
Thématique

Évènement indésirable grave suite à une erreur d'administration de KCL (« Never Événement »)

Catégorie

Établissement sanitaire

Résumé de l'EIGS

Après la mise en évidence d'une hypokaliémie chez un patient comateux, une prescription de chlorure de potassium injectable (KCI) est effectuée.

L'administration est réalisée par un IDE par voie intraveineuse directe.

L'erreur d'administration est rapidement constatée par le prescripteur au regard de la rapidité de la réalisation du geste.

Le patient décède.

Chronologie des faits

Un patient de 89 ans est hospitalisé pour une décompensation cardiaque dans un service de cardiologie. Pendant son séjour, ce patient chute lors d'une nuit.

Il présente alors de graves conséquences cliniques avec une hémiplégié et une aphasie.

Le scanner cérébral réalisé en urgence montre un hématome cérébral massif. Le patient est dans un état comateux et son pronostic est défavorable à court terme.

Au regard de l'âge et du pronostic défavorable à court terme, cela ne permet pas le transfert en soins palliatifs.

Dans le cadre de sa prise en charge, un bilan biologique a été réalisé et retrouve une hypokaliémie inférieure à 3 mmol/l.

Dans ce contexte, le médecin du service prescrit une perfusion de 2 grammes de KCl dans le dossier informatisé du patient et en informe l'IDE en poste.

Sur le plan de soins informatisé, la prescription est rédigée de la manière suivante :

The screenshot shows a medical software interface for prescribing a continuous intravenous infusion. The product is 'GLUCOSE 5% 250ML ECOFLAC ENTRETIEN'. The volume to pass is 250 ml, and the rate is 10.41 ml/h. The administration route is 'intraveineuse (en perfusion)'. A callout box highlights the prescription: 'en perfusion continue, à partir du Mercredi 08/04/20 08h11, voie intraveineuse (en perfusion) : + 2 g KCL'.

Vigilance lors de la lecture de la prescription

Suite à la prescription, l'IDE procède immédiatement à l'injection par voie intraveineuse directe, de 2 ampoules de KCL à 10% sans dilution et en informe le médecin.

Cependant, le court délai de préparation sans dilution amène le médecin à s'interroger sur les modalités d'administration et suspecte d'emblée un défaut de réalisation de la prescription.

L'IDE explique ne pas avoir dilué le potassium selon les recommandations.

Le médecin se rend de suite dans la chambre du patient et constate le décès.

Nous ne pouvons pas exclure que le décès puisse être lié à l'hémorragie cérébrale.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
<p>Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car le patient est décédé dans le cadre de sa prise en charge. Cet EIGS figure sur la liste des 12 Never Events établie par l'ANSM¹ (événement qui ne devrait jamais se produire : erreurs concernant l'administration de KCL injectable).</p>	<p>Méthode ORION</p>

Cet EIG a été déclaré sur le portail de signalement des événements indésirables sanitaires (signalement-sante.gouv.fr) et une RMM a été réalisée afin de procéder à son analyse et établir un plan d'actions. La recherche des causes profondes associées à la survenue de cet événement a été réalisée via la méthode ORION.

Causes immédiates identifiées

- Absence de contrôle de la prescription avant administration
- Administration du KCL injectable en intra veineuse directe, sans dilution
- Absence du double contrôle avant administration du KCL (médicament à risque)

¹ [https://archiveansm.integra.fr/afssaps/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/\(offset\)/0](https://archiveansm.integra.fr/afssaps/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/(offset)/0)

Que s'est-il passé ?

Facteurs latents

Facteurs individuels

- Ancienneté de moins d'une année dans la fonction de l'IDE
- Méconnaissance des règles relatives au mode de préparation et d'administration du KCL
- Absence de vérification de la prescription au moment de l'administration
- Prise en charge inhabituelle d'un patient en fin de vie dans un service non adapté

Facteurs liés aux tâches / organisation définie

- Pas de paramétrage d'un protocole de prescription du KCL injectable
- Pas de formation spécifique à la prise de poste dans ce service
- Patient non transféré en réanimation au regard de ses comorbidités et de son âge

Facteurs liés à l'équipe

- Absence de double vérification avant l'administration d'un médicament à risque

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Non utilisation des outils disponibles d'aide à l'administration (VIDAL en ligne, recours aux pharmaciens...)
- Prescriptions de KCL par voie IV occasionnelles dans le service (environ une fois par mois)

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Informer et sensibiliser les soignants aux erreurs médicamenteuses par le biais du Journal interne : Règle des 5B, Never Events, les recours si difficultés, retour d'expériences sur les erreurs déclarées et les actions de prévention en place.
2. Renforcer les compétences des nouveaux IDE : évaluation des connaissances des nouveaux IDE à l'arrivée (dans les 8 jours) et à 2 mois sur la base d'une grille d'évaluation de l'acquisition des compétences communes et spécifiques aux secteurs d'hospitalisation.
3. Rendre plus accessible les modalités de préparation, d'administration et de surveillance du KCl injectable pour l'IDE dans l'unité de soins.
4. Standardiser les protocoles thérapeutiques médicamenteux pour la prise en charge des hypokaliémies et l'administration de KCl au sein de l'établissement suivant les spécificités des unités de soins en privilégiant autant que possible la forme orale.
5. Paramétrer et sécuriser les protocoles thérapeutiques médicamenteux pour l'administration de KCl injectable dans le logiciel de prescription :
 - Le logiciel de prescription informatique émet une alerte si la vitesse de perfusion de KCl injectable est supérieure à 1g/h ou 15mmol/h.
 - Le logiciel de prescription informatique émet une alerte si la concentration de KCl injectable est supérieure à 4g/L ou 50mmol/L.
6. Mettre en place une double vérification avant l'administration, de la préparation, de la programmation des dispositifs d'administration et du montage des lignes de perfusion (voie d'administration) par un deuxième IDE. Au minimum, un autocontrôle à voix haute est réalisé.
7. Vérifier la signalétique "Médicament à risque" dans les pharmacies des services de soins.

Un audit du circuit du KCl injectable ainsi que les documents de référence sont disponibles via ce lien dans la rubrique :

Erreur lors de l'administration de chlorure de potassium injectable

<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/never-events-0?parent=5574>

