



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-Medical von DGAI/BDA

| | |
|---|---|
| Thema/Titel | Beinahe-Fehltransfusion im Schockraum |
| Fall-ID | CM4239/2010 |
| Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) | <p>Intubierter und beatmeter Traumapatient kommt mit massiver Kreislaufinstabilität in den Schockraum. Verdacht auf intraabdominelle Verletzung. Nach Beginn der Kreislaufstabilisierung Anlage eines großkalibrigen Venenzuganges zur Volumentherapie bei schlechtem Venenzustand und hohem Blutverlust. Anforderung von ungekreuzten Erythrozytenkonzentraten. Im Schockraum dann Beginn der Transfusion der EK's. Im Verlauf der Behandlung waren keine weiteren Erythrozytenkonzentrate nötig. Rücktransport der EK's ins Depot. Bei der Dokumentation der Rückgabe zeigt sich, dass neben den ungekreuzten EK's auch einige EK's einer anderen Blutgruppe für den Schockraum ausgegeben wurden. Eine Transfusion erfolgte nur durch Zufall nicht. Die transfundierten EK's hatten die korrekte Blutgruppe. Ausgabefehler der Blutbank unklarer Ursache. Obwohl mehrere Anästhesisten im Schockraum waren, fand kein Bedside Test (?!).</p> |
| Problem | <ul style="list-style-type: none">• Fehler bei der Ausgabe von ungekreuzten und weiteren Konzentraten in den Schockraum (oder die Ausgabe von 2 verträglichen Blutgruppen beispielweise 0 und A für einen Patienten A bei einer begrenzten Anzahl von Null neg.)• Evtl. gleichzeitige Anforderung und Ausgabe vieler Blutprodukte (evtl. mit dem Parallelauftrag der raschen Verträglichkeitsprobe ans Labor, falsch eingeordneten oder entnommenen Konserven)• Verabreichung im Schockraum ist nicht richtig organisiert-, da keine Bedsidetestung erfolgt. Die mag bei universal verträglich transfundierten Patienten initial nicht unbedingt notwendig sein. Die Vorschrift zur Durchführung ist aber sinnvoll, da nach massiver Transfusion die initiale Blutgruppe und Verträglichkeit aus einer |

| | |
|---|---|
| | <p>Blutprobe des Gemischs aus wenig eigenem und viel allogenem Blut manchmal schwer zu identifizieren ist, der Patient aber verträgliche Konserven erhalten könnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2. Patient hat eventuell keine Konserven bekommen oder verzögert |
| Prozesseilschritt** | Transport, Ausgabe, Verabreichung |
| Wesentliche Begleitumstände | Routinebetrieb, Notfall- hämorrhag. Schock, Arzt in Ausbildung |
| Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u> | „Fehler bei der Rückgabe Dokumentation aufgefallen“ |
| *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><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgabe SOP in der Blutbank: räumliche Trennung von verschiedenen Patienten oder uniforme Ausgabe der Notfallbox (s.u.) • Ausgabe auch der ungekreuzten Eks mit Begleitschein und Patientennamen • Auch im Notfall: Verantwortlichkeit des Transportierenden zum Identitäts-Check • Arbeitsaufteilung im OP und Schockraum: bei Verfügbarkeit mehrerer Anästhesisten- einer nur für Dokumentation und Kompatibilitätsprüfung der Blutprodukte zuständig. • SOP: Verabreichung der Blutprodukte : Bedside-Test und Patientenblutgruppe/-identität auch bei Schockraumfällen • Verfahrensregelung zur Zusammenführung von Schockraumnummern und Namen nach Bekanntwerden der Identität • Wiederholte Fortbildung zu Gefahren und Nebenwirkungen der Bluttransfusion, Massivtransfusion. • Meldung des Falles an Transfusionskommission/Qualitätsbeauftragten Hämotherapie zur individuellen Problemlösung vor Ort <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EDV – gestützte Regelvergabe von Schockraumidentitätsnummern KIS/PDMS oder eindeutige Kennzeichnung von unbekanntem Schockraumpatienten • Kommunikation der PDMS/KIS –Software und Blutbank-Software |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Bei Schockraum und Blutung: Routine-Erstellung in Blutbank einer Erstversorgungsbox mit einer standardisierten Anzahl (<6) Null neg. Eks, Fibrinogen o. PPSB, AB-Plasma. |
|--|---|

***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 |

****Prozessteilschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation