CRÉATION D'UN PROTOCOLE DE SALLE SN GÉNÉRAL CHEZ L'ADULTE

1 Clinique CHC MontLégia
Pharmacie
2 Clinique CHC MontLégia
Cardiologie
4000 Liège, Belgique

B. Joly¹, D. Karsera², C. Collette², V. Limbort¹, I. Plancaq¹, C. Gaspard¹, A.-P. Jeghers¹

INTRODUCTION

L'arrivée de la prescription médicale informatisée (PMI) a mis en évidence une nécessité d'uniformiser les pratiques. Parmi celles-ci on retrouve l'utilisation de "protocoles de salle" qui sont des regroupements de prescriptions médicales « Si Nécessaires (SN) » et d'ordres médicaux validés.

Ceux-ci ont une fonction essentielle dans les services de soins. Ils standardisent les pratiques en fixant un cadre qui donne la possibilité au personnel infirmier de réagir rapidement et de façon autonome face à des situations quotidiennes définies. Ils possèdent également un rôle éducatif et structurant lors de la formation de nouveaux médecins.

Le défi qui a été relevé est le développement de nouveaux protocoles ou la formalisation de protocoles existants avec une validation pharmaceutique de leur contenu, leur encodage et leur traduction dans la PMI de façon à ce qu'ils soient faciles d'utilisation, compréhensibles et sécuritaires.

MÉTHODE

Un protocole de prescription « SN » général pour l'unité de soins de cardiologie a été discuté et créé en collaboration entre le pharmacien clinicien, les médecins et les infirmiers du service de cardiologie en juin 2018. Celui-ci comporte quatre volets principaux : gestion de la douleur, des pics hypertensifs, des hyperglycémies et de la constipation.

RÉSULTATS

Une première version a été validée et présentée aux équipes médicales et infirmières de cardiologie sous la forme d'un poster et d'un schéma de prescription unique dans la PMI.

Il a ensuite été présenté à d'autres spécialités médicales pour aboutir à un protocole validé par un ensemble de spécialités (cardiologie, néphrologie, endocrinologie et neurologie) en novembre 2018 (figure 1).

Sur le même modèle, des protocoles « SN » spécifiques ont également été réalisés en 2018 et 2019 pour la prise en charge des AVC ischémiques ou hémorragiques, des patients admis pour une coronarographie et la prise en charge gériatrique en général (figures 2, 3 et 4).

Fig. 2

Exemple : AVC ischémique, après 5-10 min la TA Syst. reste > 185 mmHg

Préparer une perfusion de Nicardipine Aguetant :

- 5 ampoules 10 mg/10 ml dans 250 ml de NaCl 0,9% (= V total de 300 ml)
- Dose initiale : 30 ml/h (= 5 mg/h)
- Toutes les 5-10 minutes, vérifier la TA et adapter le débit.

AVC ischémique	AVC hémorragique	Adaptation du débit
TA ≥ 185/110 mmHg	TA ≥ 150 mmHg	↗ le débit par tranche de 15 ml/h Δ Débit max: 90 ml/h
TA 160 – 180 mmHg	TA 120 – 149 mmHg	Pas d'adaptation du débit
TA < 160 mmHg	TA < 120 mmHg	↘ le débit pour revenir à 30 ml/h (débit initial) ou ↘ de 10 ml/h si déjà < 30ml/h
TA < 140 mmHg	-	↘ le débit pour atteindre 15 ml/h ou ↘ de 10 ml/h si déjà < 15 ml/h
TA < 120 mmHg	TA < 100 mmHg	Stop perfusion + surveillance de la TA

Prévenir médecin en cas d'administration, continuer administration jusqu'à arrêt selon protocole ou avis médical.

Fig. 3

Les cibles tensionnelles sont différentes selon le type d'AVC

AVC ischémique	AVC hémorragique	Adaptation du débit
TA ≥ 185/110 mmHg	TA ≥ 150 mmHg	↗ le débit par tranche de 15 ml/h Δ Débit max: 90 ml/h
TA 160 – 180 mmHg	TA 120 – 149 mmHg	Pas d'adaptation du débit
TA < 160 mmHg	TA < 120 mmHg	↘ le débit pour revenir à 30 ml/h (débit initial) ou ↘ de 10 ml/h si déjà < 30ml/h
TA < 140 mmHg	-	↘ le débit pour atteindre 15 ml/h ou ↘ de 10 ml/h si déjà < 15 ml/h

Nitrolingual Pumpspray 0,4 mg/puff :

- 1 puff sous la langue, refaire 1 puff ½ h après si TA reste ≥ 160/100 mmHg
- Avant administration: amener/pulvériser le dispositif à l'air de manière à vérifier l'expulsion de liquide
- Si TA résistante: prévenir médecin

Catapressan 150 µg en SC: ADMINISTRATION SUR AVIS MÉDICAL

Fig. 4

Protocoles de salle Gériatrie (2A-2B) page 1/2
Prescription PMI : « Protocole de salle SN (Gériatrie) »

Protocoles de salle Gériatrie (2A-2B) page 2/2
Prescription PMI : « Protocole de salle SN (Gériatrie) »

Hypoglycémie
Glycémie entre 0,45 g/L et 0,6 g/L :
Resucrage oral (sucres rapides, Coca ... et lents (tartines))
Transmettre l'information au médecin
Recontrôler après une heure

Hyperglycémie :
Correction de la glycémie en dehors des heures d'administration des ADO ou des insulines
si prescription présente dans la PMI
Correction à l'Actrapid en Sous-Cutané, dose (Unités) en fonction de la glycémie :

Glycémie (g/L)	Patient sans insuline chronique (avec ou sans ADO)	Patient traité par insuline en chronique
> 2,5 g/L	4 U	6 U
> 3 g/L	6 U	8 U
> 3,5 g/L	8 U	10 U
> 4 g/L	10 U	12 U
> 4,5 g/L	12 U	16 U

Recontrôler la glycémie après 3h et reprendre le schéma de correction SN
Transmettre l'information au médecin

Hydratation
Objectif d'hydratation : 1250 ml/jour en Per Os en l'absence d'une restriction hydrique (prescrite) ou d'une hydratation intraveineuse
A 20 h, si prescription dans PMI, lancer une hypodermoclyse dans les cas suivants :
• Apport journalier Per Os < 1 L
• 1 poche de 500 ml de NaCl 0,9% en 12 h
• Apport journalier Per Os < 500 ml :
• 2 poches de 500 ml de NaCl 0,9% en 12h sur deux sites différents
JAMAIS DE GLUCOSE 5% EN HYPODERMOCYSE PEUT PROVOQUER DES NECROSES !!

Hyperthermie (T° > 37,8)
Si prescription dans PMI :
• 1 cp de Dafalgan 1gr
• ou Paracetamol IV 1 gr (si administration orale impossible ou voie IV disponible)
• Suivre la T°
• Appliquer le protocole institutionnel d'hémocultures
• Prévenir un RUSUCU
Pas d'hémoculture à être instaurée moins de 48 h auparavant
Prévenir le médecin

Constipation
Vérifier tous les jours à 20h les dernières selles du patient. Si prescription dans PMI :
• Absence de selles > 48 heures : 2 sachets de Movicol à 20 h
• Après 2 jours de Movicol, faire un Lavement Phosphate à 8 h du matin
Transmettre l'information au médecin

Confusion aiguë
Vérifier :
• PA, FC, SaO₂, T° et Glycémie
• Douleur ?
• Dernières selles et urines (diurèse, bladder scan ?)
• Une nouvelle médication ou une modification de posologie a-t-elle été initiée ?
Prévenir médecin référent ou médecin de garde pour la suite de la prise en charge

Agitation
Vérifier :
• PA, FC, SaO₂, T° et Glycémie
• Douleur ?
• Dernières selles et urines (diurèse, bladder scan ?)
• Une nouvelle médication ou une modification de posologie a-t-elle été initiée ?
Si prescription dans PMI :
• Patient collaborant : 5 gouttes d'Haldol per os (= 0,5 mg) (max 4x/j à 6 h d'intervalle)
• Si refus / inefficacité : 0,5 ampoule de Déhydrozépéridol (DHP) 5 mg en IM (max 3x/j à 6 h d'intervalle), SAUF si patient sous anticoagulants :
• Orais (Sintrom, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Apixiban, Marevan, Marcoumar)
• Parentéraux (Clexane 2x/j, Orgaran, iminhep)
Prévenir médecin référent ou médecin de garde pour la suite de la prise en charge

Retrait sonde urinaire
• Faire un bladder post - mictionnel le soir ainsi que matin et soir le lendemain
si ≥ 350 ml => faire un in / out

Hypertension
TA Syst. > 170 ou TA Diast. > 110 mmHg
→ Voir protocole spécifique (poster)
« Protocole hypertension spécifique SN (Gériatrie) »
Version résumée :
Ta Syst. > 170 mmHg ou Ta diast. > 110 mmHg
Symptomatique : Contacter le médecin de salle ou le gériatre de garde
Asymptomatique : Si prescrit dans la PMI : → Faire 2 puffs de Nitrolingual

Désaturation en O₂
SaO₂ < 90% :
• O₂ aux lunettes à 1 – 3 L/min
• Contrôler la SaO₂ après 30 minutes
SaO₂ < 86% ou inefficacité des lunettes :
• O₂ au masque à minimum 5 L/min
Prévenir le médecin si pas d'amélioration
Objectifs :
• BPCO : SaO₂ min. 86 %
• Non BPCO : SaO₂ > 90 %
Rappel : Un BPCO peut brièvement recevoir un débit O₂ > 3 L/min (mais cela ne doit pas dépasser 20 min)

CONCLUSION

En 2020 et 2021, ces protocoles sont utilisés quotidiennement et représentent un des avantages majeurs de la prescription médicale informatisée.