

Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRSmecical

Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Elektronisches Gerinnungslabor bei Prämedikation nicht berücksichtigt
Fall-ID	CM 30473
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Die Prämedikation erfolgt bei Nachmeldung zum OP-Programm. Es ist eine ASS-Einnahme bekannt. Der prämedizierende Anästhesist markiert bei präoperativen Befunden: Labor nicht bekannt. Dies trifft nicht zu, da am Vorabend die klinische Chemie einschließlich eines PFA-Tests durchgeführt wurde, welche eine ASS bedingte Aggregationsstörung ergibt.
Problem	- Laut Meldung hat der prämedizierende Anästhesist nicht im KIS System nachgesehen, ob Laborwerte vorliegen. „In diesem Krankenhaus werden Laborwerte nicht mehr routinemäßig ausgedruckt.“ In diesem Fall ist dieser Befund relativ irrelevant, da nicht klar gesagt werden kann, ob es sich um einen Notfalleingriff handelt („Nachmeldung zum OP-Programm, dringlicher orthopädisch/unfallchirurgischem Eingriff“) und der Wert deshalb akzeptiert werden muss, oder ob ein elektiver Eingriff nachgemeldet wurde und weil blutverlustreich und an kritischen Organen (Hirn, Auge, Wirbelsäule etc.) ist, deshalb verschoben werden sollte oder nicht. Da der nicht routinemäßig bestimmte Laborwert erhoben wurde, sollten Verdachtsmomente vorgelegen haben. Insgesamt ist durch den Vergleich mit den USA, wo viele Patienten unter Ass- Medikation stehen, bekannt, dass die Vormedikation mit ASS nur in wenigen Fällen (z.B.: Operation an kritischen Organen s.o.) zu vermeiden ist. Wichtiger ist hier, dass existierende Laborwerte nicht zur Planung der Narkose und des Gerinnungsmanagement registriert wurden. Andere Werte könnten erheblich mehr Veränderungen des Managements , der Narkose und Operationsplanung beinhalten. Es sollte keine Narkose/ Op begonnen werden, ohne dass die klinische und laborchemische Diagnostik evaluiert wurde. Chirurg und auch sekundär der Anästhesist sind in der Pflicht, wichtige Befunde vorab im Rahmen der Sorgfaltspflicht zu sichten und ihre Therapieplanung und Risikoabwägung darauf anzupassen. Auch die gegenseitige Information / Rückversicherung gehört dazu. - Ein präoperativer pathologischer Gerinnungswert ist im Sinne der Therapiequalität und des besten Operationsergebnisses nur bei Patienten ohne Thromboembolierisiko (absolute Arrhythmie,

	anamnestisch Lungenembolie, etc.) oder Verschlussgefahr von kritischen Durchblutungsarealen (KHK, un/beschichtete Koronar-Stents, pAVK etc.) erwünscht. Dort muss abgewägt werden, ob das Blutungsrisiko oder die Thromboemboliegefahr überwiegt. Häufig muss ASS belassen werden, ohne dass es das hämostaseologische, chirurgische und anästhesiologische Management wesentlich verändert. Gängige Empfehlungen sind z.B. von der DGAI veröffentlicht worden (http://www.dgai.de/leitlinien/13_Prophylaxe-venoeseThromboembolie.pdf). - Mittels PFA und Multiplate /Impedanz-aggregometrie stehen 2 Laborverfahren zur Verfügung, die den Ausmaß der Thrombozytenaggregationshemmung messen können. Denkbar wäre, dass man ein ASS Bridging damit in kritischen Fällen steuern könnte. Aber, wie bereits erwähnt, die Erfahrung aus den USA zeigt, dass viele Patienten ohne erhöhte Blutungsgefahr operiert werden können und in vielen Fällen soll der ASS- Schutz nicht unterbrochen werden!
Prozessteilschritt**	2
Wesentliche Begleitumstände	Wochentag, Routinebetrieb, ASA I „Der Patient steht zu einem dringlichen unfallchirurgisch/orthopädischen Eingriff an. ASS-Einnahme am präoperativen Tag“
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Vom Saal-Anästhesisten wurde die Aggregationstörung erkannt. Es war ein problemloser Verlauf ohne interventionsbedürftige Blutung“.
*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: - SOP- periphere Station -Einschleusung in den OP-Checkliste für Station könnte pathologische Laborbefunde in Rot markiert enthalten - SOP- OP-Personal/Anästhesie: Auf dem Narkoseprotokoll sind Besonderheiten deutlich zu vermerken. Eine Checkliste sollte präoperativ gemeinsam vom Chirurgen und dem Anästhesisten abgearbeitet werden. Strukturqualität: - Es sollte eine zentrale Dokumentation der Operationen (OP-Managementprogramme- z.B.: ORBIS; GaPIT, SAP etc.) existieren, in der Besonderheiten vermerkt werden und zur Aufmerksamkeit aller Bearbeitenden führen. - Die Laborsoftware könnte mit dem KIS oder o.a. OP-Managementprogramm verknüpft sein, was einen elektronischen Alarm und evtl. die Blutgruppenbestimmung bzw. Blutbereitstellung der Blutbank erfragt/bewirkt.

***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,
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