

Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmEdical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über

IAKH Fehlerregister



CIRSmEdical AINS

von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Keine Bereitstellung von gekreuzten EKs für einen Notfalleingriff
Fall-ID	CM15510-2011
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Mäßig schwerer hämorrhagischer Schock im OP bei einem erst kurzfristig ins OP-Programm aufgenommenen Patienten: Der primäre Eingriff verlief komplikationslos und ohne Transfusion von Fremdblut - der Hb-Wert lag am Ende der OP bei einem Wert um die 8,0 g/dl. (Anm. der Kommission- vermutlich ging der Patient postoperativ auf Intensivstation oder eine ähnliche Überwachungsstation). In den ersten postoperativen Stunden kam es jedoch zu einer signifikanten Nachblutung, so dass der Patient zur Revision in den OP zurückgebracht werden musste. Erst zu diesem Zeitpunkt bemerkte das betreuende Anästhesieteam, dass keine Erythrozytenkonzentrate bereitgestellt worden waren - weder für den initialen noch für den Folgeeingriff. Aufgrund der nun verzögerten Transfusion kam es zu einem vorübergehenden Hb-Abfall auf unter 6 g/dl.</p> <p>Was war besonders ungünstig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Patient wurde überraschend auf den OP-Plan gesetzt, wodurch wahrscheinlich das Einkreuzen von EKs vergessen wurde. - Weder die chirurgische Station noch das Anästhesieteam noch das Intensivteam haben die Bereitstellung von Erythrozytenkonzentraten überprüft. <p>Eigener Ratschlag (take-home-message: Sich angewöhnen, vor Eingriffen, die möglicherweise eine Transfusion erfordern, immer die Bereitstellung von Erythrozytenkonzentraten zu überprüfen. Durch den Gebrauch von OP-Checklisten hätte der Zwischenfall fast sicher vermieden werden können.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe analoger Fall: CIRSmEdical 4323-2010 • vitaler Notfall- Blutgruppenbestimmung wird vergessen. • Kein Abarbeiten der präoperativen Checkliste im Vorfeld der initialen Operation und auch nicht nach Beseitigung der akuten Lebensgefahr
Prozesseilschritt**	
Wesentliche Begleitumstände	Wochentag, Notfall, ASA III, erfahrener Arzt

Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„- Gutes Management des Patienten während des initialen Eingriffs + eine Transfusion von Fremdblut war nicht erforderlich“.
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ul style="list-style-type: none"> • Durch den Gebrauch von OP-Checklisten, die vor Einschleusung abgearbeitet werden müssen, hätte dieser Fall verhindert werden können • Information der Transfusionskommission Strukturqualität: <ul style="list-style-type: none"> • PDMS/KIS- Kommunikation mit OP-Software und Blutbanksoftware hätte bei einer elektronischen Anmeldung der OP nach gekreuzten Konserven gefragt und die Nichtbereitstellung erkannt • Siehe Empfehlungen zum analogen Fall CIRS-Med 4323-2010

*Risikokala:

Wiederholungsrisiko

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende
Beeinträchtigung

2/5 gering/selten
max. 1/10 000

2/5 geringe Schädigung/wenig vorübergehende
Beeinträchtigung

3/5 mittel häufig
max. 1/1000

3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden

4/5 häufig, min. 1/100

4/5 starke akute Schädigung/beträchtliche bleibende
Schäden

5/5 sehr häufig, min. 1/10

5/5 Tod/schwere bleibende Schäden

****Prozessschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei der Probenabnahme,
2. -Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes,
3. -Fehler im Labor,

4. -Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung,
5. -Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport, oder Verabreichung
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation