



Fall des Monats März 2013

Plavixwirkung zur OP

Fall-Nr.: 32196

Was ist passiert?

In der chirurgischen Praxis wurde besprochen, dass der Patient mit erheblicher KHK präoperativ nach Rücksprache mit seinem Kardiologen seine Medikation mit Clopidogrel 5 Tage präoperativ absetzen sollte. Der Kardiologe wies den Patienten an, bis 2 Tage vor der OP das Clopidogrel zu nehmen. Am Tag vor der OP wurde der Patient prämediziert und angenommen, dass der Operateur von dem Vorgehen wusste. Genau das gleiche nahm auch der die Narkose einleitende Anästhesist an. Als der Operateur in den OP kam und von der Gerinnungshemmung mit Clopidogrel erfuhr, lehnte er die OP ab. Der Patient musste ohne OP wieder aufwachen.

Was war das Ergebnis?

Unnötige Narkose bei einem Risikopatienten, Gefährdung und Verunsicherung des Patienten, Zeit- und Ressourcenverschwendung.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Schlecht organisierter präoperativer Ablauf, Kommunikationsmängel, mangelndes Problembewusstsein.

Bessere Absprachen, bessere Ablauforganisation, frühzeitigeres Erscheinen des Operateurs.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Erstmalig

Kam der Patient zu Schaden?

Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training
- Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)

Altersgruppe: Unbekannt

Geschlecht: Männlich

Zuständiges Fachgebiet: Orthopädie

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in



Kommentare

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus::

Mit den Beteiligten und der Praxis wurde der Fall besprochen. In der Anästhesieabteilung wurden Fortbildungen zu diesem Thema abgehalten. Die operierenden Fächer wurden mit aktueller Literatur zu diesem Thema versorgt und ein fachübergreifendes Procedere, bei welchen Eingriffen welcher Thrombozytenaggregationshemmer belassen werden kann, wird erstellt. Zudem besteht die Anweisung für die prämedizierenden Anästhesisten, die Operateure über zur OP wirkende Thrombozytenaggregationshemmer zu informieren.

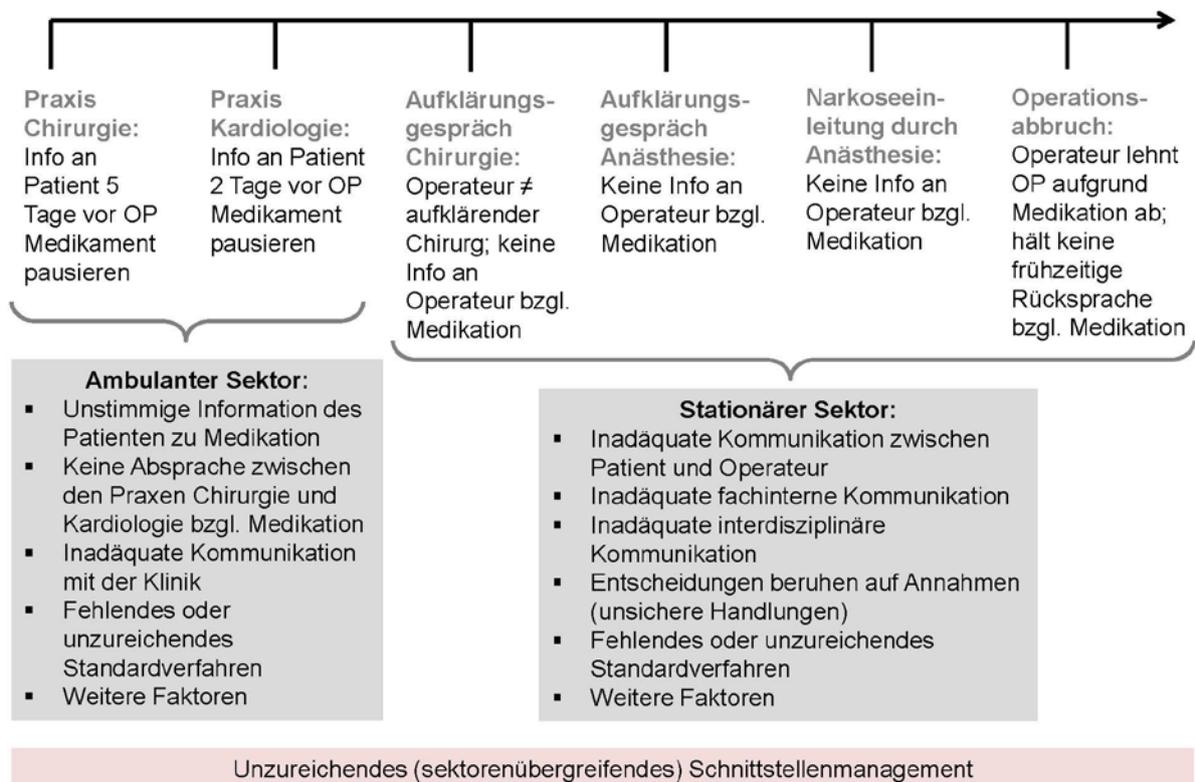
Kommentar des Anwenderforums:

Eine OP wird abgebrochen, weil der Patient die blutgerinnungshemmende Medikation bis zwei Tage vor der OP noch eingenommen hatte. Im Rahmen der präoperativen Vorbereitung hatte er unterschiedliche Informationen zu der Einnahme seiner Medikation erhalten.

1. Die chirurgische Praxis: Medikament 5 Tage vor der Operation absetzen. Dies sollte unter Rücksprache mit dem Kardiologen erfolgen.
2. Die kardiologische Praxis: Medikament 2 Tage vor der Operation absetzen.

Bei der Prämedikation und der Narkoseeinleitung nahmen die Anästhesisten an, dass der Operateur wusste, dass der Patient bis 2 Tage vor dem Operationstag das blutgerinnungshemmende Medikament einnehmen würde. Ob die unterschiedlichen Anordnungen der chirurgischen und der kardiologischen Praxis der prämedizierenden Person bekannt war, wissen wir nicht. Ob es zwischen den beiden Praxen eine Absprache gegeben hat, ebenfalls nicht. In der folgenden Abbildung werden der vermutliche Fallverlauf sowie mögliche fehlerbegünstigende Faktoren dargestellt

Fallverlauf:



Für die Optimierung der sektorenübergreifenden Patientenversorgung hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine „Checkliste für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren“ publiziert. Diese ist unter folgendem Internet-Link abrufbar: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf>

Aber nicht nur zwischen den beiden Praxen, sondern auch innerhalb der Klinik ist hier möglicherweise nicht ausreichend kommuniziert worden. Leider fehlen uns Angaben darüber, was bei der chirurgischen Aufklärung des Patienten in der Klinik hinsichtlich der gerinnungshemmenden Medikation angeordnet worden ist. Hier ist ein festgelegtes perioperatives Verfahren bei der Versorgung von Risiko-Patienten (z. B. mit KHK oder anderen Herzerkrankungen, die Thrombozytenaggregationshemmer einnehmen) und vor Risikooperationen (mit einem hohem gefährlichen Blutungsrisiko bzw. Thrombose- und Embolie-Risiko) sinnvoll, um zu erreichen, dass die beteiligten Personen über alle wesentlichen Informationen verfügen und abgestimmt handeln.



Folgende Literatur kann bei der Festlegung einer standardisierten Vorgehensweise verwendet werden:

- Chassot P.-G., Delabays A., Spahn D. R.: Perioperative antiplatelet therapy: the case for continuing therapy in patients at risk of myocardial infarction. Br J Anaesth 2007: 99(3):316-28
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (Hrsg.): Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht kardiochirurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Anästh Intensivmed 2010: 51:S787
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V., European Society of Cardiology (Hrsg.): ESC Pocket Guidelines - Präoperative kardiale Risikoeinschätzung und perioperatives kardiales Management bei nichtkardialen chirurgischen Eingriffen. 2011: Online unter: <http://leitlinien.dgk.org/2011/pocket-leitlinie-praoperative-kardiale-risikoeinschätzung-und-perioperatives-kardiales-management-bei-nichtkardialen-chirurgischen-eingriffen/> (30.01.2013)
- Jámbor C., Spannagl M., Zwissler B.: Perioperatives Management von Patienten mit Koronarstents bei nichtherzchirurgischen Eingriffen. Anaesthesist 2009: 58:971-85
- Khattab A. A., Saguner A. M., Windecker S.: Thrombozytenaggregationshemmung während der perioperativen Periode. Das Thrombose-Blutungs-Dilemma. Cardiovascular Medicine 2010: 18(12):363-69
- Kelm M., Osterhues H., Hennerici M. et al.: Kommentar zu den „ESC Guidelines for Pre-Operative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non-Cardiac Surgery“. Kardiologie 2010: 4:375 -82
- Kelm M., Lepper W.: Perioperative Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern. Anaesthesist 2007: 56:592-98
- Koscielny J., Alban S.: Perioperatives Management von Patienten unter ASS/Clopidogrel-Medikation. Vascular Care 2008: 14 (1):28-43
- Newsome L. T., Weller R. S., Gerancher J. C. et al.: Coronary Artery Stents: II. Perioperative Considerations and Management. Anesthesia & Analgesia 2008: 107(2):570-90
- Preckel B., Schlack W.: Drug Eluting Stents und Antikoagulation in der perioperativen Phase. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2008: 9:596-601

Es ist zu überlegen, ob man die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten in einer OP-Checkliste abfragt. Eine OP-Checkliste prüft sicherheitsrelevante Schritte in der operativen Patientenversorgung ab und beugt dadurch dem Vergessen, Auslassen und Verwechseln von Prozessschritten vor. Allerdings sollte man dabei bedenken, dass zu viele



Schritte oder Abfragen auch dazu führen können, dass die Checkliste nicht mehr oder unvollständig angewendet wird. Auch bietet es sich an, die Einschätzung des operativen Risikos z. B. von Patienten mit kardialen Erkrankungen anhand einer Checkliste umzusetzen. In diesem Zusammenhang ist dann auch die perioperative antithrombotische Therapie abzustimmen.