

ORDONNANCE COLLECTIVE

Code : OC-11

Date d'émission : 25 février 2009

Date de révision : septembre 2018

Référence à un protocole de soins infirmiers
OUI NON

Objet : Initier l'administration de la naloxone

	ADOPTION	RÉVISION
Rédigée par : Direction de la qualité des services et des soins, de l'enseignement et de la recherche et le département de pharmacie, le	15 septembre 2008	22 janvier 2013
Recommandée par : Comité des protocoles et des ordonnances collectives,	27 octobre 2008	28 janvier 2013 et 15 avril 2013
L'exécutif du CII, le	28 janvier 2009	1 mai 2013
Comité de pharmacologie, le	5 février 2009	
Adoptée par : Comité exécutif du CMDP, le	25 février 2009	4 décembre 2013

Professionnels habilités

Infirmières¹ du CSSSQN.

Secteur(s) d'activité(s) visé(s)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Service santé courant | <input checked="" type="checkbox"/> SAD | |
| <input checked="" type="checkbox"/> UTRF | <input type="checkbox"/> Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> Hébergement |
| <input type="checkbox"/> FEJ – périnatalité | <input type="checkbox"/> GMF du CSSS de Québec-Nord | |
| <input type="checkbox"/> FEJ – scolaire | <input type="checkbox"/> UMF | <input checked="" type="checkbox"/> Urgence |

Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visée

Usager de plus de 18 ans qui, suite à l'administration d'un analgésique opiacé, présente une diminution significative de la fréquence respiratoire, est difficilement éveillable ou inconscient, ou présente une diminution de la saturation en oxygène.

Activités réservées dans le cadre du champ d'exercice infirmier

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
Administer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Indication/condition d'initiation

- Signes cliniques d'intoxication aux opiacés, notamment :
 - Dépression respiratoire (**consécutif à l'administration d'un opiacé**, définie par une fréquence respiratoire <8/min, et qui ne fait pas partie du processus de fin de vie)
 - Apnée
 - Somnolence
 - Hypotension
 - Myosis, flaccidité musculaire, peau moite ou froide
 - Bradycardie
 - Coma
 - Ronflements

- Surdosage aux opiacés dont :
 - Naturels et semi-naturels : morphine, codéine, hydromorphone (Dilaudid^{MD}), oxycodone (Supeudol^{MD}, Oxycontin^{MD}), hydrocodone;
 - Synthétiques : mépéridine (Demerol^{MD}), fentanyl (Duragésic^{MD});
 - Analgésiques agoniste-antagonistes : nalbuphine (Nubain^{MD}), pentazocine (Talwin^{MD}), butorphanol (Stadol^{MD});
 - Tramadol (Tramacet^{MD}, Zytram XL^{MD}, Tridural^{MD}, Ralivia^{MD});
 - Méthadone.

Intention thérapeutique

- Renverser les effets indésirables des opiacés;
- Prévenir ou annuler la dépression respiratoire, la sédation et l'hypotension.

Contre-indications / Limites / Référence au médecin

- Hypersensibilité documentée à la naloxone.



Alerte nursing

Clientèle en soins palliatif : Une attention doit être portée afin de différencier une situation clinique d'intoxication aux opiacés vs une situation de fin de vie qui ne nécessite pas l'application de cette ordonnance collective.

Effets secondaires possibles

- Tremblements, hyperventilation;
- Nausées et vomissements lors d'utilisation de doses élevées;
- Renversement de l'analgésie : se présente chez les usagers ayant reçu un opiacé pour douleur aiguë ou chronique. Un risque d'exacerbation brutale de la douleur peut survenir chez ces personnes;
- Syndrome de retrait (se présente chez un usager recevant des opiacés à haute dose et/ou depuis longtemps et/ou chez un narcomane) : nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées, larmoiements, rhinorrhée, bâillements, mydriase, sudation, tremblements, agitation, irritabilité, confusion, tachycardie, hypertension. Rarement, la tachycardie et l'hypertension peuvent conduire à de l'œdème pulmonaire ou des arythmies. La gravité et la durée du « syndrome de retrait » sont dépendantes de la dose d'opiacés utilisés ainsi que la durée d'administration.



Alerte nursing

Autre : la naloxone n'antagonise pas les effets pro-convulsifs des opiacés et pourrait exacerber les convulsions reliées à un surdosage de mépéridine et de tramadol.

Interactions médicamenteuses

Aucune interaction connue.

Informations complémentaires : Pharmacologie de la naloxone

- La naloxone est un antagoniste des opiacés. En l'absence d'opiacé, elle n'exerce essentiellement aucune activité pharmacologique;
- Elle renverse rapidement les effets d'une surdose aux opiacés. En quelques instants, elle améliore la fréquence et l'amplitude de la respiration ainsi que l'état de conscience;
- Le diagnostic d'une toxicité induite ou partiellement induite par les opiacés devrait être remis en question si aucune amélioration clinique n'a été observée après l'administration de 10 mg de naloxone;

"Toute reproduction pour fin d'utilisation en dehors du CSSSQN est interdite."

PARAMÈTRES PHARMACOCINÉTIQUES DE LA NALOXONE SELON LES DIFFÉRENTES VOIES D'ADMINISTRATION			
Voie d'administration	Début d'action	Durée d'action	Pic d'action
IV	1-3 minutes	20-90 minutes	5 min
IM	2-5 minutes	60-120 minutes	N.D.
SC	2-5 minutes	60 minutes	15 min

N.D. : données non disponibles

PRÉSENTATION DU PRODUIT DISPONIBLE DANS LE CSSSQN		
Nom	Concentration	Format
Naloxone (Narcan ^{MD})	0,4 mg/ml	1 ml

La voie IV est préférable puisque le délai d'action est plus rapide et l'absorption peut être erratique en IM ou SC chez les personnes hypotendues. Si impossible après 2 tentatives infructueuses, donner par voie SC. Une dose IV se donne directement en bolus à une vitesse de 0.4 mg / 15 secondes.

Directives / références aux outils cliniques

- Les infirmières qui administrent des opiacés doivent s'assurer qu'elles possèdent les connaissances et les habiletés requises pour exercer la surveillance clinique appropriée notamment en étant en mesure de déceler l'effet dépressif des opiacés, de connaître et appliquer les mesures de prévention des complications et d'être capable d'intervenir en cas de détérioration de l'état de santé de l'usager (réf. Règle de soins Surveillance des usagers ayant reçu des opiacés par voie parentérale et autres voies);
- Un suivi de la douleur doit être poursuivi afin de s'assurer que la naloxone ne renversera pas l'analgésie (réf. Règle de soins Surveillance des usagers ayant reçu des opiacés par voie parentérale et autres voies);
- En plus d'utiliser la naloxone, il est possible d'avoir à recourir à d'autres mesures de réanimation telles que la libération des voies respiratoires, la ventilation à l'ambu, le massage cardiaque.



Alerte nursing

La durée de l'antagoniste étant habituellement plus courte que celle de la dépression respiratoire provoquée par les opiacés, il faut assurer une surveillance aussi longue que la durée d'action de l'opiacé, car la dépression respiratoire peut réapparaître. A cet effet, des doses répétées de la naloxone ou une perfusion de naloxone peuvent être nécessaires, selon l'évaluation médicale.

Protocole de soins infirmiers et Surveillance clinique

DIRECTIVES

Évaluer les paramètres cliniques en se référant au formulaire de « SURVEILLANCE DES USAGERS RECEVANT DES OPIACÉS » CSSSQN 118;

Administer de l'oxygène s'il y a lieu. Si la saturation est < 90%, débiter l'oxygène à 2L/min et confirmer le débit avec le médecin.

1. Cesser toute administration d'opiacé, lorsque possible (ex : cesser perfusion continue avec opiacé, cesser timbre analgésique) ou omettre la prochaine dose orale de l'analgésique opiacé;
2. Administer la naloxone selon l'algorithme d'intervention à la page 4 et inscrire les doses administrés sur le formulaire CESSQN 118;
3. Rejoindre le médecin traitant ou de garde et l'aviser que cet usager présente des signes cliniques d'intoxications aux opiacés.

En cas de doute, téléphoner au **Centre Antipoison au 1-800-463-5060 ou au 418-656-8090**, où une infirmière spécialisée, et au besoin le toxicologue de garde, répondront aux questions.

ALGORITHME D'INTERVENTION LORS D'UN POSSIBLE SURDOSAGE AUX OPIACÉS

- Facteurs de risque de dépression respiratoire avec les narcotiques**
- Bébé de moins de 6 mois
 - Personne âgée > 70 ans
 - Obésité IMC > 35
 - Personne éprouvant une douleur interne qui cesse subitement
 - Apnée du sommeil
 - Insuffisance rénale ou hépatique
 - Prise d'autre médication dépresseur du SNC
 - Personne naïve à un opiacé (prise d'un nouvel opiacé depuis moins d'une semaine)
 - Personne ayant subi un traumatisme crânien
 - Personne souffrant de MPOC

- Échelle de sédation**
- S = Sommeil, éveil facile
- 1 = Éveillé, 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

Évaluation possibilité surdosage opiacé

Si patient reçoit des opiacés et :
Fréquence respiratoire < 8 ou
échelle sédation à 3 ou à 4 ou saturo ≤ 90%

- Appel à l'aide
- Stimuler le patient :
Verbalement (son nom, réveillez-vous!)
Tactilement (toucher, pincer, frotter)
- Élever la tête du lit à 30°

Dégager les voies respiratoires
Administrer O₂ pour ≥ 94%
Surveillance étroite
Moniteur s.v. + saturation

Aviser le médecin

Usage chronique d'opiacés
Administrer 0.1 mg (0.25 ml) naloxone
IV ou SC ou IM

Usage récent naïf d'opiacés
Administrer 0.4 mg (1 ml) naloxone
IV ou SC ou IM

Si absence de réponse ou amélioration transitoire ou partielle des symptômes après 2 minutes

Si absence de réponse ou amélioration transitoire ou partielle des symptômes après 2 minutes

Répéter 0.1 mg (0.25 ml) naloxone
aux 2 min PRN

Répéter 0.4 mg (1 ml) naloxone
aux 2 min PRN

Monitoring continu
Surveillance fréquence respiratoire
Saturation
Tension artérielle
Fréquence cardiaque en continu jusqu'à une heure après la dernière dose de naloxone

**En tout temps vous pouvez contacter le Centre antipoison du Québec
1 800 463-5060

Maximum 10 doses possibles
Si problématique persiste, envisager sérieusement un autre diagnostic

Fin de la surveillance

La surveillance peut être cessée lorsque les deux (2) conditions suivantes sont remplies :

- a. Fréquence respiratoire ≥ 8 et échelle de sédation < 3 ;

ET

- b. La durée de la surveillance est atteinte.

Cette durée est fonction de la durée d'action potentielle des différents opiacés et tient compte de la forme du médicament, de sa voie d'administration et de sa pharmacocinétique.

Si opiacé courte action P.O. (ex statex) ou I.R. ou voie parentérale (IV, SC, IM):
FR q 15-30 min x 8h

Si opiacé longue action q 12 h (ex. M-Eslon) :
FR q 15-30 min x 12-24 h

Si opiacé longue action q 24 h (ex. Kadian), ou timbre fentanyl :
FR q 15-30 min x 24-48 h

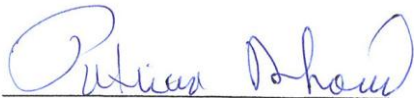
Si méthadone :
FR q 15-30 min : x 24 h prise unique (administration par erreur à un usager qui n'en reçoit normalement pas)

ou

FR q 15-30 min x 48 h (lors de prise chronique)

Approbation

Approuvée par l'exécutif du CMDP:



4 décembre 2013

Dre Patricia Michaud
Présidente du CMDP

Date

Médecin répondant

Voir la liste de médecins répondants dans le « Cartable des Ordonnances collectives et règles de soins infirmiers ».

Sources

- Association des pharmaciens du Canada. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Version en ligne, 2012.
- Hanes, S.D., Franklin, M., Kuhl, D.A., Headley, A.S. Prolonged opioid antagonism with naloxone in chronic renal failure. *Pharmacotherapy*, (1999) 19(7), 897-901.
- Hôpital d'Ottawa. Manuel sur la pharmacothérapie parentérale, 33e ed. (2012).
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *Utilisation du naloxone (Narcan^{mc}) pour renverser une dépression respiratoire induite par un analgésique opioïde* (2006). Protocole N°P-9.07 Révisé le 6 février 2007.
- Pilon, M.A., Perron, M.M., & Letendre, E. Surveillance des patients adultes recevant des analgésiques narcotiques et non narcotiques autre que SAPO, 2004. Ordonnance collective, Hôpital Charles LeMoine.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*, 2004.
- Les antidotes en toxicologie d'urgence. 3^{ième} édition, Québec. J.B. Deschamps Inc; 2009.