



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	Anämie und positiver AKS
Fall-ID	76-2014- E8U6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>88-jährige Patientin vor großer Adhäsiole und offener Resektion einer Bauchwandhernie, seit 3 Tagen im Haus.</p> <p>Der Operateur wird beim der Operation vorangehenden Eingriff am Tisch von der Anästhesie informiert, dass bei der o.a. Pat. irreguläre AK vorliegen (Spätnachweis von gebundenen Autoantikörper. Positive Reaktion im AKS ohne erkennbare Spezifität). Der Operateur schätzt den zu erwartenden Blutverlust als gering ein, die Operation solle trotzdem stattfinden, auch wenn keine Blutkonserven vorhanden sind.</p> <p>Obwohl der präoperative Hämoglobinwert eine Anämie von 10,5 g/dl ausweist und keine EKs bereit sind, wird die Patientin operiert und mit einem Hb von 8,5 g/dl postoperativ auf die Intensivstation gelegt.</p> <p>Postoperative Komplikationen: 2xGrandmal Anfall, Serom und Wundheilungsstörungen, mildes postoperatives kognitives Defizit, Entlassung nach 18 Tagen</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - Ganz häufig handelt es sich bei gebundenen Autoantikörper mit Coombs positiv um eine Erythrozytenbeladung mit Antikörper durch nicht bedeutsame Medikamenteneffekte oder aber - die Patientin ist vortransfundiert worden. Der Befund erfordert weiterführende Diagnostik und bedeutet erhebliche Zeitverzögerung. Dies hätte im Vorfeld geklärt werden müssen und können, denn eine Transfusionsanamnese ist am einfachsten am wachen Patienten präoperativ zu erheben. - Da der Transfusionstrigger als Schwelle zur

	<p>Notwendigkeit einer Operation nicht nur durch den Blutverlust abhängt, sondern eine Anämie perioperativ von der vorhandenen Erythrozytenmasse der Patientin, also dem bestehenden Hämoglobinspiegel und dessen Veränderungen durch die perioperative Volumenverschiebungen und –substitution abhängt, ist die Einschätzung des Operateurs bzw. die Einschätzung des Anästhesisten gefährlich. Der Regel-Blutverlust kann bei unvorhergesehenen Schwierigkeiten und dadurch verlängerter OP-Dauer, unbekannte vorbestehende Gerinnungsstörungen, akzidentelle iatrogene Gefäßverletzungen oder Einrisse etc. höher als erwartet ausfallen.</p> <ul style="list-style-type: none">- Eine 88jährige Patientin ist aufgrund der in diesem Alter vorhandenen Begleiterkrankungen vermutlich nicht sehr ischämie-tolerant. Die postoperative Überwachung auf Intensivstation war zweifellos angebracht, hätte aber durch eine vorherige Anämiediagnostik und –therapie vermieden werden können. Vermutlich wäre auch die verlängerte Liegedauer vermeidbar gewesen. Damit wären auch das perioperative Risiko und die Behandlungskosten verringert gewesen. Ob die Grand-Mal-Anfälle ischämisch bedingt waren, lässt sich nur vermuten, ist aber bei einer bis dahin nicht aufgetretenen Epilepsie wahrscheinlich.- Dass der AK-Befund erst unmittelbar präoperativ bekannt wird, kann in Ausnahmefällen unter bestimmten Bedingungen vorkommen, sollte aber nicht die Regel sein. Die WHO-Checkliste , die beim Einschleusen der Patienten in den OP abgearbeitet werden sollte, als auch das Team-Time-Out adressiert die Blutbereitstellung und andere individuelle Besonderheiten. Eine intelligent vernetzte OP-Management-Software gibt eine Warnung oder läßt OP-Anmeldungen von nicht vollständig diagnostizierten Patienten ohne Freigabe des Operateurs/Anästhesisten
--	---

	nicht zu.
Prozesseilschritt**	Indikationsstellung, Präoperative Anämietherapie
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	A
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 Kommissionskommentar	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
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. Fortbildung: Stellenwert der Individuellen Hämotherapie/Patient Blood Management in der Abdominalchirurgie 2. SOP/Verfahrensanleitung: Präoperative Anämiediagnostik 3. Fortbildung: Immunhämatologische Befunde und ihre Bedeutung für die Patienten –Versorgung 4. SOP/Verfahrensanleitung: WHO-Checkliste: Sinn und Anwendungsvorschriften 5. Vorstellung des Patienten in einer M&M Konferenz 6. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung der WHO-Checkliste und des Team-Time-Outs (wenn nicht schon geschehen) 2. Vernetzung des OP-Programms mit Labor und Blutbank und Programmierung von ALERTS, wenn die EK-Bereitstellung nicht gemäß präoperativem Hb-Gehalt und regelhaftem

	<p>Standard-Blutverlust bei dem angemeldeten Eingriff entsprechend ist- evetl. besonders berechnet)</p> <p>3. Klinik-Pfad: Präoperative Anämie (mit den Schritten: Patienten- und Hausarztinformation Detektion, Diagnostik, Therapie, Wiederaufnahme zur OP)</p> <p>4. Geschäftsführung: Errechnung der Kosten für Liegedauer und Intensivtherapie in diesem Fall gegenüber den von Anämie diagnostik und -therapie</p>
--	--

***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

****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