

tad blödning under operation efter en vaginal förlossning gjorde att han valde bort spinalanestesi. Vid koagulationsrubbningar har man större svårigheter när man väljer spinalanestesi förutom de nackdelar som han nämnt ovan.

Att patienten var fastande gav honom möjligheten att välja larynxmask i stället för tub, och därigenom kunde han undvika nackdelar såsom tandskador, relaxering och halsbesvär. Den största fördelen med larynxmask för patienten vid den aktuella tidpunkten ansåg han vara dess enkelhet vid en kort operation.

Han förklarade komplikationen med att han vid telefonsamtalet från gynekologen fick uppgiften att operationstiden hade beräknats till maximalt 30 minuter. Operationstiden förlängdes sedan utan att någon informerade honom.

När han slutligen blev uppringd och informerad hade operationen redan dragit ut på tiden. Dessutom, vilket är ännu allvarligare, hade problemen med syresättningen redan konstaterats.

Fruktad, potentiellt dödlig

Ansvarsnämnden konstaterar att aspiration av maginnehåll är en fruktad, potentiellt dödlig komplikation till anestesi. I olika material anges att detta förekommer i mellan 1:1 000 och 1:10 000 anestasier.

Det är skälet för krav på fasta före generell anestesi. Det finns inte någon absolut tidsgräns som garanterar att magsäcken hos en patient som ska genomgå kirurgi är tömd. I Sverige finns en bedömning att sex timmars fasta för föda och två timmar för vatten är rimliga gränser.

Detta gäller dock i de fall där inga riskfaktorer för en förlångsam tömning av magsäcken kan befaras.

Långsam tömning av ventrikeln är inte den enda faktor som ökar risken för aspiration av maginnehåll. För att kunna komma ned i lungan måste maginnehållet läcka upp från magsäcken, genom övre magmunnen och via matstrupen komma upp i svalget.

Magsaft utgör också ett hot

Tillstånd som minskar kraften hos muskulaturen i övre magmunnen utgör därför också en ökad risk för aspiration. Även vid mycket lång fastetid kan betydande mängder av sur magsaft finnas och utgöra ett hot om allvarlig aspiration om övre magmunnen inte förmår hindra bakåtflyde.

Det vetenskapliga underlaget är inte helt tillfredsställande, men graviditet och tiden närmast efter en förlossning anses innebära en ökad risk för aspiration av maginnehåll under narkos.

Riskökningen beroende på förlångsam magsäckstömning anses mindre uttalad än vad man tidigare trott, och situationen är sannolikt likvärdig med den hos den icke gravida kvinnan bara några timmar efter förlossning.

Halsbränna är vanligt hos gravida kvinnor, och detta anses bero på hormonell inverkan av progesteron på muskulaturen i den övre magmunnen.

Till skillnad från magsäckstömningen återgår inte den övre magmunnens funktion till det icke gravida tillståndet lika snabbt. Det anses att funktionen är nedsatt under minst 12 men knappast mer än 48 timmar.

»Även om det vetenskapliga underlaget inte är helt fastställt för när en kvinna efter förlossning kan sägas ha en normal risk för aspiration under narkos, finns det ingen anledning till omtiverat risktagande.«

Det fanns fullgoda alternativ

Det är välkänt att larynxmask inte är ett säkert skydd för aspiration av maginnehåll. Anestesi i det här fallet leddes cirka 10 timmar efter förlossningen, dvs under en tid då man har anledning att befara att den övre magmunnens funktion är nedsatt.

Det fanns fullgoda alternativ till generell anestesi med larynxmask. Spinalanestesi kan användas i dessa sammanhang med påfallande låga mängder bedövningsmedel och negligerbara effekter på cirkulationsorganen.

Om av någon anledning spinalanestesi inte skulle vara ett alternativ finns det ingen anledning till risktagande med hänsyn till aspiration, utan intubation borde då ha genomförts direkt. Risken för aspiration kan aldrig helt undanröjas i samband med generell anestesi.

Ökad risk i 24 timmar, kanske 48

Även om det vetenskapliga underlaget inte är helt fastställt för när en kvinna efter förlossning kan sägas ha en normal risk för aspiration under narkos, finns det ingen anledning till omtiverat risktagande. I dag anses att man bör beakta en ökad risk under 24 och kanske 48 timmar efter förlossning.

Läkaren har agerat kompetent utom i det att han utsatt patienten för en omtiverad risk för just det som inträffade.

Mot bakgrund av det otillräckliga vetenskapliga underlaget blir hans disciplinpåföljd en erinran. ■

Sårinfektion allvarlig komplikation vid endoprotetikskirurgi

Patienten drabbades av en postoperativ sårinfektion och tvingades till en ny operation. (HSAN 1296/07)

Den 71-årige mannen fick en knäledsprotetik den 26 februari 2007. Några dagar senare började såret läcka, och han försökte få en tid på vårdcentralen.

Den 9 mars undersöktes han där av en distriktssköterska, som bedömde att det inte fanns några infektionstecken och sa att han kunde åka hem. På grund av fortsatta besvär uppsökte patienten vårdcentralen igen den 13 mars. Samma sköterska konsulterade en doktor, som bedömde att det förelåg en infektion.

Doktorn ordinerade antibiotika och sa att patienten kunde åka hem. Några nya prov togs inte. Följande dag kontaktade patienten sjukhuset, som tog emot honom direkt. Han fick genomgå en ny knäoperation. Patienten anmälde bland annat doktorn på vårdcentralen.

Doktorn berättade att sköterskan bett honom titta på patienten. Denne hade en infektion i äret efter operationen. Huden var lätt rodnad i mitten av äret, och han hade agraffer kvar i huden. Doktorn uppfattade detta som en lokal infektion i huden, berättade han.

Han ordinerade därför patienten Heraclillin 750 mg, en tablett morgon och kväll i 20 dagar, med början genast efter besöket. Uppföljning av såret planerades ske genom distriktssköterskan.

Det senare förloppet tyder på att patienten blivit infekterad under själva operationen. Sådana infektioner är näst intill omöjliga att behandla när det gäller protesoperationer, menade doktorn.

Allvarlig komplikation

Ansvarsnämnden understryker att sårinfektion är en allvarlig komplikation vid endoprotetikskirurgi. En sårinfektion efter en protesoperation bör föranleda åtminstone telefonkontakt med opererande klinik. I regel krävs remiss för bedömning inom några dagar.

Det är viktigt att behandla även ytliga infektioner för att förhindra en djup infektion, som annars kan leda till att protesen måste tas bort.

Doktorn ordinerade antibiotika. Han bestämde dock ingen tid för uppföljning, trots att han noterade att knäet var rött och svullet och att det kom var ur operationssåret. Inget infektionsprov togs.

Doktorn har således av oaktamhet inte fullgjort sina skyldigheter. Han får en erinran. ■