

Dag 1 17:10

Dag 2 00:21

Dag 2 09:55 - 13:40

DAg 2 15:26

Dag 2 15:30

DAg 2 15:32

Induktion pga. snabbt uppseglande, svårinställd graviditetshypertoni och klåda pga. höga levervärden. Startas med Oxytocininfusion för att få ned huvudet och göra amniotomi när det blir möjligt. Kontinuerlig CTG- övervakning. Graviditetsvecka 36+4.

Se rapport för ordförklaring utförligare beskrivning

1. Oxytocindroppet stängs av för att patienten ska få sova. Under kvällen har droppet höjts, men progress har uteblivit. Patienten har myrkrypningar i benen.

Ingen felhändelse

2. 09:55 Oxytocindropp kopplas. Kontinuerlig CTG-övervakning. Triage gul pga. induktion och högt blodtryck och klåda pga. leverpåverkan.

13:40 Amniotomi görs med amnihook av barnmorska. Primärjour och bakjour medverkar. Huvudet är fortfarande lätt uppskjutbart så patienten ska ha en liggande position. Ny undersökning planeras innan patienten får inta upprätt position. Fortsatt Oxytocindropp.

Ingen felhändelse

3. Kontakt tas med anestesiläkare då patienten önskar EDA. Hon har intensiva värkar upplever inte att lustgas räcker som smärtlindring. Oxytocindroppet sänks i väntan på EDA.

Ingen felhändelse

4. Det ringer på salen. Partner meddelar att patienten har svårt att andas. Patienten andas i lustgasmasken och har blek/ blå ansiktsfärg. Strax efter kommer anestesiläkare, barnmorska och undersköterska för att lägga en EDA

Ingen felhändelse

5. Primärjour Gyn blir uppringd av koordinatorbarnmorska och kallas till sal pga. dåliga fosterljud. Vid ankomst upptäcks att patienten har svårt att andas, har en saturation på 77% och är motoriskt orolig. Fosterljud runt 80 slag/ minut. Anestesiläkaren intuberar och assisteras av usk med IVA- bakgrund. Inringd anestesibakjour samarbetar. Beslut tas om urakut sectio. Hjärtlarm (Perimortemlarm) och narkoslarm. Bakjour Gyn rings in. 15.39 Hjärtspark anländer. Medicinjour, med kardiologkompetens, anländer. Vid överflyttning till operationssal återvänder hjärtsparken till akuten.

Ingen felhändelse se rapport

Dag 2 15:40 - 16:35

6. Patienten sövs och kejsarsnitt påbörjas. Det är väldigt högt motstånd i lungorna vid ventilation, så narkosapparaten klarar inte att få ner luft utan personalen handventilerar med blåsa. Bakjour gyn är på plats och barnet tas ut. Barnet har ingen tonus, är slapt och taget. Lämnas över till barnpersonal. Vid borttagande av moderkakan vänder livmodern sig ut och in. Moderkakan tas bort utan någon direkt blödning, men blodet som finns är mörkt närmast svartfärgat. Livmodern vänds lätt tillbaka och sutureras. Livmodern är mycket slapp. Oxytocin ges intravenöst, koncentrerat Oxytocindropp och Methergin ges intravenöst.

Patienten får hjärtstopp och HLR påbörjas samtidigt som operationssåret försluts med enstaka stygn i bukhinna och hud. Hjärtspark larmas för andra gången och anländer. Ultraljudsapparat rings upp från IVA. Bakjour anesthesi sätter en CVK. Försök görs att sätta artärnål.

Ingen felhändelse se rapport

Dag 2 15:48

7. Barnet tas om hand av barnpersonal. Barnet är taget i början, navelsträngs pH 6,9, ventileras med Neopuff. Barnet hämtar sig snabbt. Apgar 6-7-9. Barnet läggs hud mot hud med pappan på förlösningen.

Ingen felhändelse

Dag 2 16:35

Händelsens utfall

HLR avbryts och patienten konstateras död.

Diagnos fostervattenemboli.

Efter två dagars observation på neonatalavdelningen skrivs barnet ut.

Barnet är friskt och mår bra.