

Avslutade inte förlossningen trots närmast preterminal CTG-kurva

Först när CTG-kurvan varit närmast preterminal i 20 minuter kontaktade barnmorskan förlossningsläkaren, som i sin tur valde att avvakta ytterligare med att avsluta förlossningen. Barnet blev gravt neurologiskt skadat. (HSAN 3206/05)

Efter en normal graviditet kom den 34-åriga förstföderskan till förlossningen den 5 januari kl 18.30 i graviditetsvecka 40+5. CTG-kurvan var normal. Då livmoderhalsen var öppen endast 1,5 cm blev hon hemskickad.

Hon återkom dagen efter kl 06.05 efter att ha haft värkar under natten. CTG-kurvan var utan anmärkning.

Kl 07.00 bedömde barnmorskan att CTG-kurvan visade nedsatt variabilitet. Hinnbräckning gjordes kl 07.29 och tjockt mekoniumfärgat vatten uttömdes. CTG-kurvan bedömdes ha något nedsatt variabilitet och små decelerationer.

Kl. 07.55 visade CTG-kurvan nedsatt variabilitet med djupa decelerationer. Den visades för förlossningsläkaren kl 08.10. Hon ordinerade fortsatt registrering. Tjugo minuter senare visade kurvan komplicerade decelerationer och förlossningsläkaren tittade då på den.

Gravt neurologiskt skadad

Kl 08.45 tillkallades en extra barnmorska för yttre press. Två minuter senare var det svårt att uppfatta några fosterljud. Kl 08.59 föddes en livlös pojke, som senare bedömdes som gravt neurologiskt skadad. Modern anmälde förlossningsläkaren och barnmorskan.

Förlossningsläkaren valde att inte yttra sig. Barnmorskan hänvisade bland annat till den Lex Maria-anmälan som gjordes.

Socialstyrelsens vetenskapliga råd docent Ulf Hansson pekade på att syra-basstatus i navelsträngsprov visade en metabol acidosis som uttryck för syrebrist. Med tanke på barnets dåliga tillstånd och att det utvecklade symtom som vid syrebrist kunde man ifrågasätta om det var ett venöst prov och inte ett arteriellt prov. Det framgick inte av journalen.

I perinatal audit spekulerades om pre-natal incidens dygnet innan partus. Den CTG-registrering som gjordes den 5 ja-

nuari visade en mycket reaktiv kurva med accelerationer.

Intagningsregistreringen när patienten kom på morgonen den 6 januari var avvikande med nedsatt variabilitet och inga säkra accelerationer. Detta kan normalt förekomma periodvis under förlossningen men kan vara ett uttryck för tidigare påverkan på barnet innan registreringen började. Det är därför svårt att hävda att prognosen blivit bättre om barnet framfötts tidigare.

Tecken på syrebrist

Oavsett om något hänt under de timmar patienten varit hemma som förklaring till den här förändringen på CTG eller inte, så förelåg vid förlossningen tecken på syrebrist.

Den väsentliga frågan i bedömningen blir då om åtgärder borde vidtagits tidigare på grund av CTG-förändringar?

CTG-registreringen visade från början nedsatt variabilitet omkring 5 och utan säkra accelerationer, vilket bör bedömas som ett avvikande CTG.

På grund av tidiga decelerationer var det svårt att avgöra om det fanns accelerationer eller inte. Enligt PM skall då CTG-registrering fortsätta, vilket också gjordes.

Bedömdes som reaktiv kurva, vilket kan ifrågasättas. Kl 07.30 sattes skalpelektrod; fortsatt nedsatt variabilitet omkring 5. Från ca kl 07.45 sjönk variabiliteten och var klart under 5, snarast upphävd variabilitet. Nu förelåg variabla decelerationer, av och till mer uttalade.

CTG-kurvan signerades av förlossningsläkaren kl 08.10. Då hade det förelagat patologiskt CTG i 25 minuter.

Skäl att avsluta förlossningen

Under utdrivningsskedet förekommer ofta uttalade variabla decelerationer och så länge de är förenade med god variabilitet och normal basalfrekvens kan man avvakta. Ett mönster som i detta fall ses ibland under utdrivningsskedet och föregår ofta en bradykardi.

Det viktigaste vid bedömningen är inte decelerationerna utan variabiliteten. Här har variabiliteten varit i det närmaste upphävd mer än 20 minuter, vilket är

skäl för att avsluta förlossningen. Föregående fosterdel stod på bäckenbotten, förlossningen hade rimligen snabbt kunnat avslutas med sugklocka eller tång.

Fostervattnet var kraftigt mekoniumfärgat, vilket innebär att det är viktigt att barnet inte utsätts för hypoxi. Variabiliteten förbättrades något en stund senare – inte helt upphävd, snarast silent pattern – vilket kan förklara avvaktandet med att avsluta förlossningen.

Decelerationerna var också lite mindre, men från kl 08.40 tilltog de igen och från 08.45 sjönk basalfrekvensen. Då togs beslut om att avsluta förlossningen och barnet framföddes 08.59.

Det är alltid svårt i utdrivningsskedet att värdera hur lång tid som återstår och man kan ha viss förståelse för att de trodde att patienten snabbt skulle bli förlöst.

Sammanfattningsvis har omhändertagandet varit för exspektativt. Vid bedömningen kl 08.10 hade det varit rimligt att ta beslut om att avsluta förlossningen, ansåg Ulf Hansson.

Alltför expektativa

Ansvarsnämnden menar att fallet illustrerar vikten av att se tillbaka på tidigare CTG-registreringar.

CTG-kurvan var på kvällen den 5 januari helt normal. När kvinnan återkom nästa morgon var den misstänkt avvikande med nedsatt variabilitet, frånvaro av accelerationer och små decelerationer. Om barnmorskan då sett tillbaka på föregående kvälls CTG-kurva borde hon ha förstått att något kunde ha inträffat under förlossningsförloppet i hemmet.

Från kl 07.30, då skalpelektrod sattes, uppvisade CTG-kurvan djupa decelerationer med upphävd variabilitet, ett klart patologiskt mönster.

Detta fynd i kombination med tjockt mekoniumfärgat fostervatten och att fosterhuvudet stod mot bäckenbotten utgjorde en klar indikation att avsluta förlossningen med sugklocka eller tång. Ändå informerade barnmorskan inte förlossningsläkaren förrän kl 08.10 då CTG-kurvan varit närmast preterminal i 20 minuter.

Förlossningsläkaren valde att avvakta ytterligare. Det preterminala CTG-mönstret övergick i en terminal bradykardi kl 08.45.

Förlossningsläkaren och barnmorskan var alltför expektativa och varnas. ■

Kvinnor som tidigare förlösts med kejsarsnitt riskgrupp vid påföljande vaginal förlossning

»Synnerligen allvarligt att de inte försökte få information om fostrets hjärtfrekvens«

Kvinnor som tidigare förlösts med kejsarsnitt är en riskgrupp vid påföljande vaginal förlossning. (HSAN 421/06)

Den 31-åriga kvinnan hade två år tidigare förlösts med kejsarsnitt på indikationen värksvaghet. Hon väntade sitt andra barn med beräknad förlossning den 7 april. Hon var bekymrad inför förlossningen och gick på samtal under graviditeten. Hon planerades för vaginal förlossning.

Den 29 mars kl 01.20, i graviditetsvecka 38+4, kom hon till förlossningen med spontana värkar. Cervix var öppen 2 cm och man bedömde att förlossningen inte var igång varför hon fick morfin för att vila. Hon kunde inte sova på grund av smärtsamma kontraktioner och kl 05.21 gjordes amniotomi. Epiduralbedövning lades kl 05.55. Värkstimulerande dropp sattes kl 07.55.

Övervakningskurvan var fram till 11-tiden normal, men från kl 11.10 sågs fosterljudsnedgångar på CTG. Kl 12.05 var cervix helt öppen. Patienten blödde rikligare än normalt. Blödningen uppskattades till cirka 100 ml. Omedelbart därefter uppstod problem med att registrera fosterljuden och man bytte skalpelektrod.

Fick bestående svår CP-skada

Kl 12.20 bedömdes CTG som misstänkt patologiskt. Man misstänkte att det var mammans puls som registrerades och inte fostrets. Kl 12.45 började kvinnan krysta; samtidigt kom det blodblandat fostervatten. På indikationen värksvaghet lades kl 12.54 en sugklocka. Extraktionen var tung. Med hjälp av yttre press och sammanlagt åtta dragningar framfördes huvudet kl 13.13.

En skulderdystoci stoppade upp förlossningen och barnet, en flicka, föddes kl 13.18. Hon var svårt medtagen och fick Apgar 0, 4, 4. I navelsträngsblod uppmättes pH till 6,7. Flickan fick en bestående svår CP-skada.

Kl 15.40 hade kvinnan inte kissat efter förlossningen och vid tappning kom ingen urin, bara blod. På misstanke om blåsruptur opererades kvinnan kl 19.00. Vid

operationen identifierades en uterusruptur på 8–10 cm i det gamla ärrret. Ingen blåskkada kunde identifieras.

Ett dygn efter operationen misstänkte man att det möjligen också fanns en blåskkada då kvinnan hade läckage via slidan. Röntgen verifierade senare en fistel mellan urinblåsan och slidan. En operation planerades av urolog.

Kvinnan anmälde förlossningsläkaren för att beslutet om att använda sugklocka i stället för kejsarsnitt resulterade i att dottern fick diagnosen »svår CP«.

Ansvarsnämnden läste patientens journal och ett yttrande från förlossningsläkaren samt Socialstyrelsens beslut avseende en Lex Maria-anmälan.

Förlossningsläkaren bestred att hon gjort fel och hänvisade bland annat till sitt yttrande i Lex Maria-ärendet.

Hon trodde sig minnas att de vid undersökningen strax efter klockan 11 förde en diskussion om att avbryta den vaginala förlossningen och i stället avsluta förlossningen med kejsarsnitt. I samförstånd med föräldrarna beslutades att avvakta en timme och därefter göra en ny bedömning. Denna gjordes, förlossningen hade gått bra framåt.

Däremot kunde hon inte erinra sig att föräldrarna senare skulle ha bett om kejsarsnitt i stället för förlossning med sugklocka.

Koagler i vagina

Socialstyrelsen påpekade att patienten hade uttryckt stor oro inför förlossningen mot bakgrund av vad hon tidigare upplevt under sin första förlossning. Hon fick komma på samtal med en erfaren förlossningsläkare, och de bestämde att pröva vaginal förlossning men att inte tillåta någon längre latensfas.

Strax efter det att epiduralbedövningen hade lagts gjordes amniotomi och efter cirka en och en halv timme, när modermunnen var öppen sex centimeter, kopplades ett värkstimulerande dropp vilket var en adekvat åtgärd.

Vid en undersökning upptäcktes koagler i vagina motsvarande cirka 100 ml

och Socialstyrelsen kunde inte finna några kommentarer eller vilka tankar man hade kring orsaken till denna blödning.

Från kl 12.10 till 12.50, då beslutet togs om att använda sugklocka, var CTG-mönstret mycket svårtolkat och det framgick inte av någon anteckning huruvida de övervägde att kontrollera barnets metabola status med laktat eller pH under denna tid.

CTG-kurvan hade varit svårbedömd och registreringen periodvis otillfredsställande, det hade varit en oförklarlig liten blödning och patienten hade tidigare haft en förlossning som avslutades med ett kejsarsnitt på grund av värksvaghet. Socialstyrelsen ansåg därför att de innan de tog till sugklockan borde kontrollerat barnets metabola status, och den ansvariga läkaren kunde inte undgå kritik för detta.

Socialstyrelsens ansåg dock att den aktuella förlossningen var ytterst svårbedömd och svårhanterlig och anmälde därför inte läkaren till HSAN.

Borde avslutats av läkaren

Användandet av sugklockan blev svårt och traumatiskt, det förelåg en uppenbar värksvaghet och vid denna tidpunkt hade kvinnan sannolikt fått en uterusruptur. Barnets huvud framfördes efter åtta dragningar och yttre press.

I barnmorskans utlåtande framkom det att tjänstgörande läkare efter fem till sex egna dragningar överlät den fortsatta extraktionen till barnmorskan. Socialstyrelsen fann detta anmärkningsvärt då det komplicerade ingreppet borde ha avslutats av den erfarna förlossningsläkaren.

Borde registrerats med ultraljud

Ansvarsnämnden konstaterar att kvinnan tidigare förlösts med kejsarsnitt på grund av värksvaghet. Den aktuella graviditeten var normal, men hon hade signalerat stor oro inför förlossningen. Denna var initialt normal men värkstimulerande dropp sattes på grund av dålig progress kl 08.00 och ökades vid 11-tiden.

CTG-kurvan hade då varit normal, men från kl 11.10 visade övervakningskurvan tätare värkar men också variabla decelerationer av fosterljuden. Kl 12.05 tillkallades förlossningsläkaren, som

fann att livmoderhalsen var helt öppen. Hon noterade att kvinnan blödde med koagler.

Samtidigt hade de svårt att registrera fosterljuden. De beslutade sig då för att registrera fosterljuden med en yttre registrering. Misstanke fanns att det var moderns puls och inte barnets som registrerats.

Trots osäkerheten om fostrets status avvaktade de och först kl 12.50 lades en sugklocka. Extraktionen var mycket tung. Förlossningen komplicerades av en skulderdystoci.

Från kl 12.10 fanns ingen säker regi-

strering av fosterljuden och ingen objektiv bedömning av fostrets status med skalpblodprov. Vid tveksamhet om man registrerar fostrets eller mammans puls är det regel att fosterhjärtaktiviteten registreras med ultraljud, vilket förlossningsläkaren alltså borde ha gjort.

Uterusruptur kunde inte uteslutas

En blödning med koagler hos en kvinna som tidigare förlösts med kejsarsnitt borde också ha givit en klar signal om att en uterusruptur inte kunde uteslutas.

Med hänsyn till att kunskap om fostrets status saknades var förlossningslä-

karen alltför expektativ i och med att beslut om sugklocka togs först kl 12.50. Kvinnor som tidigare förlösts med kejsarsnitt är en riskgrupp vid påföljande vaginal förlossning, framhåller Ansvarsnämnden.

Uterusruptur är en diagnos som kan vara svår att ställa då kvinnan är effektivt smärtlindrad. En färsk vaginal blödning samtidigt med en fosterljudspåverkan är dock tillräckliga symtom för att uterusruptur skall misstänkas. Det är synnerligen allvarligt att de inte försökte få information om fostrets hjärtfrekvens.

Förlossningsläkaren får en varning. ■

Skrev ut Reductil utan kontroll av patientens blodtryck

Gynekologen satte in Reductil utan att överhuvudtaget kontrollera patientens blodtryck. (HSAN 329/06)

Den då 39-åriga kvinnan undersöktes första gången i mars 2003 av gynekologen på grund av rikliga menstruationsblödningar. Dessa kunde kontrolleras med Cyklokapron. Gynekologisk undersökning visade en drygt normalstor livmoder med myom.

Kvinnan återkom den 31 januari 2005. Blödningsbesvären var då mer påtagliga. Hennes myom hade också ökat i storlek och livmodern var åtminstone dubbelt normalstor. Hon vägde 96 kg (längd 165 cm). Hon fick Cyklokapron, järn och Reductil för att gå ned i vikt.

Vid ett nytt besök den 1 mars hade hon gått ned 7 kg. Hon fick Primolut-Nor för att reglera menstruationen.

Vid återbesök en månad senare hade blodvärdet gått upp till 130 g/l (96 g/l den 31 januari) och menstruationen var mer normal. Hon fick en ny tid i maj och skulle då, om hon fortfarande hade problem, remitteras för att ta bort livmodern.

Vid sista kontrollen den 25 maj hade hon fortfarande regelbunden menstruation och myomen hade inte ökat i storlek. Med hjälp av behandlingen med Reductil vägde hon 83 kg. Hon fick ett nytt recept på Reductil och uppmanades att återkomma vid behov.

Patienten anmälde gynekologen.

Fick inga riktiga svar

Ansvarsnämnden läste journalen och bad om ett yttrande från gynekologen. Denne svarade endast att han ifrågasatte vad som var problemet. Ansvarsnämnden bad också Socialstyrelsen uttala sig om huruvida gynekologen borde kontrollerat patientens blodtryck innan han satte in Reductil och efteråt. Socialstyrelsen besvarade inte frågan.

Ansvarsnämnden konstaterar att vid kontrollen i januari 2005 hade patientens myom vuxit sedan år 2003 och hon hade rikliga blödningar med blodbrist. Eftersom hon bara var 41 år och inget lämpligt operationsfall på grund av sin kraftiga övervikt, kan gynekologen inte kritiseras för att han prövade medicinsk

behandling och samtidigt förskrev Reductil för att minska hennes övervikt.

Vid sista kontrollen i maj 2005 hade någon tillväxt av myomen inte skett. Menstruationerna var under kontroll och blodvärdet normalt.

Någon klar medicinsk indikation för att ta bort livmodern förelåg inte heller då, trots att patienten hade gått ner avsevärt i vikt. Någon kritik kan således inte riktas mot gynekologen för behandlingen av patientens gynekologiska problem.

Ingen kontroll alls

Vid medicinering med Reductil skall dock – enligt Fass, under rubriken Varningar och försiktighet – blodtrycket kontrolleras minst varannan vecka under de tre första månaderna. Därefter skall det kontrolleras en gång i månaden i ytterligare tre månader och sedan minst en gång var tredje månad.

Gynekologen kontrollerade överhuvudtaget inte patientens blodtryck, vare sig innan han satte in preparatet eller efteråt.

Han får en erinran. ■

Fick penicillin trots känd allergi

Trots att man på vårdcentralen visste att patienten var allergisk mot penicillin skrev doktorn ut Heracillin. (HSAN 3340/06)

Den 42-årige mannen har en känd penicillinallergi och sökte den 26 juli 2006 vid vårdcentralen på grund av svullnad och rodnad i vänster fot efter ett in-

sektsbett. Han blev ordinerad Heracillin och drabbades sedan av en svår allergisk reaktion. Han fick bland annat stora utslag med svår klåda över hela kroppen och behandlades vid vårdcentralen och senare också vid ett universitetssjukhus.

Patienten anmälde doktorn och upp-gav bland annat att det i hans journal på

vårdcentralen klart anges att han är allergisk mot penicillin samt att han också berättade om allergin för doktorn.

Ansvarsnämnden läste patientjournalerna och förelade doktorn att yttra sig. Denne valde att inte svara.

Eftersom patientens överkänslighet mot penicillin var känd vid vårdcentralen var det fel av doktorn att ordinera Heracillin. Han har av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter, varför han tilldelas en varning. ■