

ORDONNANCE COLLECTIVE

Initier et ajuster le traitement de l'hypotension per ou post hémodialyse

Établissement : CISSS de Lanaudière

Numéro de l'ordonnance collective : OC CISSSL 40

Période de validité : 3 ans (mars 2025)

SITUATION CLINIQUE

Usager adulte qui, pendant son traitement d'hémodialyse (HD), présente :

- Une hypotension (hypoTA) accompagnée ou non de signes et symptômes (S/Sx) légers;
- Une hypoTA sévère accompagnée ou non de S/Sx sévères;
- Une hypoTA sévère accompagnée d'une altération de l'état de conscience.

Usager adulte qui, immédiatement après son traitement d'HD, présente :

- Une hypoTA accompagnée ou non de S/Sx légers;
- Une hypoTA sévère accompagnée ou non de S/Sx sévères.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

Activités réservées de l'infirmier(ère) :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.

PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Infirmier(ère)s œuvrant en suppléance rénale et ayant reçu la formation spécifique en HD.

INDICATIONS

L'ordonnance collective peut être appliquée dès les premiers S/Sx d'hypoTA :

- S/Sx légers : pâleur, bâillement, faiblesse, fatigue, diaphorèse, nausées;
- S/Sx sévères : dyspnée, douleur rétro-sternale, arythmie, douleurs abdominales, vomissements, altération ou perte de conscience, convulsions.

L'ordonnance collective peut être appliquée dès les premiers S/Sx d'hypotension orthostatique en post-HD :

- S/Sx de novo ou augmentés par rapport aux S/Sx usuels de l'usager: ralentissement cognitif, faiblesse des jambes, genoux qui flanchent, fatigue, vision brouillée, trouble ou en tunnel, faiblesse, céphalées, étourdissements, sensation de tête légère, pré syncope et syncope.

HypoTA avec ou sans S/Sx légers per-HD	HypoTA sévère avec ou sans S/Sx sévères per-HD	HypoTA sévère AVEC altération de l'état de conscience per-HD	HypoTA avec ou sans S/Sx légers ou HypoTA sévère avec ou sans S/Sx sévères post-HD
Définition	Définition	Définition	Définition
<ul style="list-style-type: none"> Valeur inhabituelle chez l'utilisateur selon TA antérieures Et une ou l'autre des situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Diminution de la tension artérielle systolique (TAS) de plus de 20 mmHg en 30 minutes ou TAS inférieure à 100 mmHg ET Absence d'altération de l'état de conscience 	<ul style="list-style-type: none"> Valeur inhabituelle chez l'utilisateur selon TA antérieures Et/ou Diminution de la TAS de plus de 50 mmHg en 30 à 60 minutes Et/ou TAS inférieure à 85 mmHg 		<ul style="list-style-type: none"> Même définition que pour l'hypoTA avec ou sans S/Sx légers per-HD et pour l'hypoTA sévère avec ou sans S/Sx sévères per-HD mais dont les S/Sx se présentent en post-HD S/Sx d'hypotension orthostatique
Prise en charge	Prise en charge		Prise en charge
Se référer à l' Algorithme # 1 de la section Traitement pharmacologique	Se référer à l' Algorithme # 2 de la section Traitement pharmacologique	Se référer à l' Algorithme # 3 de la section Traitement pharmacologique	Se référer à l' Algorithme # 4 de la section Traitement pharmacologique

INTENTIONS OU CIBLES THÉRAPEUTIQUES

- Assurer la prise en charge rapide d'une hypoTA per ou post-HD afin de la corriger;
- Soulager les S/Sx secondaires à l'hypoTA per ou post-HD;
- Éviter les conséquences d'une hypoTA prolongée.

CONTRE-INDICATION

Allergie alimentaire au poulet.

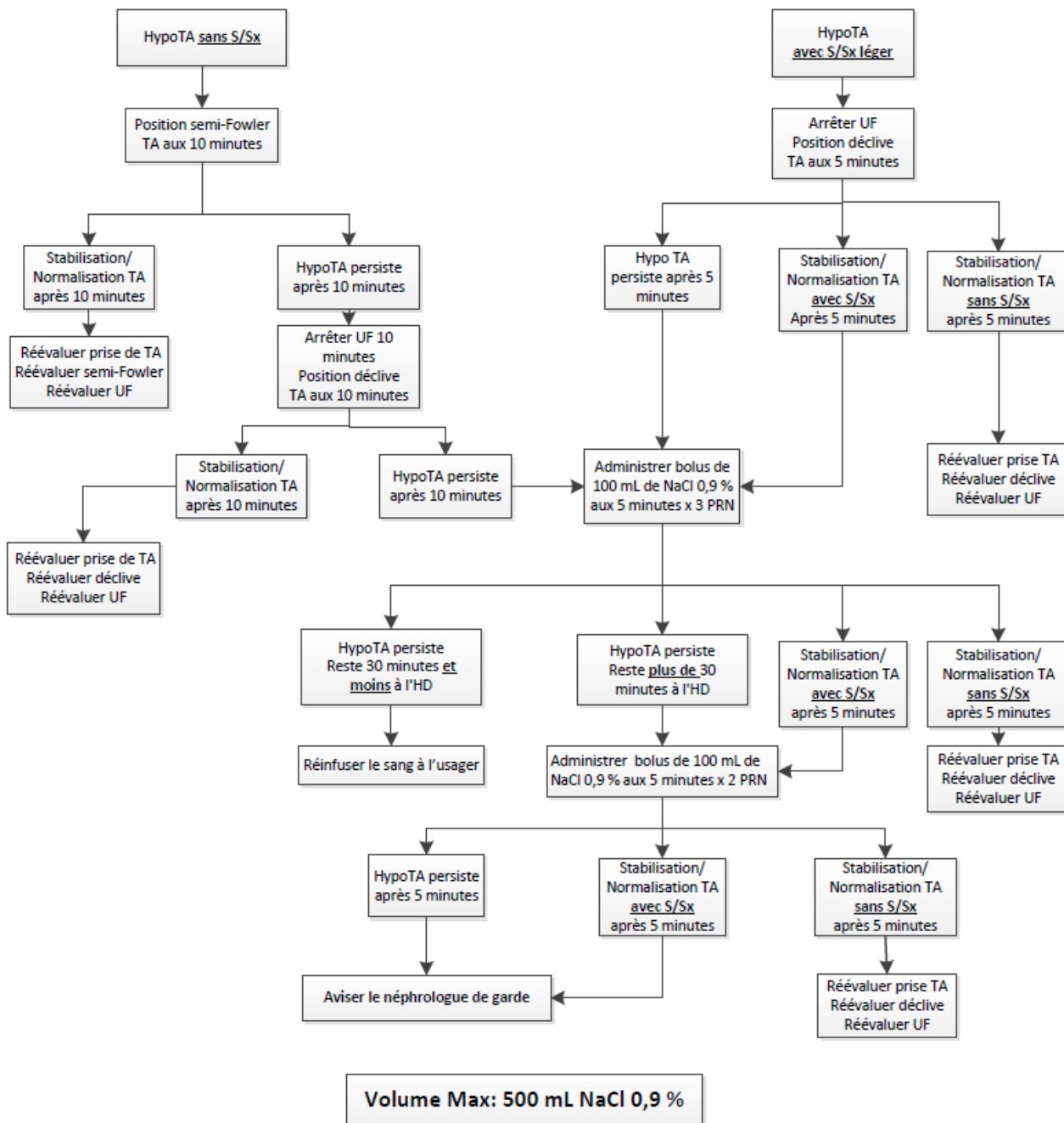
PROTOCOLE MÉDICAL

1. DIRECTIVES

- L'infirmier(ère) effectue l'évaluation de la condition clinique de l'utilisateur :
 - Signes vitaux (FC, TA et SpO₂ au besoin);
 - État de conscience;
 - S/Sx associés;
 - Poids.
- L'infirmier(ère) initie l'ordonnance collective si l'utilisateur présente les critères d'initiation et s'assure de l'absence de contre-indication;
- L'infirmier(ère) documente au dossier d'HD (RenallInsight) les informations cliniques pertinentes et les interventions posées, dont l'initiation de l'ordonnance collective ainsi que la communication avec le néphrologue de garde le cas échéant;
- L'infirmier(ère) avise le néphrologue de garde si la condition clinique de l'utilisateur s'aggrave.

2. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

2.1 Algorithme # 1 : HypoTA avec ou sans S/Sx légers per-HD



Renseignements requis :

Stabilisation/Normalisation de la TA : TAS supérieure ou égale à 100 mmHg ou normalisation selon les valeurs antérieures de l'usager (valeur normale de l'usager dans le dossier RenalInsight);

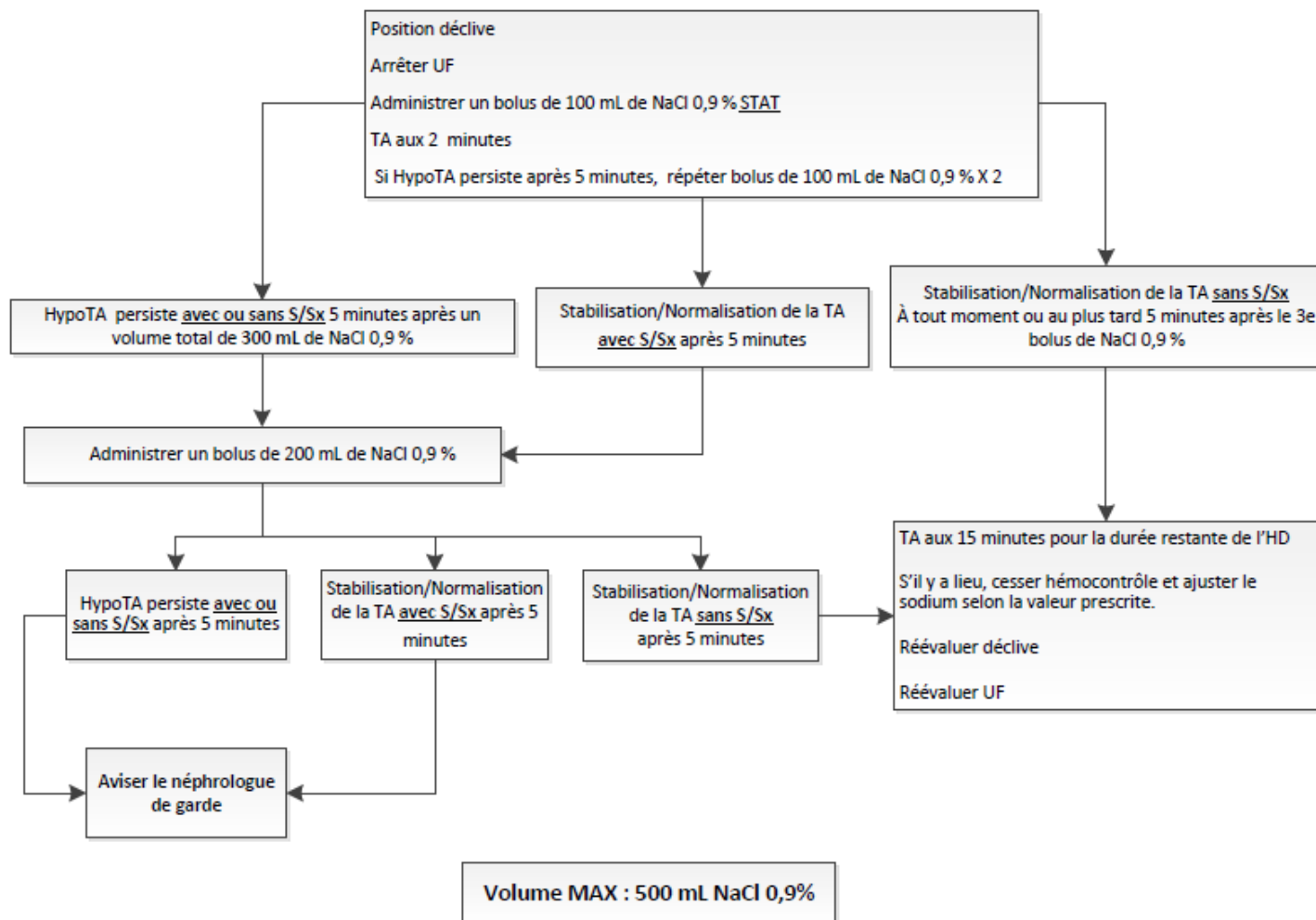
Administration du bolus de NaCl 0,9 % via la chambre artérielle;

Si hypoTA récidivante suite à une stabilisation/normalisation de la TA, reprendre les interventions inscrites en début d'algorithme, jusqu'à ce que l'usager reçoive un maximum de 500 mL de NaCl 0,9 % par séance d'HD;

La réévaluation de l'UF dépend toujours de la condition clinique de l'usager (UF max 1 à 1,2 L/h ou diminuer UF/h vs pré hypoTA);

La réévaluation de la fréquence de prise de TA et du maintien de la position décubitus/position semi-Fowler revient à l'infirmier(ère) selon son jugement clinique.

2.2 Algorithme # 2 : HypoTA sévère avec ou sans S/Sx sévères per-HD



Renseignements requis :

Stabilisation/Normalisation de la TA : TAS supérieure ou égale à 100 mmHg ou normalisation selon les valeurs antérieures de l'utilisateur (valeur normale de l'utilisateur dans le dossier RenalInsight);

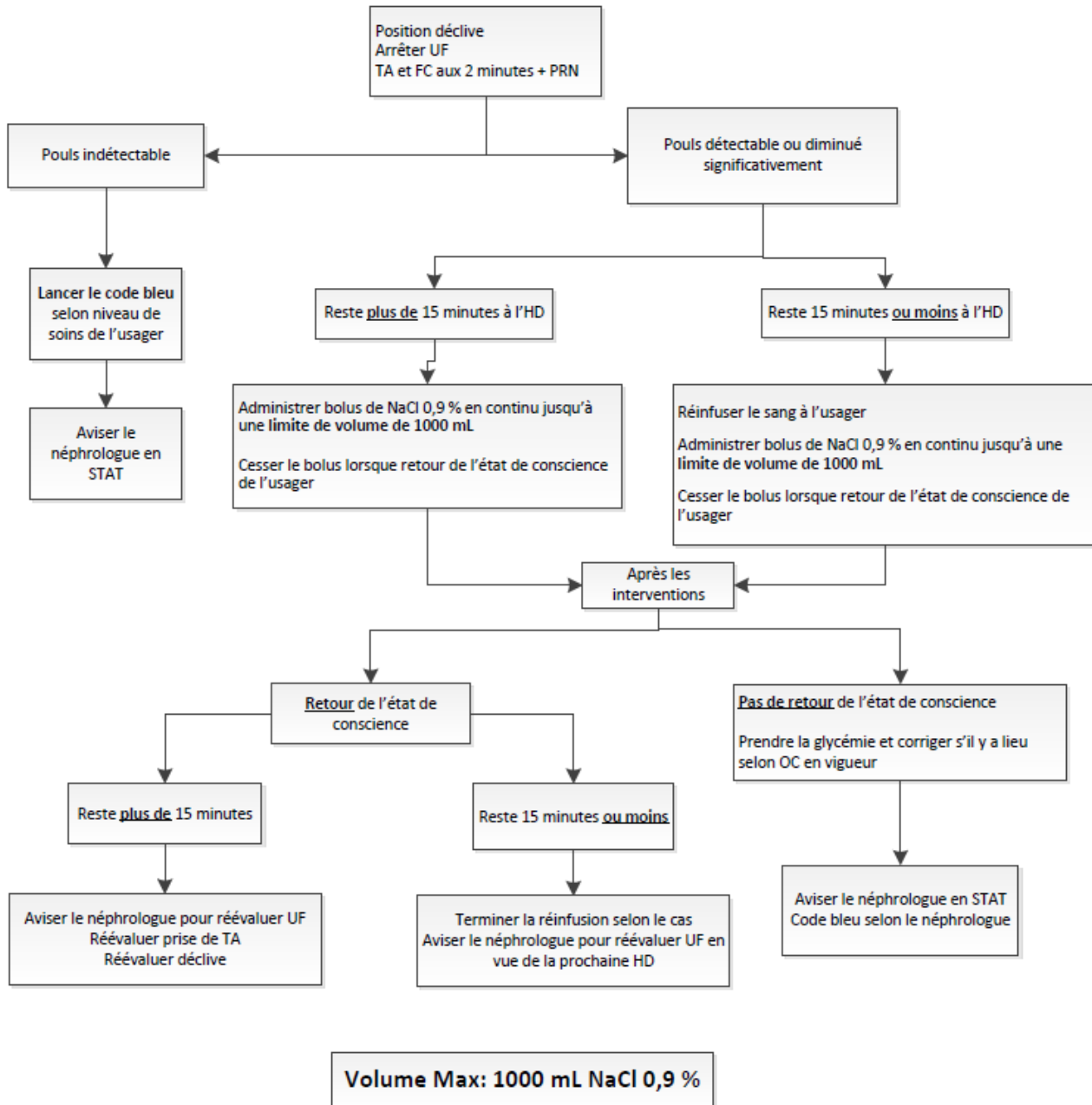
Administration du bolus de NaCl 0,9 % via la chambre artérielle;

Si HypoTA récidivante suite à une stabilisation/normalisation de la TA, reprendre les interventions inscrites en début d'algorithme, jusqu'à ce que l'utilisateur reçoive un maximum de 500 mL de NaCl 0,9 % par séance d'HD;

La réévaluation de l'UF dépend toujours de la condition clinique de l'utilisateur (UF max 1 à 1,2 L/h ou diminuer UF/h vs pré hypoTA);

La réévaluation de la fréquence de prise de TA et du maintien de la position déclive revient à l'infirmier(ère) selon son jugement clinique.

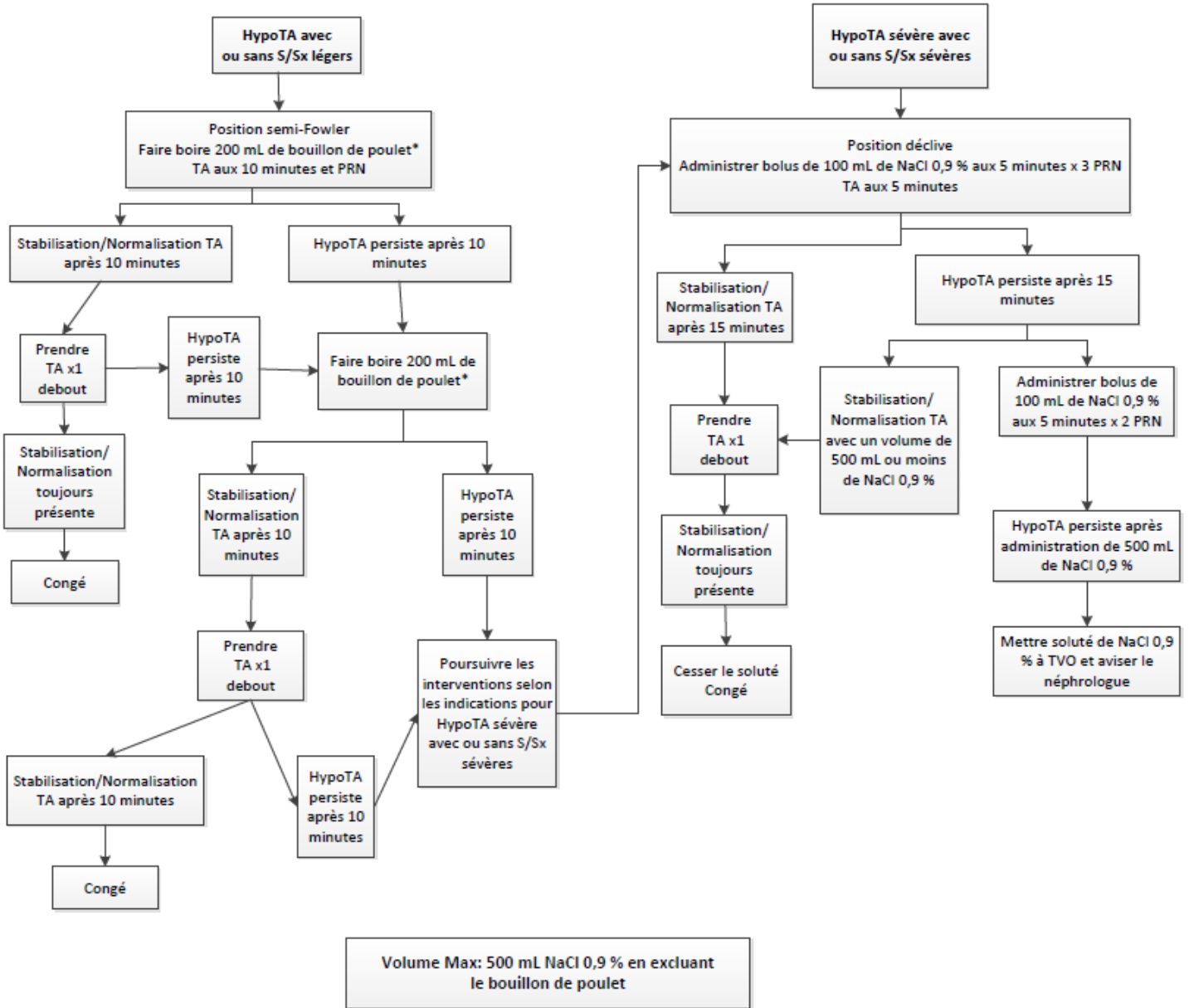
2.3 Algorithme # 3 : HypoTA sévère AVEC altération de l'état de conscience



Renseignements requis :

Stabilisation/Normalisation de la TA : TAS supérieure ou égale à 100 mmHg ou normalisation selon les valeurs antérieures de l'usager (valeur normale de l'usager dans le dossier RenalInsight);
 Administration du bolus de NaCl 0,9 % via la chambre artérielle;
 Si hypoTA récidivante suite à une stabilisation/normalisation de la TA, reprendre les interventions inscrites en début d'algorithme, jusqu'à ce que l'usager reçoive un maximum de 1000 mL de NaCl 0,9 % par séance d'HD;
 La réévaluation de l'UF dépend toujours de la condition clinique de l'usager (UF max 1 à 1,2 L/h ou diminuer UF/h vs pré hypoTA);
 La réévaluation de la fréquence de prise de TA et du maintien de la position déclive revient à l'infirmier(ère) selon son jugement clinique.

2.4 Algorithme # 4 : HypoTA avec ou sans S/Sx légers ou HypoTA sévère avec ou sans S/Sx sévères post-HD



Renseignements requis:

Stabilisation/Normalisation de la TA : TAS supérieure ou égale à 100 mmHg ou normalisation selon les valeurs antérieures de l'utilisateur (RenalInsight);

*Bouillon de poulet: mélanger du bouillon de poulet dont la teneur en sel est de 1 g de sodium à 200 mL d'eau chaude. L'administration du bouillon de poulet est basée sur une pratique locale ainsi que sur un consensus des experts du milieu et non sur des données probantes;

Administration du bolus de NaCl 0,9 % par voie périphérique ou utiliser l'accès vasculaire de l'utilisateur :

- Fistule artérioveineuse (FAV) native ou synthétique: Côté veineux sous pompe volumétrique;
- DAVC: Voie veineuse sous pompe volumétrique après avoir retiré le verrou de fermeture.

ENSEIGNEMENT ET INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

L'infirmier(ère):

- Transmet à la personne et/ou à ses proches l'information nécessaire sur le traitement pharmacologique amorcé et les mesures non pharmacologiques;
- Transmet à la personne et/ou à ses proches l'information nécessaire afin que l'utilisateur respecte sa limite liquidienne ainsi que sa diète pauvre en sel :
 - o Remet la documentation appropriée au besoin;
 - o Réfère à la nutritionniste selon le besoin.
- Évalue les causes possibles ayant pu contribuer à l'épisode d'hypoTA et en discute avec l'utilisateur et/ou le néphrologue le cas échéant :
 - o Diminution rapide ou excessive du volume liquidien;
 - o Ingestion d'aliments pendant le traitement d'HD;
 - o Anémie sévère (Hb inférieure à 90 g/L);
 - o Santé cardiovasculaire instable;
 - o Problèmes liés à la prise de médication antihypertensive ou de narcotique (ex. : timbre de nitroglycérine en place le jour de la dialyse, erreur de l'utilisateur dans sa prise d'hypotenseur, analgésie narcotique reçue dans les minutes précédant l'épisode d'hypoTA, etc.).

LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

Hypotension pré traitement selon les valeurs normales de l'utilisateur dans son dossier RenalInsight : aviser le néphrologue.

À tout moment, avant, pendant ou après l'initiation de la présente ordonnance collective, si :

- Instabilité hémodynamique;
- HypoTA persiste ou progresse malgré les interventions aux algorithmes;
- En tout temps lorsque l'utilisateur a déjà reçu 500 mL de NaCl 0,9 % selon les algorithmes #1 et 2 et que l'algorithme en cours indique qu'un volume supplémentaire serait requis;
- Si persistance de l'altération de l'état de conscience selon l'algorithme # 3;
- Altération de l'état de conscience sans hypoTA;
- Si l'utilisateur a reçu 500 mL de NaCl 0,9 % en excluant le bouillon de poulet selon l'algorithme # 4 et que l'hypoTA persiste;
- Si l'un ou l'autre des algorithmes 1 - 2 ou 3 sont initiés per-HD et que l'utilisateur fait une hypoTA en post-HD.

COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Non applicable.

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. (2020). Prise en charge du traitement de l'hypotension orthostatique de la personne âgée.

Centre intégré de santé et des services sociaux de Laval. (2016). Ordonnance collective OC-140 : Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques lors de complications pré ou per traitement d'hémodialyse ou de SLED aux soins critiques.

Centre intégré de santé et des services sociaux de Laval. (2016). Protocole infirmier. Prise en charge des complications pré, per et post traitement d'hémodialyse ou de SLED aux soins critiques.

CISSS de Lanaudière Nord. (2009). Ordonnance collective 10.15 : Initier le traitement de l'hypotension per-dialyse.

CISSS de Lanaudière Nord. (2009). Ordonnance collective 3.11 : Correction de l'hypoglycémie chez l'utilisateur diabétique.

CISSS de Lanaudière Sud. (2010). Ordonnance collective OC-2-B-lb-K: Traitement de l'hypotension chez un client hémodialysé.

CISSS de Lanaudière Sud. (2005). Ordonnance collective 2.02: Administrer un médicament hyperglycémiant chez un usager diabétique.

CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. (2010). Ordonnance collective : initier les soins et les traitements en présence d'hypotension chez un usager durant ou après un traitement de suppléance rénale.

Consensus des experts du milieu.

Comprehensive clinical nephrology 5th edition. (2015). Richard J. Johnson, Jonh Feehally, Jürgen Floege. Chapitre 95 p. 1084.

Core Curriculum for nephrology nursing, 5th edition. (2008). American Nephrology Nurses, S Association (ANNA). Chapitre 55 pages 704-707.

Daugirdas, J and al. (2007). Handbook of dialysis, Fourth Edition. Lippincott, Williams & Wilkins, chapter 10 p.170-176.

Jungers P. and al. (2004). L'insuffisance rénale chronique. Prévention et traitement. Chapitre 3 p. 91-92.

Kotanko et Henrich. Intradialytic hypotension in an otherwise stable patient. Up To Date. Consulté le 10 juillet 2018.

Kooman et al. (2007). EBPG guideline on haemodynamic instability. Nephrol Dial Transplant, 22 Suppl 2:ii22-44.

MSI : Évaluation de la respiration – Signes vitaux.

MSI : Évaluation de la pression artérielle – Signes vitaux.

MSI : Évaluation du pouls – Signes vitaux.

Sulowicz et Radziszewski. (2006). Pathogenesis and treatment of dialysis hypotension. Kidney International, 70, S36-S39.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Non applicable

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉPONDANT

En cas de problème ou pour toutes questions, contacter le néphrologue. En établissement, le néphrologue répondant est le néphrologue présent au service ou le néphrologue de garde assigné.

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

1. ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

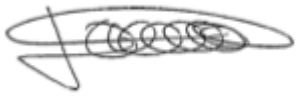
Caroline Bernèche, infirmière clinicienne
Roxanne Forget, pharmacienne
Sintia Guerrera, conseillère cadre en soins infirmiers
Dre Isabelle Létourneau, néphrologue
Dr Pierre Landry, néphrologue
Dre Lori Asselin-Thompson, néphrologue
Dre Lydia Benhocine, néphrologue
Dr Alexis Payette, néphrologue

2. VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

Comité des ordonnances collectives interdisciplinaires (COCI) du CISSS de Lanaudière
Comité de pharmacologie du CISSS de Lanaudière

3. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE

REPRÉSENTANT DU CMDP (EN ÉTABLISSEMENT)

Nom et prénom	Signature	Date
Ouellet, Jérôme		2022-03-15

4. RÉVISION

Date d'entrée en vigueur : mars 2022

Date de la dernière révision (si applicable) :

Date prévue de la prochaine révision : mars 2025

Signature du médecin répondant (si applicable) :

Signature :

Date :