



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-Medical von DGAI/BDA

Thema/Titel	Erfolgte Fehltransfusion durch die Verwechslung von blutgruppengleichen Frischplasmen
Fall-ID	CM3745/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Während herzchirurgischer Operation hämodynamische Instabilität, starke Blutung und beeinträchtigte Blutgerinnung. Neben der Gabe von hochdosierten Katecholaminen war eine Massivtransfusion und die Gabe von Gerinnungsfaktoren erforderlich. Im Rahmen der Massivtransfusion wurden unabsichtlich zwei "blutgruppengleiche"* gefrorene Frischplasmen transfundiert, die von der Blutbank für den Patienten im Nachbarsaal bereitgestellt worden waren. Gleichzeitig bestand bei zwei Patienten im Bereich Thoraxchirurgie die Notwendigkeit zur Massivtransfusion. *Meldender macht keine Angaben über Rhesusfaktor oder Kell etc. , Eigenplasma?
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Gleichzeitige Massivtransfusion in benachbarten Sälen- <u>Warum es genau zur Verwechslung kommt, ist nicht klar-</u> als begünstigend wird vom Meldenden angegeben: "Verwechslung wurde begünstigt durch Lagerung der Frischplasmen für beide Patienten in einem Gefrierschrank" (das ist im Depot nicht zu vermeiden (d.h. -Ausgabe- oder Etikettierfehler der Blutbank?), wohl aber im OP, dort kommen die Frischplasmen bei einer Massivtransfusion nicht in den Kühlschranks-Anmerk. der Kommission).- Die Kommission nimmt an, das die aufgetauten Plasmen in einem Auftaegerät behandelt, oder aufgetaut zusammen ausgeliefert bzw. in den jeweiligen OP-Saal gegeben wurden.
Prozesseilschritt**	Patientenidentifikation, Verabreichung, evtl. Lagerung oder Ausgabe
Wesentliche Begleitumstände	Routinebetrieb, Notfall, ASA III, erfahrener Arzt
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Kontrolle der Blutgruppe des Patienten vor Transfusion war erfolgt, hilft aber nicht bei rhesus- oder untergruppenungleichen FFP.“ <u>Der Prozess des Abgleichs des Konservenbegleitscheins mit der Blutgruppe UND Identität</u>

	<u>des Patienten ist fehlerhaft gewesen. Ein FFP weist in der Regel nur die Majorgruppen, aber keine Untergruppen aus.</u>
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beachten der korrekten Lagerungs- und Aufwärmvorrichtungen für Blutprodukte. • Trennung der Teams zur Betreuung von zeitgleichen Massivtransfusion • Wiederholte Fortbildung zur Aufrechterhaltung der hohen Sensibilität für Verwechslungen, auch bei Massivtransfusion (Identitäts (- und Bedside-test)kontrolle). • In einem Aufwärmegerät nur für einen Patienten aufwärmen • Meldung an die Transfusionskommission bzw. den Qualitätsbeauftragten der Hämotherapie <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Software: Großdruck von Name des Empfängers auf dem Etikett/Begleitschein • Einrichten von Separationsfächern und Kennzeichnung im Gefrier- oder (bei Eks-) Kühlschranks. • Ausreichende Personalressourcen für zeitgleiche Massivtransfusionen • Vorhalten von ausreichend Aufwärmgeräten

***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

****Prozessteilschritte 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