



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	Kreuzprobe vor Sectio nicht gemacht22
Fall-ID	73-2014- T8I6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patientin xx, mit sekundärer Sectio in PDA vor Tagen, postoperativ Volumenprobleme und Hb-Abfall (12,8 auf 6,9 g/dl) bei Nachweis freier abdomineller Flüssigkeit im Sono dann Indikation zur Relaparotomie, allerdings kein Kreuzblut im Labor, dieses lag noch im Kühlschranks des Kreissaals... Auf Transport in den OP wohl ernste Kreislaufprobleme, nach Narkoseeinleitung und unter Substitution mit jeweils 4 Notfall-EKs/ 4 FFPs, 2 g Fibrinogen und Gabe von Tranexamsäure Stabilisierung bei „chirurgischer“ Blutung (aus der A. uterina). Erster Hb auf ITS postoperativ 8,7 g%.</p>
Problem	<p>-Offensichtlich kam es zu einem chirurgisch bedingten stärksten Blutverlust, der zu einem Hb-Abfall von 6g/dl führte! Das entspricht bei einer erwachsenen Frau einem Blutverlust von ca. 2- 3 L über „TAGE“ ! Bei einem bereits postoperativ diagnostizierbaren Volumenmangel erscheint die postoperative Blutverlustdiagnose reichlich spät gestellt worden zu sein. Vermutlich ist die postoperative Überwachung und die unmittelbare Überwachung nach der Sectio nicht optimal.</p> <p>-Die Abnahme und Lagerung des Kreuzblutes im Kühlschranks des Kreissaals ist wegen der gegebenen Verwechslungsgefahr, der schlechteren Analytik bei Lagerung und der Verzögerung der Blutbereitstellung im Notfall wie hier geschehen zu unterlassen. Die begrenzte Gültigkeit der Kreuzprobe wird durch eine</p>

	<p>Lagerung der Blutprobe unterlaufen ist aber wegen einer Antikörperbildung sinnvoll. Die Richtlinien fordern die Abnahme der Blutproben bei Indikationsstellung.</p> <p>- Bei Einschleusen der Patientin sollte auch im Notfall die Zeit für das Abarbeiten WHO-Checkliste eingehalten werden- hier wäre der Hinweis auf die Transfusionspflicht einen parallelen Konservenbeschaffungspürozess in die Wege leiten können, bzw. die Blutabnahme zum AKS und Kreuzprobe hätten bei Beginn der OP gleich erfolgen können.</p> <p>- Die Versorgung mit Universalblut muss nicht immer wie vom Melder befürchtet, den Transfusionsprozess verzögern, ist aber wohl durch eventuell vorliegenden Antikörper in bis zu 2% risikobehaftet.</p> <p>- Intraoperativ hätte der Cell Saver eingesetzt werden können, ist aber wahrscheinlich nur effektiv, wenn das chirurgische Auffinden der Blutungsquelle lange gedauert hat.</p>
Prozesseilschritt**	2-Blutbereitstellung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK, FFP; Gerinnungskonzentrate
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Geburtenstation/Kreisssaal
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Notfall, ASA I
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	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	5/5

<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung: Anforderung von Blutgruppe und Blutkonserven 2. SOP/Verfahrensweisung: Fremdblutbereitstellung, autologe Zusatzverfahren bei Operationen mit großem Blutverlust 3. WHO-Checkliste: Blutgerinnungsstörung? Bluttransfusion geplant? 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eine Vernetzung des OP-Managementprogramm im KIS und der Software der Blutbank hätte bei Notfall-OP-Anmeldung einen Alert auf nicht zur Verfügung stehende Konserven gegeben.
---	--

***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

****Prozesseilschritte 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

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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