto urologického zápalu nemala žiadne akútne problémy. Mala síce kardiostimulátor, ale už roky a nikdy

v spojitosti s ním nemala žiadne komplikácie. Brala síce lieky na vysoký krvný tlak, cievy, riedenie krvi a zrejme i nejaké ďalšie, ale aj tie dlhé roky a tiež bez komplikácií. V dňoch pred operáciou sa cítila výborne a tešila sa, že po nej ju už koleno bolieť nebude a bude môcť opäť plnohodnotne žiť. Naša mama nezomrela na chorobu srdca, lebo ak by na operáciu nešla a tú látku, ktorá zrejme spôsobila zástavu srdca, do tela nedostala, určite by žila ďalej, akurát s boľavým kolenom. Skutočnou príčinou smrti podľa nás bolo to, že niekto neurčil správne mieru rizika, ktorú mohla tá predoperačná látka v kombinácii s liekmi v organizme spôsobiť. Našej mame toto preskúmanie postupu, o ktorý žiadame, už život nevráti. Ale je nemysliteľné, aby šiel človek na plánovaný zákrok a ani sa jeho začiatku, nie vlastnou vinou, nedožil. Chceme vedieť, kto pochybil a kto môže za to, že hoci mala naša mama 87 rokov, bola vitálna a nadmieru aktívna, pracovala v záhradke, stretávala sa s rodinou i kamarátkami, úplne zbytočne nás navždy opustila.“

Zistené skutočnosti

87-ročná polymorbidná pacientka s dokumentovanými početnými chronickými diagnózami — symptomatickou dysfunkciou sinoatriálneho uzla, po primoimplantácii trvalého kardiostimulátora Guidant Insignia Entra SR AAIR (r. 2007), po reimplantácii a upgrade TKS Medtronic Adapta ADDRO1 (r. 2016), s trifascikulárnou blokádou (atrioventrikulárny blok I. stupňa, kompletný blok pravého Tawarovho ramienka, ľavá predná fascikulárna blokáda), aortálnou regurgitáciou III. stupňa, hemodynamicky stredne závažnou, ľahkou aortálnou „pseudostenózou“, mitrálnou regurgitáciou II. stupňa, chronickým koronárnym syndrómom, ejekčnou frakciou ľavej komory 65 %, arteriovou hypertenziou 3. stupňa, s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom, zvýšenou glykémiou nalačno, opuchmi dolných končatín kombinovanej genézy (chronická vénová choroba dolných končatín, varixy, lymfedém), s poruchou metabolizmu lipidov, hyperurikémiou, anémiou ľahkého stupňa, chronickou chorobou

obličiek na podklade nefrosklerózy, recidivujúcimi uroinfekciami, po hysterektómii pre prolaps uteru v minulosti, s asymptomatickou cholecystolitiazou, po implantácii totálnej endoprotézy ľavého kolenného kĺbu (r. 2022), s gonartrózou vpravo II. - III. stupňa a s ďalšími diagnózami, s negatívnou alergickou anamnézou bola dňa 12. 6. 2024 prijatá na ortopedické oddelenie nemocničného zariadenia na plánovaný operačný výkon — artroskopiou pravého kolenného kĺbu pre diagnózu: Osteochondritis dissecans condyli medialis femoris l. dx susp.

V predchádzajúcom období bola pacientka dňa 2. 4. 2024 vyšetrená v ortopedickej ambulancii pre bolesti pravého kolena s návrhom artroskopického ošetrovania. Dňa 12. 4. 2024 a následne 23. 4. 2024 bola opakovane vyšetrená s termínom nástupu na operáciu 15. 5. 2024. V rámci predoperačných vyšetrení bola zistená asymptomatická bakteriúria a urológom bola odporučená antibiotická liečba Znobactom (účinná látka — cefuroxim). Dňa 10. 5. 2024 bolo rozhodnuté o odklade operácie pre pretrvávajúci pozitívny kultivačný nález moču a zmenu antiinfekčnej liečby na Macmiror. Kontrolná kultivácia z 10. 6. 2024 bola sterilná a nový termín hospitalizácie k vykonaniu artroskopie pravého kolena bol stanovený na 12. 6. 2024, k dispozícii už boli kompletne predoperačné vyšetrenia. Predanestetické vyšetrenie (5. 6. 2024): ASA 3 (hodnotenie anestéziologického rizika; ASA 3 — prítomnosť závažného systémového ochorenia, ktoré obmedzuje výkonnosť a aktivitu). Predanestetická príprava: Odporúčanie: Co-Prenessa podľa aktuálnych hodnôt tlaku krvi, kontroly tlaku krvi, antihypertenzíva užijť aj ráno v deň operácie, lačnenie 6 hodín pred operačným výkonom, pitný režim, posledné tekutiny maximálne 2 hodiny pred výkonom, prevencia trombembolizmu nízkomolekulárnym heparínom, bandáž dolných končatín, vhodné krátkodobé profylaktické podanie antibiotík. Interné predoperačné vyšetrenie (3. 6. 2024): Operácia z interného hľadiska nie je kontraindikovaná. Prevencia trombembolických príhod nízkomolekulárnym heparínom. Kardiologické vyšetrenie (29. 5. 2024): Pacientka je kardiopulmonálne kompenzovaná, eventuálny krátkodobý výkon v celkovej anestézii bez kontraindikácie. Vhodné prestavenie

trvalého kardiostimulátora. V prípade recidívy uroinfekcie (u starších pacientiek ide o takmer permanentný nález) — vhodná antibiotická liečba cca 7 dní pred invazívnym výkonom. Perizákroko bandáž dolných končatín, prevencia trombembolickej choroby — nízkomolekulárny heparín podľa štandardov oddelenia, vhodný Fragmin 5000 IU s. c. 1x denne. Kontrola tlaku krvi, pulzu. Urologické vyšetrenie (13. 5. 2024): Ide na operáciu pravého kolena — artroskopia 12. 6. 2024. Mala vyšetrenie, mala ísť už v máji, ale moč nebol dobrý. Vyšetrenie moču kultivačne + citlivosť na antibiotiká (cievkovaný moč) z 7. 5. 2024: Escherichia coli 105/ml, citlivosť na Augmentin, Cefotaxim, Cefuroxim, Triprim, Furantoin, Kolistin, Gentamycin. V tom čase nemala problémy s močením. Občas máva cystitidy. Vybrala Zinnat 2x 500 mg — 5 dní. Kreatinín 123. Diagnóza: Stav po liečbe uroinfekcie. Odporúčanie: 14 - 15 dní pred ortopedickým vyšetrením u nás vyšetrenie moču (cievkovaný). Urologické vyšetrenie (4. 6. 2024): Vyšetrenie moču kultivačne + citlivosť na antibiotiká z 31. 5. 2024: Escherichia coli 105/ml, citlivosť na Augmentin, cefalosporíny 3. generácie, Triprim, Furantoin, Tigecyklin, Kolistin, Gentamycin, Cefuroxim — intermediárny. Terapia: Macmiror 3x 1 tbl., účinná látka — Nifuratel. Urologické vyšetrenie (10. 6. 2024): Vyšetrenie moču kultivačne + citlivosť na antibiotiká zo 7. 6. 2024: sterilný, kvasinky negatívne.

Dňa 12. 6. 2024 bola pacientka prijatá na ortopedické oddelenie nemocničného zariadenia. Z popisu klinických ťažkostí v prijímacej správe išlo o niekoľkomesačné bolesti pravého kolena, ktoré vznikli po podvrtnutí kolena. Pacientka v roku 2022 absolvovala implantáciu totálnej endoprotézy kolena, s ktorou ťažkosti nemala. Z objektívneho nálezu bola popisovaná artrotická konfigurácia pravého kolena s chronickým opuchom, bolestivou mediálnou štrbinou, obmedzením flexie a hmatnou Bakerovou cystou. Na RTG bolo popísané zúženie mediálnej štrbiny, okrajový osteofyt, miskovitý defekt záťažovej plochy mediálneho kondylu femoru. Pred plánovaným operačným výkonom bola pacientka poučená o navrhovanom diagnosticko-liečebnom postupe, navrhovanom výkone (artroskopia kolenného kĺbu), ako aj o možných komplikáciách a rizikách

spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou vrátane možných alergických reakcií na podané lieky, a svojím podpisom potvrdila, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasí. V predoperačnej príprave v deň operácie, t. j. 13. 6. 2024 jej bola podaná chronická perorálna medikamentózna liečba a antibiotická profylaxia Axetinom (účinná látka — cefuroxim) intravenózne v odporúčenej dávke 1,5 gramu. Podľa záznamov v zdravotnej dokumentácii dňa 13. 6. 2024 po podaní antibiotickej profylaxie intravenózne bola pacientka orientovaná, chodila po izbe, komunikovala, avšak následne náhle došlo k zvracaniu, nauzei, sťaženému dýchaniu, strate vedomia a zastaveniu srdcovej činnosti o 10:55 hod. U pacientky bola okamžite začatá rozšírená kardiopulmonálna resuscitácia, následne aj v spolupráci s privolaným anesteziológom - intenzivistom, avšak neúspešne, o 11:25 hod. bol konštatovaný exitus letalis.

Podľa pitevného protokolu bola ako príčina smrti stanovená diagnóza: I46.9 Zlyhanie chronicky chorobne poškodeného srdca, ako základná choroba diagnóza: I70.9 Celková ateroskleróza tepien ťažkého stupňa, najmä vencovitých tepien srdca; I44.3 Zavedenie kardiostimulátora (Medtronic, Adapta) pre chronické poruchy rytmu srdca, ako komplikácia základnej choroby diagnóza: I25.9 Hypertrofia svaloviny srdca. V rámci pridružených chorôb bolo uvedené: Intravenózne podanie antibiotika Axetinu pred artroskopiou pravého kolena a v rámci ostatného nálezu boli uvedené diagnózy: Arteriálna hypertenzia 3. stupňa, Skleróza pľúcnych tepien, Disseminovaná myofibróza srdcového svalu ťažkého stupňa, Dysfunkcia sinoatriálneho uzla (klinický údaj), Kompletná blokáda ľavého Tawarovho ramienka (porucha srdcového rytmu), Chronické zlyhávanie srdca (klinický údaj), Chronická nedostatočnosť dvojčípej chlopne, Chronická venostáza v pečeni, Cholelitiáza, Výrazná lipomatóza pankreasu, Chronická nešpecifická nefritída, Chronické zlyhávanie obličiek stredného stupňa (klinický údaj), Dyslipidémia (porucha metabolizmu tukov) (klinický údaj), Chronický katarálny zápal priedušiek, Ľahký alveolárny emfyzém, Edém mozgu stredného stupňa, Známky atrofie mozgu, Výrazná venostáza vnútorných orgánov a ďalšie

diagnózy. V závere pitevného protokolu bolo zdokumentované: Príčina smrti: zlyhanie ľažko chronicky chorobne poškozozného srdca. Išlo o smrť z chorobných príčin — zlyhanie ľažko chronicky chorobne poškozozného srdca pred artroskopiou pravého kolena, možno aj v súvislosti s intravenóznym podaním antibiotika Axetine.

Zhodnotenie úradom

Hodnotenie poskytnutej ortopedickej zdravotnej starostlivosti:

87-ročná polymorbídna pacientka s chronifikovanými ľažkosťami pravého kolena a diagnózou disekujúcej osteochondritídy mediálneho kondylu femoru bola indikovaná na artroskopický operačný výkon. V rámci objektívneho nálezu okrem klinického vyšetrenia bol popísaný aj RTG nález zúženía mediálnej štrbiny a defekt mediálneho kondylu charakteristický pre disekujúcu osteochondritídu. Ďalšie diferenciálne-diagnostické vyšetrenie magnetickou rezonanciou bolo kontraindikované pre implantovaný kardiostimulátor. Výsledky dostupných vyšetrení boli dostačujúce na správne stanovenie diagnózy disekujúcej osteochondritídy. V tomto prípade po vyčerpaní konzervatívnych možností liečby prichádzal do úvahy operačný výkon, a to artroskopické ošetroenie defektu s odstránením sekvestra a zahľadením defektov artikulačných plôch. Artroskopické ošetroenie má skôr paliatívny charakter. Druhou možnosťou je implantácia totálnej endoprotézy kolenného kľbu, ktorá rieši kauzálnu problém, ale v porovnaní s artroskopickým ošetroením je zaľažujúcejšia pre pacienta, s vyšším rizikom pooperačných komplikácií. Pri zohľadnení celkového zdravotného stavu pacientky, pridružených závažných diagnóz a veku považujeme indikáciu artroskopického ošetroenia za adekvátnu a správnu.

V rámci predoperačnej prípravy pred plánovaným operačným výkonom na osteoartikulárnom aparáte je nutné pacienta kompletne defokizovať, akýkoľvek infekčný fokus (najčastejšie urologický, stomatologický

alebo otorinolaryngologický) je potencionálnym zdrojom vzniku hematogénnej infekcie (hnisavá artritída, osteomyelitída) s vážnymi následkami. U pacientky bola zistená asymptomatická uroinfekcia, ktorá bola antibioticky preliečovaná Znobactom a po pretrvávajúci kultivačnej pozitivite moču Macmirorom, po ktorom bola potvrdená sterilná kultivácia. V závislosti od typu operačného výkonu a pri prítomnosti rizikových faktorov je štandardom podanie profylaktickej dávky antibiotík pred úvodom do anestézie. Pacientka bola anamnesticky bez alergie na lieky a nedávno pred operáciou bola preliečovaná tým istým antibiotikom, aké bolo použité pred operačným výkonom, bez známkov alergickej reakcie. Pri intravenóznom podaní profylaktickej dávky cefuroximu (Axetinu) došlo ku náhlemu zhoršeniu zdravotného stavu pod obrazom anafylaktickej reakcie. Aj napriek lege artis poskytnutej kardiopulmonálnej resuscitácii sa nepodarilo pacientku oživiť. Vzniknutá anafylaktická reakcia nemá žiadny etiopatologický súvis s diagnózou, pre ktorú mala byť pacientka operovaná, navyše neexistovali žiadne varovné signály možnosti vzniku tohto druhu komplikácie. Na základe vyhodnotenia údajov v dostupnej zdravotnej dokumentácii úrad konštatoval, že zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientke zo strany nemocničného zariadenia bola správna, bez pochybenia. Vzniknutá fatálna komplikácia sa nedala predvídať, a teda nebolo možné jej ani zabrániť.

Hodnotenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína:

87-ročná polymorbidná pacientka s negatívnou alergickou anamnézou na lieky bola pripravovaná na operačný zákrok — artroskopiou pravého kolenného kĺbu na ortopedickom oddelení nemocničného zariadenia. V rámci realizácie predoperačných vyšetrení bola zistená významná bakteriúria, kultivačne *Escherichia coli*. V krátkom časovom úseku predoperačne bola pacientka pre uroinfekciu preliečená perorálnymi antibiotikami cefalosporínovej rady (ZNOBACT — účinná látka cefuroxim) a je možné, že vtedy došlo ku senzibilizácii pacientky na cefalosporínové

antibiotiká. Bezprostredne predoperačne bolo lekárom indikované podanie Axetinu (cefuroxim) intravenózne. V krátkom časovom období po podaní cefalosporínového antibiotika došlo ku vzniku anafylaktického šoku, ktorý napriek lege artis vykonávanej rozšírenej kardiopulmonálnej resuscitácii u pacientky s ťažko chronicky poškodeným srdcom viedol k zlyhaniu srdca a k exitu. Priebeh hospitalizácie pacientky na ortopedickom oddelení dohliadaného subjektu bol v celom rozsahu správny. Indikácia k operačnému výkonu bola v tom čase správna, nebol dôvod operačný zákrok odkladať. Komplikácia vyplývajúca zo vzniku anafylaktického šoku po predoperačnej antibiotickej príprave bola pri negatívnej alergickej anamnéze na lieky nepredvídateľná, pri jej riešení sa postupovalo podľa platných odporúčaní Slovenskej spoločnosti anesteziológie a intenzívnej medicíny, ktoré pri obmedzených funkčných a morfológických rezervách organizmu boli neúspešné.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke nedošlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

25 Raritná príčina chronickej hnačky

Úrad začal prešetrovanie zdravotnej starostlivosti poskytnutej nebohému 52-ročnému pacientovi na základe podnetu jeho syna, ktorý žiadal prešetriť správnosť postupu všeobecného lekára pre dospelých a nemocničného zariadenia v súvislosti s diagnostikou zdravotných ťažkostí jeho nebohému otca.

Zistené skutočnosti

52-ročný pacient, ktorý sa liečil na hypertenziu a chronickú venóznú insuficienciu, bol dňa 16. 1. 2024 ambulantne vyšetrený na oddelení urgentnej medicíny nemocničného zariadenia mimo miesta bydliska. V rámci anamnézy udával 3 mesiace trvajúce hnačky, v daný deň 16 vodových žltých stolíc. Mal pocit nadúvania, nezvracal, schudol 2 - 3 kg. Udával zvýšené potenie, horúčku negoval. Diétu dodržiaval. Vyšetrený ešte nebol. Po vylúčení náhlej brušnej príhody a rozvratu vnútorného prostredia bol prepustený do ambulantnej starostlivosti, s odporúčaním doplniť kultivačné vyšetrenie stolice cestou všeobecného lekára, respektíve odoslať na kolonoskopiu.

Dňa 17. 1. 2024 bol v AVLD realizovaný výter z konečníka, kontrolné laboratórne vyšetrenie krvi. Odporúčené bolo užívanie Smecty. Kultivačné nálezy výteru z recta boli negatívne.

Dňa 21. 1. 2024 bol vyšetrený v PAPS nemocničného zariadenia v mieste bydliska, pre pretrvávajúce hnačky. Bolesti brucha neudával. V objektívnom lekárskom náleze boli zaznamenané hypotenzné hodnoty

TK: 100/65 mmHg, inak bez pozoruhodností. Boli realizované laboratórne vyšetrenia, ordinovaná bola infúzna liečba a pacient bol odoslaný na infektologické pracovisko, kde bol, vzhľadom na preferenciu pacienta, opakovane ambulantne vyšetrený.

Vzhľadom na pozitivitu antigénu *Clostridium difficile* v stolici (bez pozitivity toxínov) bol stav hodnotený ako Enterokolitída zapríčinená *Clostridium difficile*, pacientovi bola odporučená hospitalizácia, počas ktorej bola ordinovaná infúzna rehydratačná liečba, antibiotická liečba Rifaximínom, črevné dezinficiens, diéta. V kultivačných nálezoach nebola preukázaná patologická črevná flóra, antigén *Clostridium difficile* bol pri kontrole negatívny. Stav pacienta sa postupne zlepšoval, došlo k ústupu hnačkových stolíc. Pacient bol v zlepšenom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Cestou AVLĐ bola realizovaná kontrola zdravotného stavu pacienta a kontrolné odbery krvi na laboratórne vyšetrenia.

Pri kontrolnom vyšetrení v infektologickej ambulancii, dňa 12. 2. 2024, udával pretrvávajúce hnačky. Bolo mu odporučené doniesť vzorku stolice na vyšetrenie klostrídiového toxínu. Dňa 15. 2. 2024 boli vyhodnotené dostupné výsledky kultivačného vyšetrenia výteru z rektu, parazitárneho vyšetrenia, vyšetrenia antigénu a toxínu *Clostridium difficile*. Mikrobiologické vyšetrenia stolice boli opakovane negatívne, *Clostridium difficile* v stolici nebola prítomná. Odporučené bolo doplniť gastroenterologické vyšetrenie, na ktoré bol objednaný cestou AVLĐ.

Dňa 11. 3. 2024 bol vyšetrený gastroenterológom pre cca 3 mesiace trvajúce riedke stolice do 10 denne, s postupným poklesom na 3 denne, bez patologických prímiesí. Pacient udával chuť do jedla. Bolesti abdomenu, nauzeu, pyrôzu negoval, mlieko toleroval. Nevedel udať, koľko schudol.

Pri objektívom vyšetrení bol pacient nadmernej výživy, s hmotnosťou 114 kg, bez dyspnoe, ikteru, cyanózy. Brucho bolo priehmatné, bez palpačnej citlivosti, bez defansu, Hepar, Lien O, tapottement negatívny.

Parametre krvného obrazu boli v norme, hodnota CRP bola 14,00 mg/l. Realizované bolo rektosigmoidoskopické vyšetrenie bez prípravy. Prezretá sliznica do cca 20 cm bola ružová, lesklá, hladká so zachovanou cievnu kresbou, v lumene bez patologického obsahu. Prítomné boli hemoroidy druhého stupňa. Odporučená bola šetriaca diéta, Entizol, probiotiká a doplnenie kompletnej kolonoskopie po príprave.

Dňa 25. 3. 2024 bolo realizované kolonoskopické vyšetrenie so záverom: Do terminálneho ilea nález v norme, Hemorhoidy II. — III. stupňa, možné aj análne figúry.

Odporučená bola lokálna liečba, probiotiká, Duspatalin, odporučená bola kontrola s výsledkom histológie.

Bioptické vyšetrenie vzoriek zo sliznice rekta bolo ukončené dňa 5. 4. 2024. V mikroskopickom popise bez evidentnej dysplázie, bez nádorových zmien, v lamina propria s mierne zvýšeným zastúpením mononukleárov, v epiteli s mierne zvýšeným zastúpením intraepitelových lymfocytov. Histologický nález umožňoval zvažovať diagnózu lymfocytovej kolitídy.

Dňa 27. 3. 2024 bol lekárom AVLD odoslaný na ultrazvukové vyšetrenie brucha, ktoré bolo s negatívnym nálezom. Kontrolný výsledok kultivácie z recta bol negatívny.

Dňa 31. 3. 2024 o 17:08 hod. bol vyšetrený v PAPS nemocničného zariadenia v mieste bydliska pre nechutenstvo, nauzeu, opakované zvracanie žalúdočného obsahu bez prímеси krvi. Vzhľadom na nález realizovaných zobrazovacích vyšetrení - meteoristicky dilatovaných

črevných kľučiek s patologickými hladinkami v ľavom hypogastriu až mezogastriu, bez známk peritoneálneho dráždenia, bol stav hodnotený ako subileózný až ileózný stav. Po konzultácii stavu s chirurgom, bol o 19:58 hod. prijatý na chirurgické pracovisko nemocničného zariadenia.

Po prijatí bola po nevyhnutnej predoperačnej príprave, dňa 31. 3. 2024 o 21:10 hod. v celkovej anestézii realizovaná laparotomická revízia s nálezom mechanického ilea pri strangulácii tenkého čreva s gangrénou omenta a 2 kľučiek jejuna. Vykonaná bola resekcia dvoch častí jejuna s end-to-end anastomózou, omentectomia, toaleta, drenáž. Pre akútnu respiračnú insuficienciu s nutnosťou umelej pľúcnej ventilácie bol pooperačne preložený na pracovisko anestéziológie a intenzívnej medicíny, kde bola poskytovaná komplexná intenzivistická liečba. Pacient bol po stabilizácii stavu preložený za účelom ďalšej liečby na chirurgické pracovisko.

Pri histologickom vyšetrení resekatu tenkého čreva bol prítomný nález difúznej infiltrácie steny tenkého čreva malígnym T — bunkovým lymfómom (monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma — MEITL). Štruktúrami malígneho lymfómu boli difúzne infiltrované aj resekaty omenta a apendixu.

Po prechodnom zlepšení stavu, sa dňa 9. 4. 2024 objavilo zvracanie, s nálezom subileózneho stavu, ktorý bol riešený konzervatívne. Dňa 11. 4. 2024 pri rannej toalete došlo ku kolapsovému stavu, v. s. na podklade hypotenzie. Dňa 14. 4. 2024 bola zaznamenaná znížená diuréza, febrilita, vzostup CRP, pokles tlaku krvi. Bola zahájená komplexná liečba sepsy. Pre zaznamenanú prítomnosť črevného obsahu v operačnej rane, bola dňa 14. 4. 2024 o 17:55 hod. urgentne indikovaná revízia s nálezom peritonitídy. Vzhľadom na rozvíjajúci sa septický šok bol pooperačne preložený na pracovisko anestéziológie a intenzívnej medicíny, kde sa stav komplikoval rozvojom kardiogénneho šoku. Napriek vyžadenej liečbe dňa 20. 4. 2024 o 11:05 hod. došlo k exitu.

Zhodnotenie úradom

Zdravotná starostlivosť v odbore všeobecné lekárstvo bola pacientovi poskytovaná správne. Po vyčerpaní diagnostických možností všeobecného lekára pre dospelých, bol pacient odoslaný na špecializované vyšetrenia za účelom dodiagnostikovania jeho ťažkostí. Bola využitá možnosť vyšetrenia a konzultácie pacienta s infektológom, gastroenterológom, bol odoslaný na ultrasonografické vyšetrenie.

Zdravotná starostlivosť v odbore gastroenterológia bola pacientovi poskytovaná správne. Odber anamnézy, fyzikálne vyšetrenie, laboratórne odbery boli pri anamnéze pacienta a absolvovaní predchádzajúcich vyšetrení u iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti správne zvolené a zrealizované. Pri primovyšetrení bola správne indikovaná rektosigmoideoskopia bez prípravy s následným objednaním na pankolonoskopické vyšetrenie, ktoré bolo zrealizované v celom rozsahu aj s intubáciou terminálneho ilea a odobratím histológie z hrubého čreva. Diagnostika bola vedená správne.

Zdravotná starostlivosť v odbore chirurgia bola pacientovi poskytovaná správne. Pri ambulantnom vyšetrení dňa 31.03.2024 boli indikované a realizované všetky potrebné vyšetrenia na správne určenie choroby. Následne bol pacient hospitalizovaný a po urgentnej predoperačnej príprave bol správne zrealizovaný operačný zákrok. Perioperačná a pooperačná starostlivosť bola realizovaná podľa štandardných diagnostických a terapeutických postupov.

U pacienta bol diagnostikovaný T-bunkový lymfóm MEITL v pokročilom štádiu. Je to mimoriadne raritné (postihuje 2 zo 100 000 ľudí), agresívne onkologické ochorenie s veľmi zlou prognózou. Prejavuje sa nešpecifickými príznakmi, okrem iných aj mnohopočetnými riedkymi stolicami, úbytkom na hmotnosti, nechutenstvom. Ochorenie sa komplikuje brušnými komplikáciami spôsobenými ileom alebo perforáciou čreva.

Záver

Úrad výkonom dohľadu zistil, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientke nedošlo k porušeniu § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.





Skratky

skratka	význam
A	
AH	arteriálna hypertenzia
ALT	pečeňový enzým alanínaminotransferáza
ALP	pečeňový enzým alkalická fosfatáza
APE	apendektómia
APS	ambulantná pohotovostná služba
AS	akcia srdca
AST	pečeňový enzým aspartátaminotransferáza
ATB	antibiotiká
AVF	anteverzia-flexia
AVLD	ambulancia všeobecného lekára
B	
BAL	bronchoalveolárna laváž
bilat.	obojsstranne
C	
CD	cavum Douglasi
CPO	centrálne prijímacie oddelenie
CRP	C-reaktívny proteín
CT	počítačová tomografia/ CT-AG - CT angiografia
D	
diff. dg.	diferenciálna diagnostika
DM	diabetes mellitus
DF	dychová frekvencia

Tabuľka č. 1: Skratky

skratka	význam
Dg.	diagnóza
DK	dolná/-é končatina/-y
E	
EKG	elektrokardiograf (prístroj)/elektrokardiogram (výsledný grafický záznam - krivka)
ELD	externá lumbálna drenáž
F	
f	frekvencia
FiO2	frakcia vdychovaného kyslíka
FVP	funkčné vyšetrenie pľúc
FF	fyziológické funkcie
FR	fyziológický roztok
G	
GCS	glasgowská škála porúch vedomia
GMT	pečeňový enzým gamaglutamyltransferáza
H	
HAK	hormonálna antikoncepcia
HFNO	(High-Flow Nasal Oxygen) - neinvazívna ventilačná metóda
HHV6	human herpes vírus 6
HK	horná/-é končatina/-y
HYE	hysterektómia
CH	
CHE	cholecystektómia
I	
i. m.	intramuskulárne, vnútro svalovo

Tabuľka č. 1: Skratky

skratka	význam
i. v.	intravenózne, vnútrožilovo
ICHS	ischemická choroba srdca
INR	laboratórna hodnota informujúca o schopnosti krvi zrážať sa
irreg.	nepravidelná
K	
KAIM	Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
KOS	Krajské operačné stredisko
KPR	kardiopulmonálna resuscitácia
KVS	kardiovaskulárny systém
L	
I. dx.	lateris dextri, na pravej strane, vpravo
LAP	lymfadenopatia
LDK	ľavá dolná končatina
M	
MEITL	malígny T-bunkový črevný lymfóm
MgSO ₄	síran horečnatý
MINOCA	myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries
MO	malý obeh
MR	magnetická rezonancia
MT	mäkké techniky
MTS	metastázy
MTX II	tuberkulínový kožný test (Mantoux), II. čítanie
N	
NILM	negatívne v zmysle intraepiteliálnej lézie alebo malignity

Tabuľka č. 1: Skratky

skratka	význam
NTBNP	N terminálny fragment prohormónu B typu natriuretického peptidu
NYHA IV	pľúcny edém
O	
OAIM	oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
ORL	Otorinolaryngológia (ušné, krčné, nosné)
OSM	osteosyntetický materiál
OUP	oddelenie urgentného príjmu
P	
P	pulzová frekvencia
PA	postero-anterior (projekcia)
p. o.	perorálny
PAPS	pevná ambulantná pohotovostná služba
PDK	pravá dolná končatina
PIR	postizometrická relaxácia
PTR	pravého Tawarovho ramienka
PZS	poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
R	
RLP	rýchla lekárska pomoc
RTG	röntgenové vyšetrenie
RÚVZ	Regionálny úrad verejného zdravotníctva
RZP	rýchla zdravotnícka pomoc
S	
s. c.	subkutánne (podkožne)
sat. O₂	saturácia hemoglobínu kyslíkom

Tabuľka č. 1: Skratky

skratka	význam
SpO2	saturácia krvi kyslíkom
STEMI	infarkt myokardu s eleváciami ST segmentu
susp.	suspektný, suspekcia, podozrenie
T	
TBC	tuberkulóza
tbl.	tableta/y
TEE	transezofágové echokardiografické vyšetrenie
TECH	tromboembolická choroba
TK	tlak krvi
TKS	trvalý kardiostimulátor
TNT-hs	vysokosenzitívny troponín T
TS	tracheostómia
TT	telesná teplota
T-SPOT.TB	interferón-gama release assay na diagnostiku TBC infekcie
TU	tumor
TVS	transvaginálna sonografia
U	
UPV	umelá pľúcna ventilácia
USG	ultrasonografia
UZV	ultrazvuk
ÚPS	ústavná pohotovostná služba
V	
v. s. (veri similis)	pravdepodobne alebo veľmi pravdepodobne
VAS	vertebrogénny algický syndróm
VCS	vena cava superior

Tabuľka č. 1: Skratky

skratka	význam
VLPD	všeobecný lekár pre dospelých
VO	veľký obeh
VZZS	vrtníková záchranná zdravotná služba
zákon č. 576/2004 Z. z.	zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení
ZZS	záchranná zdravotná služba

Tabuľka č. 1: Skratky