

# BŁĘDY W SZTUCE

Andrew I. Kaplan, ESQ

## Przypadek trudnego do znalezienia szwu szyjkowego

Niezależnie od jakości świadczonej opieki nie można nigdy lekceważyć emocjonalnego wpływu niepomyślnego ukończenia ciąży. Same emocje nie wystarczą jednak do udowodnienia stawianych zarzutów dotyczących niewłaściwej opieki.

### Fakty

W listopadzie 2001 roku 37-letnia pacjentka w ciąży IV, 3 wcześniejsze zakończyły się poronieniami, pierwsza w pierwszym trymestrze, a dwie następne w drugim, zgłosiła się do swojego prywatnego ginekologa (niebędącego stroną w procesie) w 9 tygodniu ciąży. Na początku ciąży ważyła około 111 kg, miała nasilone nudności i wymioty. W ciągu kolejnych 2 miesięcy u pacjentki nadal utrzymywały się nudności i wymioty, zgłosiła też okresowe krwawienia z dróg rodnych.

W styczniu 2002 prywatny ginekolog w 14 tygodniu ciąży zalecił założenie szwu szyjkowego z powodu wcześniejszych poronień w drugim trymestrze ciąży. Do 23 stycznia, 16 tygodnia ciąży, pacjentka leżała w łóżku, kiedy stwierdziła obecność podbarwionej krwią wydzieliny pochwowej oraz łagodne skurcze. Tym razem zadzwoniła do ginekologa niebędącego stroną, który zalecił jej natychmiastowe udanie się do szpitala.

Kiedy dotarła do pozwanego szpitala, została zbadana przez swojego ginekologa niebędącego stroną, który stwierdził obecność podbarwionej krwią wydzieliny w pochwie, rozwarcie szyjki macicy wynoszące 1 cm, widoczny pęcherz płodowy i główkę płodu. Lekarz poinformował pacjentkę, że samoistne poronienie jest nieuniknione. Plan działań obejmował wykonanie badania USG, po którym miano zdjąć szew, a następnie postępowanie wyczekujące.

Badanie USG wykazało małowodzie oraz obecność żywego płodu w wieku płodowym 16 tygodni i 2 dni. Pacjentka została przyjęta na oddział i ułożona w pozycji Trendelenberga, pobrano posiew z dróg rodnych, zaczęto podawać antybiotyki dożylnie. Stwierdzono prawidłową liczbę krwinek białych i umiarkowaną niedokrwistość. W ciągu nocy pacjentka nie zgłaszała skurczów ani obecności wydzieliny z dróg rodnych. Czynność serca płodu była prawidłowa, a ciężarna wyczuwała ruchy płodu.

W dniu 24 stycznia szew szyjkowy został zdjęty przez pozwanego ginekologa „A” wezwanego telefonicznie (nie przez prywatnego ginekologa pacjentki). W ciągu kolejnych 24 h pacjentce podano prostaglandyny dopochwowo w celu indukcji poronienia. Przed południem 25 stycznia pacjentka miała skurcze o umiarkowanym nasileniu, a wieczorem poroniła płód. Stwierdzono, że płód płci męskiej był martwo urodzony. Rozpoczęto wlew z oksytocyną, ale łożysko się nie oddzieliło.

Pacjentkę zabrano na salę operacyjną, gdzie inny ginekolog niebędący stroną usunął tkanki łożyska za pomocą kleszczyków. Stwierdził obecność atonii macicy, z dość obfitym krwawieniem z dróg rodnych. Podano ergotaminę domięśniowo oraz wykonano masaż macicy, ale pacjentka wciąż obficie krwawiła. Podano karboprost (analog PGF<sub>2</sub> – RD) i wykonano

„delikatne” wyłóżczkowanie jamy macicy. Macica obkurczyła się, a krwawienie było minimalne.

Planowano wypisać pacjentkę ze szpitala, ale tego ranka zgłosiła zawroty głowy przy chodzeniu, dlatego podano jej płyn dożylnie. Tego samego popołudnia drugi oskarżony ginekolog „B” zalecił przetoczenie 2 jednostek koncentratu krwinek czerwonych. To spowodowało nagły wzrost temperatury, wstrzymano zatem przetoczenie. U pacjentki wystąpiła nasilająca się tachykardia, która została zmniejszona przez podanie płynów dożylnie.

Następnego dnia pacjentka była słaba i wystąpiło u niej niewielkie krwawienie z dróg rodnych. Wykonano przetoczenie krwi oraz tomografię i RTG klatki piersiowej. W badaniach nie stwierdzono odchyłań, a po przetoczeniu skurczowe ciśnienie krwi ustabilizowało się, zmniejszyła się też czynność serca. W przezpochwowym badaniu USG nie stwierdzono obecności pozostawionych tkanek, ale wykryto zakażenie w wyniku przedłużonego czasu, jaki minął od pęknięcia błon płodowych.

Pacjentkę 9 lutego wypisano do domu bez objawów i powikłań.

### Zarzuty

Powódka oświadczyła, że po tym, jak poinformowała o poprzednich samoistnych poronieniach, oskarżeni ginekolodzy nie zapewnili bezpiecznej indukcji porodu płodu.

Dalej utrzymywała, że oskarżeni do indukcji porodu użyli „złotej tabletki”. W przebiegu indukcji „zabrało im” skutecznego leku i nie byli w stanie zakończyć porodu, przez co pacjentka wymagała rozszerzenia i wyłóżczkowania jamy macicy.

Utrzymywano, że w trakcie zabiegu wyłóżczkowania wykorzystano niewłaściwą metodę usunięcia tkanek łożyska, w wyniku czego krwawiąca,

A. Kaplan jest absolwentem University of Michigan oraz Brooklyn Law School, jest partnerem w Aaronson Rappaport, Feinstein&Deutsch, LLP, specjalizuje się w obronie pozwanych z powodu błędów w sztuce lekarskiej i innych sprawach związanych z ochroną zdrowia. Jest stałym współautorem tej kolumny. Sprawa, którą opisuje była prowadzona przez jego partnera, Craiga Fenno, Esq.

spocona i zmęczona została przeniesiona na oddział intensywnej terapii. Powódka utrzymywała, że miała posocznicę i wstrząs septyczny i obawia się pojawienia ponownego zakażenia. Ponadto twierdziła, że w następstwie tego martwego porodu i zabiegu łyżeczkowania bardzo ucierpiała emocjonalnie.

### Ustalenia

W trakcie przesłuchania pacjentka zeznała, że ginekolog niebędący stroną miał trudności w założeniu szwu szyjkowego, musiał więc zawiązać węzeł w „nietypowym miejscu”. Rościła pretensje o to, że kiedy zgłosiła się do szpitala w styczniu 2002 roku, powiedziano jej, że w badaniu USG stwierdzano „dochodzenie” łożyska do kanału szyjki macicy i wyciek płynu owodniowego. Żaden z lekarzy nie poinformował jej o obumarciu ciąży, zrobiła to jedna z pielęgniarek po badaniu USG.

Skarżyła się, że dzień później została zbadana przez ginekologa „A”, któ-

ry powiedział jej, że musi zdjąć szew i nie ma żadnej nadziei na utrzymanie ciąży oraz że „natychmiast” po zdjęciu szwu poroni. Skarżyła się, że w trakcie zdejmowania szwu do sali wszedł jej prywatny ginekolog, i narzekał, że oskarżony ginekolog „A” nie poinformował go o zabiegu i nie mógł znaleźć węzła z powodu jego nietypowego położenia.

Powódka miała również pretensje, że oskarżony ginekolog „A” nie zezwolił jej prywatnemu ginekologowi na wykonanie zabiegu, ponieważ nie „miał dyżuru” i nie mógł w tym czasie wykonywać zabiegów.

Pacjentka skarżyła się później, że oskarżony ginekolog „A” powiedział jej, że „jeśli jedna złota tabletką nie zadziała”, wykona zabieg łyżeczkowania jamy macicy, ale kiedy później spytała o wykonanie łyżeczkowania on „odmówił.” Pacjentka miała pretensje, że przed zabiegiem każdego dnia odbywała stosunki płciowe z mężem, ale w konsekwencji zabiegu może współ-

żyć najwyżej trzy razy w miesiącu. Jej mąż potwierdził, że zmniejszyły się możliwości tak częstego współżycia jak w przeszłości.

Oskarżony ginekolog „A” zeznał, że omówił z pacjentką różne możliwości postępowania po stwierdzeniu, że ciąża jest obumarła, w tym zdjęcie szwu szyjkowego oraz indukcję poronienia w porównaniu z zabiegiem rozszerzenia kanału szyjki i wyłyżeczkowania. Uważał, że zdjęcie szwu szyjkowego i indukcja poronienia były najbezpieczniejszą metodą postępowania i omówił z pacjentką podawanie leków wywołujących poronienie przez ponad 24 h. Zeznał, że przeciął szew i wyciągnął nitkę bez problemów i był jedynym lekarzem obecnym przy tym zabiegu.

Podał prostaglandyny dopochwowo pięciokrotnie w ciągu następnych 24 h. Zaprzeczył, aby pacjentka żądała wcześniej wykonania zabiegu wyłyżeczkowania i powiedział, że zaakceptowała jego plan postępowania.

### Proces

Powódka miała pretensje, że oskarżeni położnicy w sposób niedbały „wywołali” poród martwego 17-tygodniowego płodu, co wywołało zaburzenia emocjonalne, a indukcja została przeprowadzona niewłaściwie.

Na zakończenie sprawy wniesionej przez powódkę po wysłuchaniu zeznań eksperta sąd odrzucił sprawę zanim weszła na wokandę, ponieważ powódka nie przedstawiła dowodów obecności zaburzeń emocjonalnych. Jej zeznanie, że była zrozpaczona, było niewystarczające, ponieważ należało domniemywać, że jednocześnie występowały inne objawy przedmiotowe, takie jak zaburzenia snu, utrata libido czy wizyty u psychiatry lub psychologa. Sąd utrzymał, że zeznania eksperta nie były wystarczające do

wysunięcia uzasadnionego roszczenia o odstąpienie od standardowej opieki, co spowodowało obumarcie ciąży lub podanie leków indukujących poronienie, zatem odrzucił roszczenie. Wyrok został następnie utrzymany przez sąd apelacyjny.

### Analiza

Ten przypadek ilustruje sposób, w jaki podobne przypadki, zwłaszcza jeśli dotyczą kwestii emocjonalnych, mogą zacząć żyć swoim życiem. W obliczu faktów trudno zrozumieć, dlaczego nie został pozwany prywatny ginekolog pacjentki. Niekoniecznie dlatego, że odszedł od zasad dobrej praktyki położniczej, ale gdyby trzeba było znaleźć argument, niektórzy wykorzystaliby założenie – lub niezakończenie – szwu szyjkowego oraz prawdopodob-

nie niezrobienie niczego więcej, co zapobiegłoby ponownemu samoistnemu poronieniu. Zamiast tego pacjentka skupiła się na opiece szpitalnej i na zrozumiałym cierpieniu, które zrodził ten bolesny, choć nie całkiem konieczny przebieg zdarzeń.

Omawiany przykład to rzadki przypadek, kiedy sprawa pacjentki mającej wsparcie swojego świadka eksperta nie wchodzi na wokandę, ale w tym przypadku sąd stwierdził nie tylko przeszkodę prawną, dla której pacjentka nie mogła zgłosić świadomej skargi, ale również brak wiarygodnych odstępstw od dobrej praktyki w trakcie udzielania pomocy.

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No. 3, March 2010, p. 26.  
The case of the secreted cerclage.