

Současně byla provedena cílená rešerše odborné literatury v databázích PubMed, Scopus a Web of Science zaměřená na medikační chyby v perioperační péči, perioperační bezpečnostní checklist, lidské faktory a koncept „Just Culture“. Výsledky případové analýzy byly následně konfrontovány s dostupnými doporučeními a publikovanými poznatky.

Vzhledem k anonymizaci dat, auditnímu charakteru práce a absenci intervence do péče nebyl vyžadován souhlas etické komise ani informovaný souhlas pacienta.

Popis klinického případu

K nežádoucí události došlo na dětském operačním sále u 2měsíční kojanky (3,5 kg) připravované k plánované operaci tříselné kýly. Anesteziologickou péči poskytoval lékař v předatestační přípravě pod přímým dozorem atestovaného konzultanta.

Po úvodu do anestezie byla ordinována intravenózní dávka paracetamolu ve výši 26 mg (odpovídá doporučené pediatrické dávce 7,5 mg/kg pro kojence). V témže okamžiku začal operatér provádět perioperační bezpečnostní proces (fázi „Time-out“). Anesteziologická sestra, která byla paralelně vytížena přípravou farmakoterapie a sledováním perioperačního procesu, připravila paracetamol (o koncentraci 10 mg/ml) v objemu 26 ml namísto odpovídajícího objemu 2,6 ml (Obr. 1).

Při verbálním hlášení sestra uvedla: „Podávám 26 mililitrů“, přičemž oba přítomní lékaři slyšeli hodnotu „26“, kterou pod vlivem probíhajícího

Time-outu a kognitivního nastavení na očekávanou dávku interpretovali jako správných 26 miligramů. V důsledku této divergence pozornosti nebyla včas odhalena záměna jednotek (mg vs. ml) a pacientce bylo podáno celkem 260 mg paracetamolu, což představuje desetinásobné předávkování (cca 74 mg/kg) (Obr. 2). Jednalo se o typickou chybu záměny jednotek v kombinaci s nesprávnou konverzí dávky na objem, potencionovanou kognitivním zkreslením (expectation bias).

Chyba byla identifikována lékařem bezprostředně po aplikaci při kontrole prázdné stříkačky. Operační výkon byl urychleně dokončen

Obr. 1. Grafické znázornění desetinásobné záměny objemu léčiva (Paracetamol) u pediatrického pacienta. Horní injekční stříkačka znázorňuje ordinovanou dávku (2,6 ml = 26 mg), dolní stříkačka objem skutečně připravený a aplikovaný (26 ml = 260 mg). Obrázek demonstruje kognitivní past „číselné shody“, kdy sluchový vjem „26“ odpovídal očekávanému schématu, avšak bez ověření jednotek (mg vs. ml)



Obr. 2. Situační plán rozmístění personálu a probíhajících procesů během vzniku nežádoucí události. Schéma ilustruje kritický moment divergence pozornosti: zatímco u operačního pole probíhá proces „Time-out“ řízený operatérem, v anesteziologické zóně paralelně probíhá ústní ordinace a příprava léčiva. Šipky znázorňují tok informací a hlukové pozadí, které znemožnilo efektivní nezávislou kontrolu a uzavření komunikační smyčky (Closed-loop)

