

PŘÍPAD MÉ MAMINKY - UDÁLOST Z ROKU 2014

analýza zdravotnické dokumentace

Jsem přesvědčena, že se dalo poškození zdraví - těžké sepsi a vzniku toxického megakolon s nutností odejmutí tlustého střeva předejít:

a/ jejím včasným dovyšetřením (dovyšetřením zdroje infekce a patogenu, který ji způsobil)

4. 7. Laparoskopická operace – hysterektomie s adnexectomií

=> adenokarcinom dělohy - méně, než do 1/2 stěny děložní, dobrá prognóza, (pT1a N0 M0 G1)

ATB profylaxe: Amoksiklav - 5. 7. vysazen

6. 7.

ze záznamů sester: nejvyšší TT 38.3°C

z labor. odchylek vyjímám: CRP 24.1

další vyšetření: ultrazvuk ledvin (ledviny normálního tvaru bez dilatace)

ATB léčba (pouze empirická): I. Amoksiklav

7. 7.

ze záznamů sester: nejvyšší TT 38.6°C

z labor. odchylek vyjímám: CRP 260.3 (hemokultura neodebrána)

bez dalšího vyšetření

ATB léčba (pouze empirická): II. Amoksiklav + I. Metronidazol

8. 7.

ze záznamů sester: nejvyšší TT 38.6°C, 6x průjmovitá stolice

z labor. odchylek vyjímám: CRP 273.3, d-dimery 6.010

další vyšetření: kultivace moči (negativní, bakterie nenalezeny), UTZ dutiny břišní (bez patrného hematomu, není patrna volná tekutina, nepřehledný přes střevní kličky) výplach z dutiny břišní - výsledek (bez atypických podezřelých buněk), hemokultura neodebrána ani dnes (!)

ATB léčba (pouze empirická): III. Amoksiklav + II. Metronidazol

9. 7.

Překlad z JIP ženského oddělení na ženské oddělení

ze záznamů sester: nejvyšší TT 37.6°C, nadýmání, řídká stolice, saturace 80% (!)

bez krevního odběru

bez dovyšetření

ATB léčba (pouze empirická): IV. Amoksiklav + III. Metronidazol

Důkazní materiál:

Opis zdravotnické dokumentace:

<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-1/>

10. 7.
ze záznamů sester: nejvyšší TT 37.7°C, 4 odchody na wc, z toho uvedena konzistence stolice 2x - řídká, málo objemná, nadýmání, 8:00 hod. saturace 85% při inhalaci O2 (!), TF 100/min, 17:30 hod. „potí se a třese se“
z labor. odchylek vyjímám: CRP 138.7 (!), leukocyty 21.2 (!), tyč 11%, **NOVĚ** nezralé buňky: metamyelocyt 1%, myelocyt 5% a normoblast ort. 1/100 leukocytů, v periferní krvi (!)
- bez dovyšetření**
ATB léčba (pouze empirická): V. Amoksiklav - bez indikace k vysazení Metronidazol neordinován (!)
11. 7.
ze záznamů sester: 12:00 hod. saturace 80% (!), TF 95/min, 17:30 hod. udává bolest břicha
z labor. odchylek vyjímám: CRP 69.7, leukocyty 15.8, tyč 9%, hemoglobin 98, hematokrit 0.30, metamyelocyt 1%, myelocyt 1%, normoblast ort. 1/100 leukocytů, **NOVĚ** zvýšené jater. hodnoty: AST 1.41, GGT 0.80 (!)
- bez dovyšetření**
ATB léčba (pouze empirická): VI. Amoksiklav
12. 7.
ze záznamů sester: konzistence stolice neuvedena, 22:00 hod. žádá analgetika
bez krevního odběru
bez dovyšetření
ATB léčba (pouze empirická): VII. Amoksiklav – v dokumentaci chybně uvedeno VI. (!)
13. 7.
ze záznamů sester: 1:00 hod. (v noci) “opět stolice” - poté stolice ještě 2x (bez uvedení konzistence), TF 96/min, 21:30 žádá analgetika
bez krevního odběru
bez dovyšetření
ATB léčba (pouze empirická): VIII. Amoksiklav – v dokumentaci chybně uvedeno VII. (!)
14. 7.
ze záznamů sester: řídká stolice s nadýmáním 5x (!), 20:00 hod. žádá injekci na bolest
z labor. odchylek vyjímám: CRP 77.3, leukocyty 16.3, erytrocyty 3.55, hemoglobin 104, hematokrit 0.32, neutrofilů 84.5
bez dovyšetření
ATB léčba (pouze empirická): IX. Amoksiklav - v dokumentaci chybně uvedeno VIII. (!)
15. 7.
záznam fyzioterapeutky: udává bolest levého nártu, zhoršení stavu, rychlý nástup únavy jen glykemický profil
bez dovyšetření (nezjišťována ani příčina bolesti levého nártu)
ATB léčba (pouze empirická): X. Amoksiklav - ex (opět chybně IX., vysazen před plánovanou dimisí)

Důkazní materiál:

Opis zdravotnické dokumentace:

<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-2/>

Přesto, že se v pátý den empirické léčby - 10. 7. v periferní krvi nově vyskytly mj. nezralé buňky bílé i červené krevní řady spolu s významnou leukocytózou a stále ještě vysokým zánětlivým markerem CRP, přičemž potíže mé maminky (bolest břicha, nadýmání, průjemovitá stolice) přetrvávaly, tak až do dne 16. 7. 2014 nedošlo ze strany lékařů ženského oddělení k žádné diagnostické intervenci, aby mohla být zjištěna příčina infekce a empirická léčba případně modifikována na léčbu cílenou.

16. 7. Sepsání propouštěcí zprávy a její odeslání praktické lékařce

=> po zhlédnutí výsledků krevního odběru rozhodnutí nepropustit

z labor. odchylek vyjímám: CRP 138.2, leukocyty 12.9, erytrocyty 3.40, hemoglobin 101, hematokrit 0.31, neutrofilů 80.4, lymfocyty 13.3, později odebrané **CD64+CD16+...95 (!)** /norma <25/
zahájena dovyšetření: kultivace moči (negativní), stěr z urogenitálu (kvasinky - Pimafucin), CT vyšetření břicha (**stěna tračniku v celé délce cirkulárně zesílená s maximem v oblasti caeca a ascendens a v oblasti sigmoidea; kolostáza tračniku; prosáknutí v konvexitě sakra; tekutinová kolekce pod caekem, v úrovni oblasti kosti kyčelní; tekutina v P pleurální dutině, šíře do 20 mm, atelektázy v plíc. parenchýmu vpravo dosrobozálně; skelet, ledviny beze změn**)

=> do chorobopisu však zapsán pouze předběžný popis CT vyšetření sdělený po telefonu (!) (dutina břišní bez abscesu či ohraničené tekutinové kolekce, pouze tlusté střevo v téměř celém průběhu s difúzním zesílením stěny zánětlivého vzhledu)

Na zprávě z radiologického oddělení je podpis lékaře ženského oddělení s připojením data **21. 7. 2014**, což je zřejmě i den **zhlédnutí definitivního popisu CT vyšetření (?) – tzn. o pět dní později (!)**

ATB léčba (pouze empirická): I. Gentamicin + I. Klindamycin

=> u Klindamycinu v medikaci neuvedeno dávkování (!)

17. 7.

ze záznamů sester: 17:20 hod. **z vpichu na pravé straně odtéká čirá tekutina** - 3x převlečené lůžko, několikrát zapsána stolice - 23:50 hod. **zelená vodnatá** - "stěžuje si na velké břicho"

bez krevního odběru
 další vyšetření: výtěr z recta (signifikantní patogen neprokázán), kultivace stolice - **v 16:24 hodin nahlásila laboratoř bakterii Clostridium difficile (antigen a průkaz toxinu A+B)**

=> **cílená léčba dnes nenasazena (!)**

=> **nevysazen (pro možný rozvoj toxického megakolonu rizikový) Klindamycin (!)** – podáván bezdůvodně (viz antibiogramy) další tři dny, pak konečně vysazen a čtvrtý den opět chybným rozepsáním medikace podán (!)

ATB léčba (pouze empirická): II. Gentamicin + II. Klindamycin

=> u Klindamycinu v medikaci uvedeno chybné dávkování – gramy namísto miligramů (!)

Důkazní materiál:

Opis zdravotnické dokumentace:

<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-2/>
<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-3/>

Nerozumím tomu, proč lékaři nepojali dříve (včas) podezření na probíhající klostridiovou infekci, když:

- => tato je řazena mezi nejčastěji se vyskytující nozokomiální infekce
- => zde byly všechny předpoklady pro její vznik (věk pacientky, operace v břišní dutině - pobyt na JIP, imobilita, ATB léčba - a to dokonce už před hospitalizací, poté profylaxe a pak empirická
- => o infekci věděli a pro klostridiovou svědčila i symptomatika (bolesti břicha, průjmovitá stolice, nadýmání) – infekci urogenitálu provedená vyšetření nepotvrdila

Jsem přesvědčena, že se dalo poškození zdraví - těžké sepsi a vzniku toxického megakolon s nutností odejmutí tlustého střeva předejít:

b/ nasazením adekvátní léčby klostridiové infekce v době, kdy už známa byla

18. 7.

ze záznamů sester: 7:00 hod. unavená, spavá, nechce vstávat, 12:00 hod. unavenější, 18:05 hod. do sprchy odmítá, 19:25 hod. zvoní, žádá na wc, v obličeji červená, rychleji dýchá - TT 37.8°C, 21:00 hod. propocená - TT 36.6 °C, glykemie 11.4

z labor. odchylek vyjímám: CRP 154.4, leukocyty 12.4, erytrocyty 3.14, hemoglobin 94, hematokrit 0.29, neutrofilů 80.7, lymfocytů 11, **NOVĚ:** kreatinin 101, kyselina močová 376 (!), draslík 3.70, vápník 1.88, GGT 1.13, laktátdehydrogenáza 3.74 (!), celková bílkovina 49, albumin 25 (!)

bez dalšího vyšetření

ATB léčba: III. Gentamicin + III. Klindamycin + I. Vancomycin

=> u Klindamycinu v medikaci uvedeno chybné dávkování – gramy namísto miligramů (!)

Teprve dne 21. 7. 2014, po překladi na JIP infekčního oddělení dochází k nasazení adekvátní antibiotické léčby klostridiové sepse - Vancomycinu s Metronidazolem bez Klindamycinu (!)

A konečně jsem přesvědčena, že se dalo poškození zdraví - těžké sepsi a vzniku toxického megakolon s nutností odejmutí tlustého střeva předejít:

c/ včasným umístěním mé maminky na JIP infekčního oddělení

19. 7.

ze záznamů sester: 6:05 hod. stolice zelená kašovitá - navzdory tomu vizita v 8:20 hod. uvádí stolici 1x4 denně formovanou (!), 10:00 hod. TT 38.2°C - (odebrána hemokultura), 14:45 hod. stolice hojně v posteli, 15:20 hod. opět stolice v posteli, 16:00 hod. TT 38.6°C, 16:45 hod. stolice opět v posteli, na mísu odmítá, došla s pomocí na wc, kde hojně zelená průjmovitá stolice, 21:00 hod. zvoní, žádá injekci na bolest, žádá léky proti průjmu, TB 2 950 ml/1 300 ml (!), **apatická, spavá, riziko pádu - vysoké (!)**

bez krevního odběru jen hemokultura (Staphylococcus epidermis - kontaminace?)
další vyšetření: UZ abd. (bez známek VT v dutině břišní) (?), stěr z urogenitálu (Proteus mirabilis), stěr ze sutury (Enterobacter cloacae - kolonizace?), neurologické konzilium (celkové zhoršení stavu při probíhající infekci a dehydrataci) (?)

Důkazní materiál:

Opis zdravotnické dokumentace:

<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-3/>

=> telefonická konzultace s lékařem infekčního oddělení - možno ponechat na ženském oddělení na samostatném pokoji (!)

ATB léčba: IV. Gentamicin (dále ex) + IV. Klindamycin + II. Vancomycin

=> u Klindamycinu v medikaci uvedeno chybné dávkování – gramy namísto miligramů (!)

20. 7.

ze záznamů sester:

3:30 hod. (ráno) zvoní, chce jít na wc, ale cítí se slabá, misu odmítá, žádá o Pampers kalhotky, nespolupracuje, nelze je v jedné obléknout, zavolán sanitář na pomoc, pacientka ošetřena, omyta od stolice, 9:30 hod. toaleta na lůžku, 11:30 hod. převlečená opět, 12:30 hodin převlečená - **vizita navzdory skutečnosti, že už druhým dnem zelená vodnatá stolice odchází samovolně, uvádí opět 1x4x formovanou stolicí denně (!), 20:00 hod. SAT 75% (!)** - dle ordinace inf. konzilia O2 inhal. 4l/min brýlemi, 22:20 hod. zvoní, že se potí, vysvětleno, zatím omyt jen obličej, P 112 (!), **apatická, zvýšený dohled, vysoký stupeň závislosti!**

z labor. odchylek vyjímám:

CRP 281.7 (!), prokalcitonin 19.4 (!), leukocyty 18.7, erytrocyty 3.30, hemoglobin 95, hematokrit 0.31, neutrofilů 84.5, lymfocytů 8.9, močovina 10.3, kreatinin 112, kyselina močová 447, vápník 1.78, GGT 1.61, celková bílkovina 47, hemokultury negativ.

další vyšetření:

stěr (negativní)

18:15 vizita (dle doporučení internisty **zachovávat pozitivní tekutinovou bilanci (!)**) - zřejmě jen telefonická konzultace bez vyšetření u lůžka

19:34 hod. infekční konzilium (od 7. 7. **průjmovitá stolice, pacientka unavená, leží na lůžku, neschopna se posadit, není jí dobře, bolí celé tělo, všechny klouby; zelené páchnoucí stolice stále, břicho podfouklé, peristaltika obleněná, není přístupné palpaci, rány po laparoskopii klidné, vyjma rány v pravém podbřišku, která je zející, celkově prosáklá; UZ břicha k vyloučení megakolon, UZ srdce k vyloučení infekční endokarditidy, pravidelná monitorace**)

Přesto, že infekční konzilium zkonstatovalo výše uvedené a pojalo podezření na dvě závažné diagnózy jako je infekční endokarditida či toxické megakolon, ponechalo mou maminku celou další dlouhou noc na standardním lůžku ženského oddělení bez možnosti monitorace a zahájení intenzivní péče o kriticky nemocného pacienta (!)

ATB léčba: V. Gentamicin (ex – poté opět nasazen) + V. Klindamycin (ex) + III. Vancomycin + I. Oxacilin + I. Metronidazol

V období od 16. 7. - 19. 7. (po původně zamýšleném propuštění) nebyla ordinována profylaxe Fraxiparinem. Hodnoty d-dimerů (8. 7. - 6.010; 21. 7. už 13.960) i ostatní koagulační hodnoty se pohybovaly mimo normu. Mohla bolest levého nártu zaznamenaná fyzioterapeutkou dne 15. 7. souviset s následnou parézou levé končetiny - zjištěnou lékaři JIP chirurgického oddělení o měsíc později (při snaze o vertikalizaci)? Mohl se na rozvoji parézy podílet útlak nervů v důsledku nikým nedovyšetřené trombózy? Internisté, s nimiž jsem dané konzultovala, mi tuto úvahu nevyvrátili.

Důkazní materiál:

Opis zdravotnické dokumentace:

<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-3/>

21. 7.

ze záznamů sester: 7:00 SAT 80% na O2, TF 105, 7:15 pokálená v posteli, zmatená (!)
 ATB léčba: VI. Klindamycin - v dokumentaci chybně uvedeno-zkopírováno V. (!)
 (Klindamycin opět chybně podán po předchozím vysazení) (!)
 + IV. Vancomycin - v dokumentaci chybně uvedeno-zkopírováno III. (!)
 + II. Gentamicin + II. Oxacilin + II. Metronidazol

10:00 hod. ARO sanita: **Překlad ze ženského oddělení na JIP infekčního oddělení**

z příjmového listu: těžká klostridiová pankolitis - klinicky susp. rozvoj toxického megakolon, břicho výrazně distendované, povšechně citlivé, bubínkový poklep, distenční peristaltika až kovové zvuky, stolice zelená odchází samovolně, dolní končetiny výrazně edematózní, soor ústní dutiny, edém gingivy, na plicích dystrofické chrupky, hmotnost pacienta: 121 kg, BMI: 48.47 (!) - narůst 30 kg oproti hmotnosti při příjmu k hospitalizaci na ženském oddělení (!)

=> anasarka - cca 30 litrů vody v otocích, které při hospitalizaci na ženském oddělení postupně přibývaly v důsledku sepse (selhávání ledvin), což dokládají i hodnoty albuminu (výrazná hypoalbuminémie).

KRITICKY NEMOCNÁ PACIENTKA S NEJISTOU PROGNÓZOU:

krvní transfúze - albumin - JIP chirurgického oddělení - operace (ileostomie) - tracheostomie
 dialýza - 4 týdenní pobyt na ARO - JIP chirurgického oddělení - Chirurgické oddělení
 (22. 8. zjištěna paréza levé dolní končetiny) - Interní oddělení (dekompence hypertenze) -
 Rehabilitační oddělení - 8. 10. 2014 dimise - **mnoho komplikací a následků**

V celé této události spatřuji nikoliv jedno, nýbrž několik po sobě jdoucích pochybení.

Výrok jednoho z odborníků posuzujícího případ o tom, že "pacientka byla již před operací zatížena řadou nemocí" (rozumějme inzulínem kompenzovaným diabetem, kompenzovanou hypertenzí, v dětství prodělanou úspěšnou operací apendixu a v dospělosti úspěšnou operací nezhoubného nádoru na mozkových plenách) u mne pocit, že dovyšetření příčiny a zdroje pooperační komplikace (přetrvávající infekce) po deseti dnech od jejího vzniku je dostačující a postupem lege artis, nenavodí.

Nezaměňujeme prosté nevyužití dostupných diagnostických metod za polymorbiditu pacienta, díky níž jsme ho údajně nemohli uchránit od téměř fatálních následků sepse.

Důkazní materiál:

Opis zdravotnické dokumentace:

<https://pod-poklickou-ceskych-nemocnic.webnode.cz/dokumentace-cast-3/>