



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 | Druckinfusionsgerät steht nicht zur Verfügung |
| Fall-ID | 143-2018-L7E6 |
| Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) | <p>42 J. Patient, BMI 43, zum Gastric Bypass, Blutungskomplikation wegen langer Zeit nicht stillbarer Blutung aus der A. Gastrica sinistra.</p> <p>Der Gasterzt hat den Saal zugeteilt bekommen und kennt sich wenig aus. Bei der Massivtransfusion sind alle weiteren Ärzte und Anästhesisten gebunden, Blutprodukte (4 EK Null neg, 4 Null positiv, 6 FFP) waren zwar genügend da, aber bis die Zugänge gelegt sind (Start laut SOP ohne ZVK und nur einer 18G Zugang am Unterarm bei schlechten Venen, auf Drängen des OP-Koordinators in den OP und dann vergessen noch eine weitere zu legen), bis die arterielle Kanüle gelegt ist und Katecholamine laufen, ist der Patient schon massiv hypovolämisch und hoch katecholaminpflichtig. Der verantwortungsvolle Chirurg hatte aber gleich die starke Blutung mitgeteilt.</p> <p>Der schlecht deutsch sprechende Gasterzt fragt nach einem Level One-Druckinfusionsgerät, der Pfleger greift in den Schrank im Vorraum mit der Aufschrift Massivtransfusion und bringt den Mallinckrodt Automatic Pressure Infusor IPX1 (Alton Dean Druck-Konstanter). Bei diesem ist aber der Luftschlauch kurz vor dem Wandanschluss für die Druckluft durchgeschnitten! Der Schlauch ist spröde und wahrscheinlich auch undicht. Der letzte Gebrauch ist dem erfahrenen Pfleger nicht mehr erinnerlich. Mit Druckbeuteln für das arterielle System und Blutdruckmanschetten wird improvisiert. Patient wird erst eine Stunde nach Stillung der Blutung leidlich stabilisiert. Als die Katecholamine gerade reduziert werden konnten, kommt die Anästhesiepflegeleitung und bringt die Information, dass das Ranger System angeschafft worden sei und betriebsbereit im Lager stünde, weshalb das alte System nicht mehr eingesetzt und überprüft wurde. Das wusste der Pfleger vorher nicht.</p> <p>Der Patient wurde auf Intensiv verlegt und musste dort weiter stabilisiert und transfundiert werden, weil die Gerinnung entgleist. Es kommt zu erheblichen Nachblutungen. 2 Tage später muss der Patient erneut revidiert werden, da es wegen abdominellem Kompartmentsyndrom mit Nierenversagen zu einer erheblichen Verschlechterung gekommen ist.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Problem</p> <p>[1] "Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase" des BDA: https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf</p> | <p>Wie die meisten Meldungen hat diese Meldung mehrere Lernpotenziale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kommunikation und Informationsweitergabe in diesem Fall ist an vielen Enden verbesserbar: Die Regelkommunikation der Anästhesiepflege hat hier nicht dazu geführt, dass der betreuende Pfleger von der Existenz des RANGER-Systems wusste. Der Gasterzt spricht nur gebrochen deutsch, was anscheinend hier nicht nachweislich zur Patientengefährdung führt, aber vermutlich ist jede Notfallsituation auch ohne Sprachbarriere von seitens der interindividuellen Kommunikation schwierig (siehe auch die Anleitung der DGAI zum SBAR-Konzept [1], einer strukturierten Patientenübergabe). • Eventuell war der Gasterzt auch nicht in das vorhandene Ranger System (oder andere technische Geräte) des Hauses, gemäß Medizingeräteverordnung (MedGV), eingewiesen. Sonst hätte er von dessen Existenz gewusst. • Bei regelmäßiger Bestandsaufnahme, Inventur und Strukturierung des oftmals zu knapp bemessenen Stauraums für Anästhesiematerial muss ein veraltetes und nicht gebrauchsfähiges Gerät auffallen. In der Anästhesie ist defekte und nicht brauchbare Technik meist mit einer Patientengefährdung verbunden. Obwohl mit den Druckmanschetten gut reagiert wurde, war wohl wertvolle Zeit in dieser Notfallsituation verstrichen, bis die Untersuchung des alten IPX1 (einem Vorläufer des Level One ohne Stangenhalterung, Wärmeschlauch und Luftfalle) zum Therapieanfang erfolgte. • Die Behandlung der Verdünnungskoagulopathie in dieser Situation mit 6 Frischplasmen könnte eventuell als zu gering dosiert (weil zu gering konzentriert) gelten, gerade wenn man die Gerinnung nicht mittels Vollblut-Bedside-Diagnostik kontrollieren kann. Gesteuert vom Fibrinogenspiegel oder dem INR könnten Konzentrate von Fibrinogen oder Prothrombinkomplex als zusätzlich notwendig erscheinen. Vielleicht hätte sich damit die Entgleisung und auch das Kompartmentsyndrom verhindern lassen. |
| <p>Prozesseilschritt**</p> | <p>5 - Verabreichung</p> |
| <p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p> | <p>EK, FFP</p> |
| <p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</p> | <p>Ja</p> |
| <p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p> | <p>OP</p> |
| <p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende),</p> | <p>Routine</p> |

| | |
|--|--|
| Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA) | |
| Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben) | A |
| Hat der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert? | Nein/nein |
| Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u> | |
| *Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit | 2/5 |
| *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. Fortbildung/ SOP/ Verfahrensanweisung – Ärzte und Pflege Anästhesie/ Blutbank: Massivtransfusion 2. Fortbildung – alle Mitarbeiter/Einweisung: Einweisung in Druckinfusionsgeräte 3. Fortbildung – Ärzte/ Pflege OP/ Intensivstation/ Schockraum: Point of Care-Gerinnungsmanagement 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung einer Routinekommunikation in der Pflege inklusive Wiederholungstraining 2. Einführung des Übergabekonzepts SBAR im ganzen Haus zur strukturierten Patientenübergabe 3. Überprüfung des MedGV-Status im ganzen Haus und der Einweisung der Mitarbeiter. Ist der Beauftragte aktiv? 4. Einführung einer Inventarliste aller verfügbaren Geräte, thematisch geordnet 5. Einführung eines Massivtransfusions-Algorithmus mit Auflistung der zu aktivierenden Geräte (mit Standortangabe) 6. Überprüfung der Frequenz von Massivtransfusionen und der Notwendigkeit/ Potenzial zur Einsparungen durch die Einführung eines Point of Care-Gerinnungsmanagements |

*** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

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

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

3/5 mittel häufig
max. 1/1000

4/5 häufig, min. 1/100

5/5 sehr häufig, min. 1/10

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ ohne
bleibende Beeinträchtigung

2/5 geringe Schädigung/ wenig vorübergehende
Beeinträchtigung

3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden

4/5 starke akute Schädigung/ beträchtliche
bleibende Schäden

5/5 Tod/ schwere bleibende Schäden

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