

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	Transfusionsreaktion bei nicht indizierter Transfusion vor Verlegung auf Normalstation
Fall-ID	42-2012-g5h7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Transfusionsreaktion bei nicht indizierter Transfusion vor Verlegung auf Normalstation: Patient kommt samstags von Wachstation auf periphere Station, er hatte am Freitag einen Hüft TEP-Wechsel bekommen. Vor Verlegung am Samstagmorgen hat ihm der diensthabende Anästhesist noch 2 EKs</p> <p>transfundierte, (bei einem Hb von 9,2g/dl), da in dem Haus keinen Anwesenheitsdienst der Anästhesie am Wochenende und nach 20 Uhr besteht. Die Schwestern auf Normalstation nehmen deshalb keine anämischen Patienten. Dieser Patient erlitt aber eine febrile Transfusionsreaktion, Hypotension und Ausschlag beim Hb von 11,1 g/dl am frühen Samstagvormittag. Wurde dann wieder auf die Wachstation verlegt.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none">• Transfusion bei nicht gegebener Indikation führt zur Transfusionsreaktion. Die Leitlinien der BAEK zur Therapie mit Blutprodukten sehen eine Indikation zur Transfusion von EK bei Hb über 8g/dl nur bei Hinweis auf anämische Hypoxie bzw. bei physiologischem Transfusionstrigger und über 10g/dl nur in Einzelfällen vor. Aus der Tatsache, dass sich die verfügbaren prospektiven Studien (TRICC, NEJM, 1999 und FOCUS, NEJM Dez 2011) und die jüngsten amerikanischen Guidelines (Ann Int Med 2012 online first

	<p>27.3.2012) auf Intensivpatienten und nicht Normalstationspatienten beziehen, ist keine Berechtigung im Umkehrschluss zu folgern, dass bei Verlegung auf Normalstation eine Transfusion weniger schädlich, weil nützlicher sei. Organisatorische Aspekte sind wohl abzuwägen, aber wer wollte in einem Haus behandelt werden, wo die Inkaufnahme einer Medikation mit schädigendem Potenzial durch organisatorische Zwänge begründet ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offensichtlich fehlende Überwachungskapazität / Personal auf Normalstation oder fehlen jeglichen ärztlichen Personals, wenn die Schwestern mit der Begründung, dass kein Anästhesist im Hause sei, die Übernahme von Patienten mit einem Hb 9,2g/dl auf Normalstation verweigern. Dabei werden auch postoperativ risikoreiche Operationen (H-TEP Wechsel) gemacht. Die Überwachung ist prinzipiell auch ohne apparative Ausstattung einer Wachstation auf der Normalstation nur durch regelmäßige pflegerische Visitation evtl. mit RR, Puls und Atemfrequenzmessung sowie Laborkontrollen möglich. • Transfusion von 2 EK in der Tradition „ein EK ist kein EK“, obwohl 1 EK für die Anhebung des HB beim asymptomatischen und nicht massiv blutenden, stabilen Patienten leitliniengerecht ist. Sind dann tatsächlich 2 EK notwendig (ist der Hb-Gehalt weiterhin unter 8g/dl), sollte das mit einer Zwischenmessung bestätigt werden.
Prozesseilschritt**	2,5
Wesentliche Begleitumstände	Übergang Routine/Dienstzeit, ASA 3, erfahrene Anästhesiepflegekraft, junger Arzt
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“), zusätzlich der Kommissionskommentar	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5

<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulung zu den Leitlinien BAEK • Schulung zur Bemessung der Dosis: Ein EK hebt den Hb beim normalgewichtigen Erwachsenen um ca. 1g/dl • Prüfung der personellen ärztlichen wie pflegerischen Ausstattung auf Normalstation • SOP: Erarbeitung eines pflegerischen Standard postoperative Überwachung auf Normalstation • Diskussion des Falles im Rahmen einer Transfusionskommissionssitzung sowie im Rahmen einer • Weiterbildung/Erarbeitung einer SOP Endoprothetik <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Sicherstellung ausreichenden pflegerischen Personals sowie Verfügbarkeit ärztlichen Personals ggf. auch aus nichtanästhesiologischer Fachrichtungen um ein „Auftransfundieren“ vor Verlegung unnötig zu machen. • Einführung einer intermediate Care Station (IMC) für Patienten mit überwachungspflichtigen Gesundheitszuständen wie postoperative Anämie, Nahrungsaufbau, passagere Blutvolumenverschiebungen o. Rhythmusstörungen
---	---

***Risikoskala:**

Wiederholungsrisiko	Schweregrad/Gefährdung
<p>1/5 sehr gering/sehr selten max. 1/100 000</p>	<p>1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung</p>
<p>2/5 gering/selten max. 1/10 000</p>	<p>2/5 geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung</p>

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