

## PROTOCOLE DE SOINS (P. S.)

**OBJET : DÉPRESSION RESPIRATOIRE**

**CODE : P. S. 46**

**DÉFINITION :** Réduction de la fréquence et de l'amplitude respiratoire pouvant s'accompagner de forts ronflements ou de périodes d'apnée et par une diminution de la saturation pulsatile en oxygène (SpO<sub>2</sub>) inférieure à 92 % ou inférieure de 4 % de la valeur personnelle de base de l'usager; elle est également précédée d'une somnolence importante.

**ACCEPTÉ PAR :**

**Comité de pharmacologie :**

**2008-10-29**

**Exécutif du CMDP :**

**2009-01-22**

**Exécutif du CII :**

**2008-12-11**

**Révisée le : 2015-02-04**

### PROCÉDURES D'INTERVENTIONS

#### PARAMÈTRES DE SOINS ET DE SURVEILLANCE ET ORDONNANCES MÉDICALES

##### Utilisateurs

- Infirmières des urgences
- Infirmières des centres d'hébergement.
- Infirmières de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

##### Clientèle visée

- Urgences (à l'exception des soins palliatifs en phase terminale).
- Centres d'hébergement (à l'exception des soins palliatifs en phase terminale).
- URFI.

##### Indications

- Usager recevant sous forme parentérale (I.V., I.M., S.C.), per os, sublingual ou transdermique un opiacé combiné ou non avec tout autre médicament à effet dépressif sur le système nerveux central (SNC).
- Initiation d'un opiacé.
- Changement de dose (supérieur à 50 %) d'un opiacé, de voie d'administration ou de molécule.
- Usager victime d'une erreur de médication d'un narcotique **peu importe la dose et la voie d'administration.**

#### PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE CLINIQUE

<b>Paramètres</b>	↕	Intensité de la douleur
	↕	Degré de sédation (annexe 3)
	↕	État respiratoire : fréquence, rythme et amplitude
	↕	Ronflements
	↕	Saturation pulsatile en oxygène (SpO <sub>2</sub> )
	↕	Signes vitaux
<b>Fréquence</b>	↕	Fréquence de la surveillance varie selon le mode d'administration (algorithmes A et B).

#### Alerte nursing

1. Un usager qui ronfle après lui avoir administré un opiacé, seul ou avec d'autres médicaments dépresseurs du SNC, doit faire l'objet d'une surveillance de la part de l'infirmière.
2. La SpO<sub>2</sub> est fiable seulement pour les usagers qui ne sont pas sous O<sub>2</sub>. Elle ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire.
3. La médication qui a un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC) augmente le risque de dépression respiratoire (annexe 1). L'infirmière doit donc demeurer vigilante et surveiller rigoureusement les signes de complication.
4. Le protocole exclut la surveillance clinique des usagers qui reçoivent des opiacés par les autres voies d'administration telles que l'intrathécale et l'épidurale ainsi que la surveillance des usagers qui contrôlent eux-mêmes la prise de leurs médicaments à l'aide de la pompe ACP (analgésie contrôlée par l'usager).

## Clientèles à risque

- Bébé de moins de six mois.
- Personne âgée de plus de 70 ans.
- Personne naïve aux opiacés (prise d'un nouvel opiacé débutée depuis moins d'une semaine)
- Personne souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- Personne souffrant d'apnée du sommeil.
- Personne souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique.
- Personne éprouvant une douleur intense qui cesse subitement.
- Personne ayant subi un traumatisme crânien.
- Personne souffrant d'obésité morbide (IMC supérieur à 35).
- Personne qui prend d'autres médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC.

## Mesures préventives

1. Utiliser de façon concomitante un opiacé avec un analgésique non-opiacé (annexe 1).
2. Éviter d'administrer simultanément plusieurs médicaments entraînant une dépression du système nerveux central (SNC) (annexe 1).
3. Commencer l'administration d'un opiacé en augmentant la dose graduellement.
4. Installer l'usager en position latérale, la tête du lit à 30° pendant son sommeil.
5. Connaître le pic et la durée d'action des opiacés (annexe 2).

## Paramètres de soins

### Interventions prioritaires lors d'une détérioration de l'état de santé de l'usager

#### Degré de sédation supérieur à 2

1. Arrêter la perfusion continue de l'analgésique opiacé ou retirer le timbre ou omettre la prochaine dose de l'analgésique opiacé.
2. Aviser le médecin dès que possible.
3. Dégager les voies respiratoires.
4. Administrer l'oxygène selon le besoin de l'usager.
5. Demander à l'usager de prendre de grandes respirations aux 15 minutes.
6. Élever la tête du lit à 30°.
7. Installer l'usager en position latérale si vomissements.
8. Administrer du naloxone (Narcan<sup>MC</sup>) PRN selon l'ordonnance collective O.C.-46,

### Enseignement à l'usager/famille avant le départ de l'usager

1. S'assurer d'une présence auprès de l'usager pour une période minimale de 24 heures.
2. Enseignement requis sur la prise de médication, la fréquence d'administration, les effets secondaires à surveiller et les interactions médicamenteuses.
3. Remettre les coordonnées des services d'urgence si besoin (Info-santé : 811 - Urgence : 911).

## ORDONNANCE COLLECTIVE (O.C. 46 NALOXONE)

### INFORMATION SUR LA MÉDICATION UTILISÉE -

**Classification :** Antidote antagoniste des opiacés (*morphine, mépéridine (Démérol<sup>MC</sup>), hydromorphone (Dilaudid<sup>MC</sup>), oxycodone etc.*)

**Mécanisme d'action :** Antagonise les effets des opiacés aux mêmes sites récepteurs.

**Profil d'action :** Début d'action : 1 – 2 minutes  
Pic d'action : 5 minutes  
Durée d'action (*après une dose*) : I.V. : 20 – 60 minutes ; I.M.-S.C. : 150 – 180 minutes

**Indication :** Pour renverser la dépression respiratoire induite par les opiacés.

**Dose suggérée :** Adulte : 0,1 – 0,4 mg - Pédiatrique 0,01 mg/kg

**Présentation :** AMPOULE 0,4 mg / mL, format de 1 mL

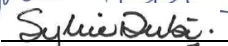
**Ce médicament peut être administré par voie intraveineuse, sous-cutanée et intramusculaire. Le CSSS de Portneuf privilégie la voie SC si la voie IV est non disponible.**

Signature (président du CMDP) :



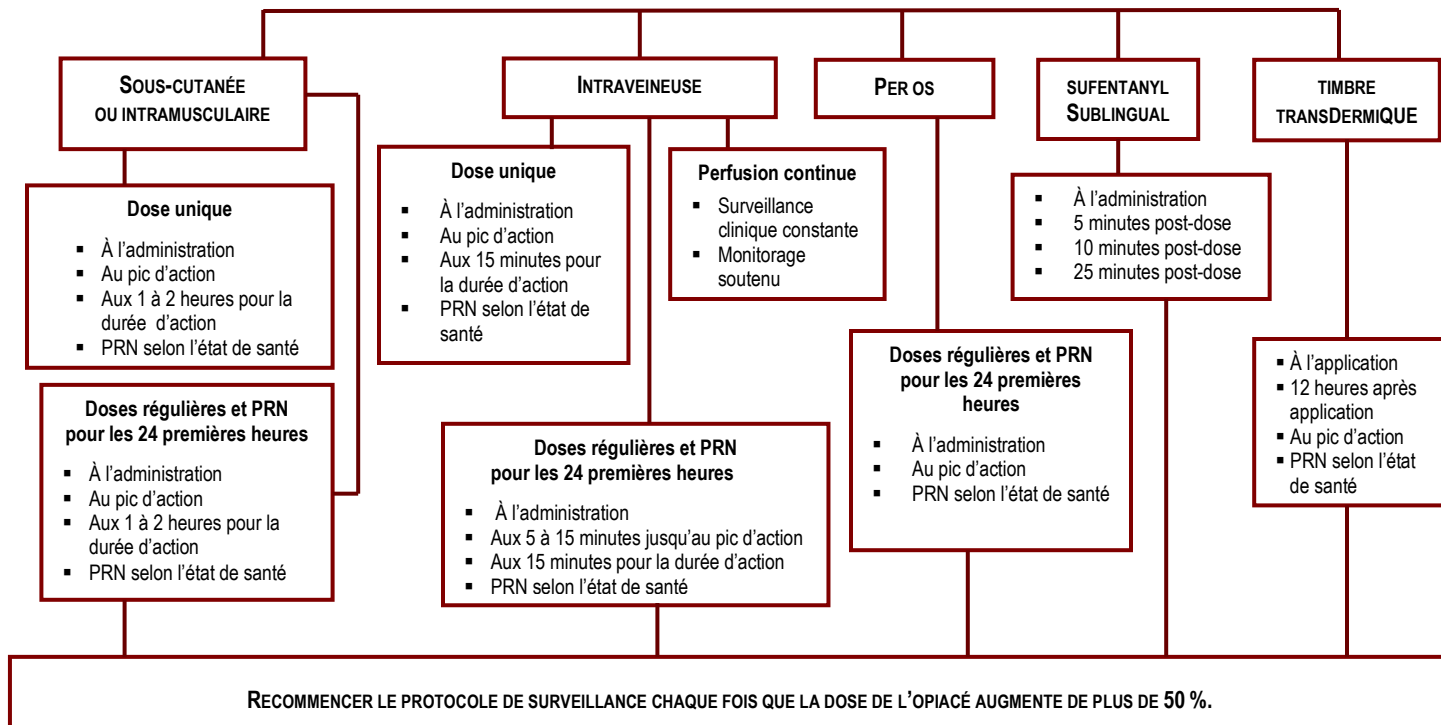
Date : 2015-03-31

Signature (Directrice des soins infirmiers) :



Date : 2015-03-24

## Surveillance clinique de la dépression respiratoire lors de l'initiation d'un opiacé ou lors d'un changement de dose, de voie d'administration ou de molécule



### Paramètres de surveillance des opiacés

- Évaluer la douleur selon la règle de soins infirmiers RS-11 « *Évaluation de la douleur* » et compléter le formulaire « *Paramètres évaluation de la douleur (PQRST)* » AR-388.
- Évaluer le degré de sédation (annexe 3).
- Évaluer l'état respiratoire : fréquence, rythme, amplitude.
- Surveiller l'apparition de ronflements.
- Évaluer la saturation pulsatile en oxygène (SpO<sub>2</sub>) : si inférieure à 92 % ou inférieure à 4 % de la valeur personnelle de base de l'utilisateur, cela peut indiquer une dépression respiratoire.
- Prendre les signes vitaux (TA, pls) 1 fois par quart de travail ou plus selon l'état de santé de l'utilisateur.
- Vérifier le pic et la durée d'action de l'opiacé pour cibler la surveillance (annexe 2).
- Évaluer les effets secondaires autres que la dépression respiratoire et les noter au dossier de l'utilisateur.
- Compléter le formulaire « *Grille de surveillance des usagers recevant des analgésiques narcotiques* » AR-358.

Assurer une surveillance plus fréquente si on observe de forts ronflements, des périodes d'apnée et une diminution significative de la fréquence et de l'amplitude respiratoire. Aviser le médecin dès que possible.

### ALERTE

- Si degré de sédation supérieur à 2, ou FR inférieure à 8/minute, ou encore SpO<sub>2</sub> inférieure à 92 % ou inférieure de 4 % de la valeur personnelle de base, aviser le médecin et débiter les interventions prioritaires.
- La durée d'action de l'opiacé peut doubler en présence d'insuffisance rénale et hépatique pour la voie d'administration intramusculaire et sous-cutanée.
- La SpO<sub>2</sub> est fiable seulement pour les usagers qui ne sont pas sous O<sub>2</sub>. Elle ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire.

Inspiré du protocole infirmier 01-2006: Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale ou si pertinent, de médicament ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) décembre 2006.

## Surveillance clinique de la dépression respiratoire chez un usager victime d'une erreur de médication narcotique peu importe la voie d'administration

- Évaluer l'usager au moment de la prise de conscience de l'erreur.
- Estimer le temps passé depuis l'administration.
- Évaluer le pic et la durée d'action du ou des médicaments concernés (si délai non dépassé).
- Exercer la surveillance clinique aux heures de la douleur, du degré de sédation et de l'état respiratoire pour la durée d'élimination du médicament, selon la pertinence et l'état de santé de l'usager.

**Comprimé longue action aux  
12 heures :**  
Aux 15 à 30 minutes X 12 heures

**Comprimé longue action aux  
24 heures :**  
Aux 15 à 30 minutes X 24 heures

**Timbre de Fentanyl :**  
*Retirer le timbre*  
Aux 15 à 30 minutes X 12 heures

**Voie parentérale:**  
Aux 15 à 30 minutes X 6 heures

### Paramètres de surveillance des opiacés

- Évaluer la douleur selon la règle de soins infirmiers RS-11 « *Évaluation de la douleur* » et compléter le formulaire « *Paramètres évaluation de la douleur (PQRST)* » AR-388.
- Évaluer le degré de sédation (annexe 3).
- Évaluer l'état respiratoire : fréquence, rythme, amplitude.
- Surveiller l'apparition de ronflements.
- Évaluer la saturation pulsatile en oxygène (SPO<sub>2</sub>) : si inférieure à 92 % ou inférieure à 4 % de la valeur personnelle de base de l'usager, cela peut indiquer une dépression respiratoire.
- Prendre les signes vitaux (TA, pls) 1 fois par quart de travail ou plus selon l'état de santé de l'usager.
- Vérifier le pic et la durée d'action de l'opiacé pour cibler la surveillance (annexe 2).
- Évaluer les effets secondaires autres que la dépression respiratoire et les noter au dossier de l'usager.
- Compléter le formulaire « *Grille de surveillance des usagers recevant des analgésiques narcotiques* » AR-358.

Assurer une surveillance plus fréquente si on observe de forts ronflements, des périodes d'apnée et une diminution significative de la fréquence et de l'amplitude respiratoire. Aviser le médecin dès que possible.

### ALERTE

- Si degré de sédation supérieur à 2, ou FR inférieure à 8/minute, ou encore SpO<sub>2</sub> inférieure à 92 % ou inférieure de 4 % de la valeur personnelle de base, aviser le médecin et débiter les interventions prioritaires.
- La durée d'action de l'opiacé peut doubler en présence d'insuffisance rénale et hépatique pour la voie d'administration intramusculaire et sous-cutanée.
- La SpO<sub>2</sub> est fiable seulement pour les usagers qui ne sont pas sous O<sub>2</sub>. Elle ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire.

*Inspiré du protocole infirmier 01-2006: Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale ou si pertinent, de médicament ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC) décembre 2006.*

**RÉFÉRENCES :**

- Collège des médecins du Québec (CMQ). *L'analgésie à l'urgence : lignes directrices*, Montréal, CMQ, mars 2006.
- GÉLINAS, C. *Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments. Perspective infirmière*, novembre/décembre 2004 – Vol. 2 p. 23-27
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *Protocole infirmier : Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*, décembre 2006
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Utilisation des opiacés en milieu hospitalier. Rapport du groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés. Gouvernement du Québec*, 2006
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*, 2<sup>e</sup> édition, 2009.
- RACICOT Julie. *Guide d'administration intraveineuse des drogues critiques*, Hôpital Laval, Québec, 3<sup>e</sup> édition, 2003, p.63.
- GILBERT, Suzanne. *Institut universitaire de gériatrie de Montréal*, 2006-11-01
- YANTIS, M.A. *Obstruction sleep apnea syndrome*, American Journal of nursing, col. 102, n° 6, juin 2002.

*Document en lien avec l'ordonnance collective et le protocole de soins 46 : Programme de gestion de la douleur disponible sur intranet.*

CLASSES MÉDICAMENTEUSES AYANT UN EFFET DÉPRESSIF SUR LE SNC		
CLASSE MÉDICAMENTEUSE	PROPRIÉTÉS (EFFETS RECHERCHÉS)	EFFETS SECONDAIRES NÉFASTES
Opiacés analgésiques – agonistes $\mu$ (p. ex. : morphine, fentanyl, hydromorphone, codéine, mépéridine, hydrocodone, méthadone, oxycodone, tapentadol, buprénorphine, tramadol)	Propriété principale : analgésique  Autres propriétés bénéfiques : anxiolytique et sédatif (Levine, 1994).	Sédation importante Confusion Dépression respiratoire Nausée / vomissement Constipation Prurit Rétention urinaire Convulsions Étourdissements Somnolence
Benzodiazépines (p. ex. : diazépam, lorazépam, midazolam)	Anxiolytique Hypnotique Myorelaxante Anticonvulsivante	Dépression respiratoire Hypotension Bradycardie
Propofol®	Sédative Hypnotique	Dépression respiratoire Hypotension Bradycardie Hyperlipidémie Choc septique
Barbituriques (p. ex. : thiopental, sécobarbital, phénobarbital). (Lehne, 2004).	Sédative Hypnotique Également utiles dans le traitement des convulsions et de l'hypertension intracrânienne.	Dépression respiratoire Hyperalgésie Excitation
Neuroleptiques (p.ex. : halopéridol, dropéridol) (Lehne, 2004).	Sédative Antipsychotique	Dépression SNC Hypotension Arythmie (torsades de pointe) Effets extrapyramidaux (dystonie, akathisie)
Antidépresseurs tricycliques (p. ex. : amitriptyline, clomipramine, doxépin). (Lehne, 2004).	Antidépresseur Peut être utilisé comme adjuvant dans le traitement de la douleur chronique.	Sédation, hypotension Effets anticholinergiques (p. ex. : sécheresse de la bouche, vision trouble, photophobie, constipation, rétention urinaire, tachycardie). Diaphorèse, toxicité cardiaque et convulsions
Antiémétiques (p. ex. : phénothiazines tels le prométhazine, le diményhydrinate, le métoclopramide, l'ondansétron). (Lehne, 2004).	Antiémétique	Sédation, hypotension Étourdissements Effets anticholinergiques Effets extrapyramidaux Diarrhée (métoclopramide, car augmente la motilité gastro-intestinale).
Antihistaminiques H <sub>1</sub> (p. ex. : pipéridines, phénothiazines, éthylénédiamines, éthanolamines, alkylamines). H <sub>2</sub> (p. ex. : cimétidine, ranitidine, famotidine, nizatidine). (Lehne, 2004)  <b>Note</b> : l'hydroxyzine est un antihistaminique H <sub>1</sub> utilisé surtout pour ses effets anxiolytique et sédatif. <b>Référence</b> : Gélinas, Céline. Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments – Perspective infirmière Nov/Déc 2006 p.23-27.	Traitement de l'allergie (H <sub>1</sub> ) Traitement des problèmes gastriques (H <sub>2</sub> : ulcères, reflux gastro-œsophagien)	H <sub>1</sub> et H <sub>2</sub> Sédation Confusion, agitation H <sub>1</sub> : Perte d'appétit Nausée / vomissement Diarrhée / constipation Effets anticholinergiques H <sub>2</sub> : Effets antiandrogéniques (gynécomastie, perte de libido, impuissance)

Référence : Gélinas, Céline. Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments – Perspective infirmière Nov/Déc 2006 p.23-27.

Mise à jour 2014-11-17

## PIC D'ACTION DES OPIACÉS

Médicament	Voie d'administration	Début d'action	Pic d'action	Durée d'action
<b>Codéine</b>	Orale courte action	30-60 min	1-1,5 h	4-6 h
	Orale longue action (Contin <sup>mc</sup> )	30-60 min	3-4 h	12 h
	S.C.	15-30 min	30-60 min	4-6 h
	I.M.	10-30 min	30-60 min	4-6 h
<b>Méperidine</b>	I.V.	10-15 min	15 min	2-4 h
	I.M./S.C.	10-15 min	30-60 min	2-4 h
	Orale courte action	30 min.	2 h	2-4 h
<b>Hydromorphe</b> 5 fois plus puissant que la morphine	Orale courte action (Dilaudid <sup>mc</sup> )	15-30 min	30-60 min	4-5 h
	Orale longue action 12 h (Contin <sup>mc</sup> )	15-30 min	4-5 h	12h
	Orale longue action 24 h (Jurnista <sup>mc</sup> )	15-30 min	Environ 8 h	24 h
	S.C. et I.M.	15 min	30-60 min	Supérieur à 5 h
	I.V.	5-10 min	15 min	4-5 h
<b>Morphine</b>	Orale courte action Comprimé (IR <sup>mc</sup> , Statex <sup>mc</sup> )	30 min	60 min	4-5 h
	Orale courte action liquide Sublinguale	20 min 2 min	60 min Non disponible	4-5 h Non disponible
	Orale longue action 12 h (M-Eslon <sup>mc</sup> , MsContin <sup>mc</sup> )	60 min	4-5 h	12 h
	Orale longue action 24 h (Kadian <sup>mc</sup> )	60 min	10 h	24 h
	S.C.	15-20 min	30-60 min	4-5 h
	I.M.	15-20 min	30-60 min	4-5 h
	I.V.	5-10 min	15 min	4-5 h
<b>Oxycodone</b>	Orale courte action (Supeudol <sup>mc</sup> )	10-15 min	30-60 min	3-6 h
	Orale longue action 12 h (Oxy contin <sup>mc</sup> )	10-15 min	3 h	12 h
<b>Tramadol/acétaminophène</b>	Orale courte action (Tramacet <sup>mc</sup> )	Inférieur à 60 min	2-3 h	Jusqu'à 9 h
<b>Tramadol</b>	Orale courte action (Ultram <sup>mc</sup> )	Inférieur à 60 min	2-3 h	4-6 h
	Orale longue action 24 h (Zytram XL <sup>mc</sup> , Tridural <sup>mc</sup> )	1 h	4-8 h	24 h
<b>Fentanyl</b>	Transdermique 100 fois plus puissant que morphine	6-8 h	24 h	72 h
	I.M.	7-15 min	Non disponible	1-2 h
	I.V.	Immédiat	5-15 min	30-60 min
	Transmuqueuse	5-15 min	15-30 min	Selon niveau sanguin
<b>Sufentanyl</b>	Sublinguale 1000 fois plus puissant que morphine	3-5 min	—	10-25 min
<b>Méthadone</b>	Orale courte action	30-60 min	1,5 – 2 h	24-36 h
<b>Buprénorphine</b>	Transdermique (Butrans <sup>mc</sup> )	Non disponible	3 j	7 j
<b>Tapentadol</b>	Orale courte action (Nucynta IR <sup>mc</sup> )	Non disponible	1,25 h	4-6 h
	Orale longue action 12 h (Nucynta CR <sup>mc</sup> )	Non disponible	3-6 h	12 h

Références : Gilbert Suzanne, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2006-11-01  
Collège des médecins du Québec, L'analgesique à l'urgence : Lignes directrices, mars 2006.

DSI-Protocole de soins-P.S. 46-Annexe 2 Pic d'action des opioïdes 2014-07-16



## Surveillance des usagers recevant des analgésiques narcotiques

### Paramètres de surveillance clinique

	↺	Intensité de la douleur
	↺	Degré de sédation (échelle de sédation)
	↺	État respiratoire : fréquence, rythme et amplitude respiratoire
	↺	Ronflements
	↺	Saturation pulsatile en oxygène (SpO <sub>2</sub> )
	↺	Signes vitaux
Fréquence	↺	La fréquence de la surveillance varie selon le mode d'administration (algorithmes A et B)

### Alerte

1. Un usager qui ronfle après lui avoir administré un opiacé, seul ou avec d'autres médicaments de dépression du SNC, doit faire l'objet d'une surveillance de la part de l'infirmière.
2. Le monitoring de la SpO<sub>2</sub> est fiable seulement pour les usagers qui ne sont pas sous O<sub>2</sub>. Il ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire.

### Échelle numérique de douleur

0	Aucune
2	Légère
4	Inconfortable
6	Pénible
8	Horrible
10	Insupportable

### Degré de sédation

S	Sommeil normal, éveil facile
1	Éveillé et alerte
2	Parfois somnolent, éveil facile
3	Somnolent, s'éveille mais s'endort durant la conversation.
4	Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation

### Interventions prioritaires lors d'une détérioration de l'état de santé de l'usager Degré de sédation supérieur à 2

1	Arrêter la perfusion continue de l'analgésique opiacé ou retirer le timbre ou omettre la prochaine dose de l'analgésique opiacé
2	Aviser le médecin dès que possible
3	Dégager les voies respiratoires
4	Administrer l'oxygène selon le besoin de l'usager
5	Demander à l'usager de prendre de grandes respirations
6	Élever la tête du lit à 30°
7	Installer l'usager en position latérale si vomissements
8	Administrer du naloxone (Narcan <sup>MC</sup> ), PRN, selon l'ordonnance collective O.C.-46

### Effets secondaires

0	Absence
1	Présence, (documenter au dossier)

### Amplitude respiratoire

N	Normale
S	Superficielle
P	Profonde