

Överburenhet, lite fostervatten, klart patologisk övervakningskurva Bakjour avvaktade för länge med kejsarsnitt

Det var känt att graviditeten var överburen, att man dagen innan hade konstaterat att det fanns väldigt lite fostervatten samt att övervakningskurvan var klart patologisk. Förlossningsläkaren, som var bakjour, borde därför inte ha avvaktat i drygt två timmar med kejsarsnitt. Han får en erinran. (HSAN 1295/03)

II Den 27-åriga kvinnan var förstföderska. Hon gick två veckor över tiden och undersöktes på kvinnokliniken i vecka 42 + 0 med ultraljud, som visade reducerad fostervattenmängd. På grund av detta fick hon tid följande dag för igångsättning av förlossningen. Redan på natten kom hon dock tillbaka med värkar. Övervakningskurvan visade normal frekvens men nedsatt variabilitet.

Flicka föddes med hjärnskada

Klockan 04.10 gjordes hinnbräckning och det fanns då inte något synligt fostervatten. En skalpelektrod kopplades och visade fortsatt nedsatt variabilitet och en avvikande kurva. Primärjouren kontaktades och denna kontaktade i sin tur förlossningsläkaren, som var bakjour. Klockan var då 05.25.

Förlossningsläkaren gav värkstimu-

lerande dropp. Klockan 7 var kurvan fortfarande tyst. Förlossningsläkaren beslöt att försöka ta blodprov från skalpen, vilket misslyckades vid två försök. Klockan 07.30 gick hjärtfrekvensen ner och man beslöt om omedelbart kejsarsnitt klockan 07.35. En livlös flicka föddes klockan 07.47. Prov visade pH 6,93. Flickan fördes till neonatalenhet och visade sedan tecken på en lätt till medelsvår hjärnskada.

Flickans föräldrar anmälde förlossningsläkaren. De ansåg att beslutet om kejsarsnitt borde ha fattats tidigare.

Plötslig minskning i hjärtfrekvensen

Ansvarsnämnden tog in kvinnans journal och yttrande av förlossningsläkaren.

Han berättade att han som bakjour blev väckt kl 05.25. Eftersom medelhjärtfrekvensen var normal ordinerades ett värkstimulerande dropp. Trots värkstimulering upp till 36 ml/minut ändrade inte kurvan utseende. Från omkring kl 06.30 gjordes två misslyckade försök till blodprov från fosterskalpen för bestämning av surhetsgraden i blodet.

Under tiden kunde man se att medelhjärtfrekvensen långsamt sjönk. Vid en frekvens omkring 100 slag/minut var variabiliteten tillfälligt förbättrad för att strax efter kl 07.30 övergå i en plötslig

minskning av hjärtfrekvensen. Då beslutades om katastrofsnitt, berättade förlossningsläkaren. Ett mycket medtaget barn framföddes utan hjärtaktivitet kl 07.47. Apgar var 0-0-0 vid 1, 5 respektive 10 minuters ålder. Återkomst av hjärtaktivitet registrerades vid 8 minuters ålder, första andetag efter 12 minuter. Navelsträngs-pH kunde inte återfinnas. PH från navelvenkateter vid drygt 20 minuters ålder var 6,93.

II Bedömning och beslut

Förlossningsläkaren, som var bakjour, kontaktades klockan 05.25 med anledning av kvinnans förlossning. Det var då känt att graviditeten var överburen, att man dagen innan hade konstaterat att det fanns mycket lite fostervatten samt att övervakningskurvan var klart patologisk. Förlossningsläkaren borde därför inte ha avvaktat i drygt två timmar med beslutet om kejsarsnitt, kritiserar Ansvarsnämnden.

Genom att inte besluta om ett kejsarsnitt i ett tidigare läge hade han av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Felet medför disciplinpåföljd, även om det inte är säkert att barnets syrebristskada hade kunnat undvikas med ett tidigare kejsarsnitt. Påföljden kan stanna vid en erinran, anser Ansvarsnämnden. •

Stressad situation ursäktar diagnostiskt misstag Dödförklarad av två läkare – ändå föddes pojken levande

Förlossningsläkaren begick ett diagnostiskt misstag när hon strax före födelsen fastställde att barnet var dött. Hon kritiseras för en otillräcklig ultraljudsundersökning. Undersökningen gjordes dock i en mycket stressad situation och misstaget är därför ursäktligt, anser Ansvarsnämnden och friar henne. (HSAN 1823/03)

II Den 26-åriga trebarnsmamman blev den 10 juli, i graviditetsvecka 36, inlagd på kvinnokliniken på grund av äggvita i urinen och ödem. Hon skrevs ut men lades in igen den 16 juli, då hon också hade huvudvärk. Hon vägde 141 kilo. Blodtryck och CTG var utan anmärkning.

På natten till den 18 juli hade kvinnan vattenavgång och ett krampanfall. Hon fick Stesolid och fördes till förlossningsavdelningen. Primärjouren fann vid ult-

raljudsundersökning inte någon hjärtaktivitet hos barnet. Förlossningsläkaren, som tillkallades i egenskap av bakjour, kunde inte heller påvisa någon sådan aktivitet och informerade modern om att barnet var dött.

Modern fördes till intensivvårdsavdelning för behandling med magnesiumsulfat. Förlossningen var då igång och hon fick smärtlindring i form av Ketogan och Fentanyl. Klockan 03.30 föddes hon en pojke, som visade sig leva med Apgar 3. Pojken andades inte spontant men efter andningshjälp och Narcanti-behandling mårde han bra.

Pojkens föräldrar anmälde läkarna.

Ansvarsnämnden läste kvinnans journal och hämtade in yttrande av förlossningsläkaren/bakjouren.

Pojken föddes levande trots att både tjänstgörande primärjour och hon som bakjour hade gjort ultraljudsundersökning där de inte kunde se några livsteck-

en hos barnet. De utgick från att barnet hade dött under det krampanfall som mamman hade haft. Förlossningsläkaren menade att flera faktorer kan ha haft betydelse för att diagnosen blev fel, bland annat att mamman var överviktig samt orörlig, sederad och mycket sjuk.

II Bedömning och beslut

Bakjouren begick ett diagnostiskt misstag när hon fastställde att barnet var dött. Misstaget kan inte betraktas som ringa. Bakjouren ska kritiseras för att hon inte genomförde en tillräckligt omsorgsfull ultraljudsundersökning, konstaterar Ansvarsnämnden.

Undersökningen försvårades av att den genomfördes i en mycket stressad situation, bland annat på grund av kvinnans sjukdomstillstånd och av att hon var överviktig. Bakjourens misstag får därför anses som ursäktligt, säger Ansvarsnämnden och friar henne. •