

## Fall des Monats Juni 2023

### Metamizol und Piritramid in der gleichen Infusion

**Fall-Nr.**

245789

**Zuständiges Fachgebiet**

Chirurgie

**Altersgruppe des Patienten**

Erwachsener

**Wo ist das Ereignis passiert?**

Krankenhaus

**Was ist passiert?**

Pat. mit akuter Appendizitis kommt aus der Rettungsstelle in den OP. Pat. kommt mit laufender Infusion NaCl 250ml beschriftet mit Piritramid [Handelsname] und Metamizol [Handelsname] ohne mg Angabe. Zwei Medikamente wurden miteinander vermischt. Kompatibilität wurde nicht berücksichtigt.

**Was war das Ergebnis?**

Infusion wurde von der Pflegefachkraft der Anästhesie bei Übernahme des Pat. gestoppt und gegen eine isotonische Vollelektrolytlösungs [Handelsname]-Infusion ausgetauscht.

**Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?**

Die 6er-Regel wurde nicht eingehalten.

**Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?**

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training

**Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?**

erstmalig

**Wer berichtet?**

Pflege-, Praxispersonal

**Nutzerkommentar:**

Es ergibt sich die Frage, wieso in dem Fall Metamizol und Piritramid kombiniert und nicht konsekutiv, im Sinne einer Therapieeskalation, verabreicht wurden.

Außerdem bedeutet die Verabreichung von Piritramid in einer 250ml Infusion ein sehr zögerliches Anfluten der Substanz - mit langsamem Eintritt der analgetischen Wirkung.

**Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:**

Durch das Einhalten der „6-R-Regel“ und regelmäßige Kontrollieren durch Inspizieren von mitgegebenen Infusionen/Perfusoren etc. ist dieser Sachverhalt aufgefallen, hier stellt sich abermals die Frage nach einer Übergabe bei Übernahme des Patienten aus der ZNA. Pharmakologisch ist anzumerken, dass Metamizol und Piritramid nicht gemischt werden sollten, da sich Ausflockungen bilden können. Dies ist seit längerer Zeit bekannt und gebietet, die einzelnen Komponenten auch unabhängig voneinander zu geben. Das sollte in der Teamsitzung der Pflege der ZNA besprochen werden.

**Kommentar des Anwender-Forums (2023):**

Für eine genauere Analyse des Berichts wäre interessant zu erfahren, wie genau die Verordnung der Medikation lautete. Wurde die Mischung beider Schmerzmittel angeordnet oder eigenständig von der zubereitenden Person durchgeführt? Möglicherweise wurde Piritramid auch später der Infusion hinzugefügt.

Ebenfalls interessant wäre, wie sich die Übergabe zwischen Rettungsstelle und OP gestaltet. Gibt es eine Systematik bei der Übergabe, die geeignet ist, eventuelle Fehler aufzudecken oder findet keine systematische Übergabe statt?

Das Anwenderforum hebt positiv hervor, dass die Infusion von der Pflegefachkraft bei Übernahme der Patientin bzw. des Patienten sofort gestoppt und durch eine isotonische Vollelektrolytlösung ersetzt wurde.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis

- Für die Rettungsstelle sollte ein Standard für die Anordnung, Auswahl und ggf. Zubereitung von Schmerzmitteln erarbeitet und dessen Umsetzung nachgehalten werden.
- Parenteral gegebene Schmerzmittel sollten generell nicht gemischt werden.
- Durch die Verwendung digitaler Anordnungstools können Inkompatibilitäten frühzeitig erkannt werden.
- Sollte der individuelle Faktor des Ausbildungsstands eine Rolle spielen, kann nachgeschult oder die Teamsitzung der ZNA zur Besprechung genutzt werden. Dennoch ist die Entwicklung klarer Standards für die Schmerzbehandlung auch in einem solchen Fall als die wahrscheinlich wirksamere Maßnahme anzusehen.

Darüber hinaus sollte die Beschriftung von Infusionsflaschen neben dem Namen des Wirkstoffs auch die Dosierung enthalten.

Aus anästhesiologischer Sicht wird dem Nutzerkommentar zugestimmt: Durch die gleichzeitige Gabe beider Schmerzmittel wird die Möglichkeit der Eskalation der Schmerztherapie erschwert, für die Verabreichung von Schmerzmitteln eignet sich eher die Kurzinfusion mit einem Volumen von 50-100 ml.

Stichworte: Medikamentenanordnung, Medikamentenverabreichung, Medikamentenausgabe/Vorbereitung