



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	Notfalltransfusion bei bek. irregulärem AK
Fall-ID	71-2014-R5R9
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Die ärztliche Anforderung über Telefon waren notfallmäßige Universal-Erythrozytenkonzentrate (Nullneg EK Konserven) bei bekanntem Patienten mit V.a. Auto-Antikörper, die aktuell aber gerade beim DRK-Labor zur Abklärung waren. Die notfallmäßig gekreuzten Präparate mit der Pat. Blutgruppe A pos , Kreuzprobe negativ wurden vom transfundierenden Arzt wieder zurückgeschickt . "Wenn es keine Null negative Konserven aus dem Blutdepot gibt, die ich unter Kortisonschutz transfundieren könnte, warte ich lieber auf die fertige Abklärung der AK. Nach 4 h wurde 2 EKs ausgeliefert und transfundiert.
Problem	-Es wurde nicht transfundiert, obwohl die blutgruppengleichen Konserven vorlagen und die Kreuzprobe negativ war. Das hätte mit hoher Sicherheit erfolgen können. Richtig ist, dass wenn ein einmal in der nachgewiesener Antikörper zum aktuellen transfusionszeitpunkt nicht mehr nachweisbar ist, es trotzdem zu einer Boosterung kommen kann, die den jeweiligen AK hochtitrig produziert und eine auch letale Transfusionsreaktion hervorrufen kann. Beim Autoantikörper ist das aber auch in den allermeisten Fällen nicht schwerwiegend. Der vom Arzt erwogene „Kortisonschutz“ kann die Boosterung nicht zuverlässig verhindern, zumindest existieren keine Studien zur Dosis und Effektivität. Hier könnte der Patient durch die zögerliche Haltung des transfundierenden Arztes

	<p>möglicher Weise einen Schaden erleiden.</p> <p>- Siehe auch Forum der IAKH-allogene Transfusion vom September 2003, Prof. Kretschmer: „Im Notfall ist zu Rettung des Patienten alles erlaubt, zumal auch die sogenannten relevanten Antikörper nur etwa zur Hälfte hämolytisch aktiv sind (außer ABO-Ak) und selbst durch ABO Fehltransfusionen ausgelöste Hämolysen in mehr als 80-90% der Fälle beherrscht werden, sodass sie nicht zum Tode führen. Es empfiehlt sich daher folgende Vorgehensweise: Als erstes klären, ob es sich um einen relevanten erythrozytären Ak handelt (klinisch versierten Transfusionsmediziner fragen (Wir sind z.B. in Marburg ärztlich Tag und Nacht jederzeit zu erreichen). Kälteantikörper Anti-H, -I, -Lea, -Leb, -M, -N, -P1 werden nicht berücksichtigt, Kreuzproben in weniger empfindlichen Techniken statt Geltests durchführen bzw. ABO/Rh-gleich ungekreuzt transfundieren, dasselbe gilt ebenfalls bei vitaler Indikation für den Fall, dass Autoantikörper vorliegen. ... Bei Transfusion von möglicherweise inkompatiblen Blutkonserven Überwachung und prophylaktische Behandlung wie bei hämolytischem Transfusionszwischenfall. Im übrigen verweise ich auf unser Kapitel Notfalltransfusion im Lehrbuch von Mueller-Eckhardt und auf den nächsten DAK 2004, wo solche Fragen besprochen werden sollen). ...“</p> <p>-Die Indikation als Notfalltransfusion stimmt hier offensichtlich nicht oder nur bedingt, da erst nach 4 h dann real transfundiert wird.</p> <p>-Die telefonische Notfalleinweisung von Blutkonserven ist akzeptabel, sollte aber nachträglich elektronisch vollzogen werden</p>
Prozesseilschritt**	3- Anforderung, 5-Verabreichung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Keine Angabe
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine,	Keine Angabe

Notfall, ASA)	
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein	D
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung: Antikörper, Immunologie der Bluttransfusion 2. Besprechung des Falles in der Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein konsiliarisches Notfalltelefon der Blutbanken zur Hilfestellung wäre hier die benötigte Hilfe. Wie die Existenz oder Erreichbarkeit in dem Fall war, ist unklar. Große Blutspendedienste haben zur Routinedienstzeit meist einen telefonischen Ansprechpartner. 2. Elektronische Blutprodukteanforderung, auch nachträglich beim Notfall zur Verbesserung der Dokumentation 3. Eine bundesweite Datenbank aller AK-Träger wäre realisierbar, existiert aber noch nicht.

***Risikokala:**

Wiederholungsrisiko

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

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

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende
Beeinträchtigung

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 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
6. - Hämostasemanagement,
7. - sonstiger Fehler -nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation