



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	post-operative Nachblutung
Fall-ID	CM-31820-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Verzögerter Therapiebeginn bei einer postoperativen Nachblutung: Nach einer großen Operation blutete der Gefäßpatient mit multiplen Vorerkrankungen (u.a. KHK) in schlechtem Gefäßzustand Hb -, Volumen - und Kreislauf - wirksam aus dem OP-Gebiet nach. Es wurden mehrere bildgebende Untersuchungen durchgeführt, die eine Nachblutung vermuten ließen, dazu dauernde Labor- und BGA-Kontrollen. Im Verlauf wurden zahlreiche EKs und FFPs zur Stabilisierung gegeben. Der Patient blieb trotz massivem Blutverlust weitgehend stabil. Kardiale Veränderungen/Schäden oder andere Organschäden traten nicht auf. Die Drainage förderte große Mengen Blut. Der Chirurg kam trotz mehrmaliger Aufforderung und Mitteilung der Befunde sehr zögerlich, um sich den Patienten vor Ort anzuschauen. Der Patient wurde 24h nach erstmaliger Diagnose der Nachblutung revidiert. Seitdem war er stabil.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die Nachblutung war mit hoher Wahrscheinlichkeit nur chirurgisch zu beheben gewesen, weil sie durch ein erhebliches „Gefäß-Leck“ bedingt war. Eine begleitende aber nicht ursächliche Koagulopathie ist besonders bei den beschriebenen Gefäßpatienten immer mit beteiligt. Klinisch ist die Unterscheidung zwischen beiden Blutungsursachen dadurch zu unterscheiden, dass auch Einstichstellen der Gefäßzugänge oder vulnerable Körperregionen (Mund, Nase) außer dem Wundgebiet durch Sickerblutungen auffallen. Das ist hier nicht berichtet. Eine Nachblutung ist bei Fehlen dieser Zeichen immer zuerst als „Chirurgisch“ einzustufen (d.h. chirurgisch verursacht oder behebbar). Der Chirurg ist bei Nachblutungen immer zu rufen und zu informieren. Ihm obliegt die Entscheidung zum Revisionseingriff. Das ist hier nur verzögert erfolgt.

<p>[1] Meybohm P et al. PBM Patient Blood Management Bundles to Facilitate Implementation: Transfusion Medicine Reviews 2016 May 28. pii: S0887-7963</p> <p>Zugehörige IAKH – Für Sie –Gelesen Kurzversion: http://www.iakh.de/zeitschrift/items/bundels-hemotherapy-IAKH-2016.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen des Maßnahmenbündels zur Vermeidung von Bluttransfusionen auf Intensivstationen (Patient Blood Management Bundle [1]) sollte: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beim Verdacht der chirurgisch bedingten Blutung so schnell wie möglich, aber noch vor der Substitutionspflichtigkeit operiert werden. Diese Fälle sind schon deshalb als dringlicher Notfall zu klassifizieren, weil die Zunahme des Blutverlustes das Risiko für eine Verlustkoagulopathie, fürs Verbluten als auch für die Kreislaufinstabilität exponentiell erhöht. 2. Sollte die postoperativ auffällige Gerinnung mit VollblutPOCT Verfahren als auch Standardroutinelabor überwacht werden. Der Stabilisierung von Gerinnungsfaktoren und die Vermeidung der Koagulopathie ist hier vordringlich.
<p>Prozessteilschritt**</p>	<p>6 Gerinnungs- und Nachblutungsmanagement</p>
<p>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK, FFP</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</p>	<p>nein</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>ITS/ IMC</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA III, Notfall, Wochentag</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</p>	<p>A</p>
<p>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</p>	<p>Nein/nein</p>
<p>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p>4/5</p>

*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
<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/Verfahrensanweisung Intensiv/Chirurgie: Vorgehensweise bei postoperativen Nachblutungen 2. Fortbildung: Perioperative Blutungskomplikationen, typische Blutungsquelle und Eingriffe 3. Fortbildung Ärzte/Pflege: Patient Blood Management, Postoperative Säule und zugehörige Maßnahmen 4. Fortbildung Ärzte Chirurgie/Anästhesie: Wert des POCT-gesteuerten Gerinnungsmanagements besonders perioperativ 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Investition in POCT-Gerinnungsgeräte 2. Etablierung eines PBM/Hämotherapie-Klinikpfades und den zugehörigen Maßnahmen 3. Etablieren des Maßnahmenbündels PBM im Intensivbereich 4. Teambildungsmaßnahmen Chirurgie und Intensivstation

***Risikokala:**

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

****Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei Fehler bei der Probenabnahme
2. Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
3. Fehler im Labor

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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