



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRSmEdical

Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Blutung unter therapeutischer Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin
Fall-ID	CM-2012-29999
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Ein Patient erhält laut Anordnungsbogen mehrere Tage nach einer Operation 2x täglich 60mg Enoxaparin s.c.. Am Morgen beginnt der Patient rektal zu bluten, woraufhin die zuständige Pflegekraft das ärztliche Personal vor der Medikamenten-Gabe auf die sehr hohe Enoxaparin-Dosis sowie auf die bereits bestehende Blutung hinweist. Die Pflegekraft erhält die ausdrückliche Anordnung, das Enoxaparin zu verabreichen. Der Patient blutet daraufhin immer stärker und setzt über die nächsten 16h rektal massiv frisches Blut und Koagel ab. Der Hb-Abfall wird transfusionspflichtig und der Patient erhält mehrere EKs und doppelt so viele FFPs sowie eine forcierte Volumengabe (kolloidale und nicht-kolloidale Flüssigkeiten).
Problem	- antithrombotische Medikation in therapeutischer Dosierung muss vermutlich aufgrund eines hohen Risikos (hier leider keine Informationen, auch kein Körpergewicht angegeben) trotz bestehender rektalen Blutung weitergeführt werden oder die rektale Blutungsgefahr (Hämorrhoiden?, Grundleiden des Patienten?, nicht berichtet) wird von ärztlicher Seite als nicht transfusionsbedürftig unterschätzt - Team-Konflikt: Die Kommunikation Arzt/Pflege scheint hier nicht zu einem Verständnis der Therapie aller Teammitglieder beizutragen. Ob die Antikoagulationsdosis zur Blutung beigetragen hat oder die Dosis angepasst werden hätte müssen, ist ohne die Kenntnis des Thromboembolie-Risikos (und des Körpergewichts) nicht beurteilbar. - Bei einer über 16h bestehenden auch stärkeren Blutung scheint eine FFP-Gabe vermeidbar. Der Ersatz der Gerinnungsfähigkeit, der durch eine zu hoch dosierten Antikoagulation notwendig wird, sollte mittels Protamin (ist auch zum Teil beim niedermolekularen Heparin wirksam) erfolgen und kann mit der Bestimmung des anti Faktor Xa- Tests gesteuert werden. Der Einsatz von FFP ersetzt Gerinnungsfaktoren unspezifisch, mit hohem Volumen, in geringer Dosis der benötigten Faktoren II und X und trägt zudem das Risiko der Initiation eines TRALI-Syndroms.

Prozessteilschritt**	Verabreichungsprozess vermutlich fehlerfrei, Prophylaxe der Transfusion, Indikationsstellung (erweiterter Teilschritt-2)
Wesentliche Begleitumstände	Routine
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	- „Das Pflegepersonal hat auf die zu hohe Dosierung und auf die Blutung deutlich und mehrfach hingewiesen“.
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: - Fortbildung Thromboseprophylaxe: Abwägung des Blutungs- und Thromboserisikos unter einer prophylaktischen/halbtherapeutischen und therapeutischen Dosierung - Fortbildung Monitoring der Faktor anti-Xa Aktivität zur Therapiesteuerung - Verbesserung des Pflege/Ärzte –Dialogs: Teamsitzungen, Visitenstruktur, Coaching, Konflikttraining, etc. (s.u.) - Meldung an die Transfusionskommission Strukturqualität: - Elektronische Anmeldung Blutprodukte mit Angabe der Indikation und Vernetzung des KIS mit der Anforderungssoftware- die erhöhte Heparindosierung - Einführung einer Unternehmenskultur, die Teamsitzungen und Coaching, Psychodrama etc. als Instrumente eines verbesserten Arbeitsklimas benutzt , um die hier offensichtlich gestörte Teamkommunikation zu verbessern. Die Meldung der Pflegekraft diese Falls erfolgt offensichtlich aus dem Gefühl der Minderbeachtung seiner Warnungen- ein Hinweis auf zusätzliche Störungen der Kommunikation auf der emotionalen und persönlichen Ebene. Offensichtlich wurde auch die Gründe der Fortführung der Antikoagulation trotz bestehender Blutung nicht verständlich kommuniziert oder war dem meldenden Teammitglied nicht zugänglich. Konflikte im Team sind eine Quelle für Missverständnisse, Minderung der Versorgungsqualität und des Arbeitsklimas. Sie erfordern der Aufmerksamkeit der Direktion und professionelle Instrumente zur Beseitigung sind im Sinne der Patientensicherheit notwendig.

***Risikoskala:**

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, Indikationsstellung;
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.