

**PROTOCOLE MÉDICAL**

**Code : CIUSSSCN-PRO-046**

**Date d'émission : 2018-05-09**

**Date de mise en vigueur : 2018-07-20**

**Date de révision : 2021-05-09**

**Référence à une ordonnance collective**

**OUI**  **NON**

OC-046-Initier des mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée

**Objet : Initier des mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée**

	Version antérieure	Dernière version
<b>Recommandé par:</b> Le comité directeur des ordonnances collectives et protocoles Le comité de pharmacologie Le comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières		2018-04-18 2018-03-21 2018-04-24
<b>Adopté par:</b> Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		2018-05-09

**PROFESSIONNELS AUTORISÉS**

Les infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale ou d'une agence de personnel exerçant au CIUSSS de la Capitale-Nationale telles qu'identifiées à l'ordonnance collective.

**SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE**

Usagers âgés de 18 ans et plus présentant une douleur ou un inconfort thoracique d'apparition récente et d'origine cardiaque suspectée.

**DIRECTIVES**

**1. DÉFINITIONS**

**Douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée (DTOCS)** : douleur située au niveau du thorax antérieur (incluant rétrosternale) qui se manifeste sous forme de serrement, de pression, d'étau, d'écrasement, d'étouffement, de poing ou ressemblant à une indigestion. Il s'agit d'une douleur persistante ou aiguë, d'une durée inférieure à 12 heures.

## 2. INDICATIONS CLINIQUES

Tableau 2-1 Conditions d'application du protocole médical		
	Conditions d'administration	Contre-indications
① Oxygénothérapie par lunettes nasales à 4 L/minute.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspnée</li> <li>• S<sub>p</sub>O<sub>2</sub> inférieure à 94%.</li> <li>• S<sub>p</sub>O<sub>2</sub> inférieure à 90 % pour l'utilisateur MPOC.</li> </ul>	
② Nitroglycérine SL Nitrolingual <sup>MD</sup> 0,4 mg / pulvérisation	Douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée  <b>Signes vitaux</b> Tension artérielle systolique (TAS) égale ou supérieure à 100 mmHg	<b>Allergie aux nitrates</b>
		<table border="1"> <tr> <td> <b>Conditions cliniques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de pouls radial</li> <li>• Glaucome à angle fermé</li> <li>• Insuffisance circulatoire aiguë</li> <li>• Choc</li> <li>• Hypovolémie grave / choc hypovolémique</li> <li>• Hypotension sévère</li> <li>• Pression intracrânienne élevée</li> <li>• Sténose aortique ou mitrale connue</li> </ul> </td> <td> <b>Médicaments :</b>   <b>Dernières 24 heures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sildénafil</li> <li>• Vardénafil</li> </ul> <b>Dernières 48 heures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tadalafil</li> </ul> </td> </tr> </table>
<b>Conditions cliniques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de pouls radial</li> <li>• Glaucome à angle fermé</li> <li>• Insuffisance circulatoire aiguë</li> <li>• Choc</li> <li>• Hypovolémie grave / choc hypovolémique</li> <li>• Hypotension sévère</li> <li>• Pression intracrânienne élevée</li> <li>• Sténose aortique ou mitrale connue</li> </ul>	<b>Médicaments :</b>  <b>Dernières 24 heures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sildénafil</li> <li>• Vardénafil</li> </ul> <b>Dernières 48 heures :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tadalafil</li> </ul>	
③ Acide acétylsalicylique (AAS) (Aspirin <sup>MD</sup> ) 80 mg / comprimé 80 mg x 4 comprimés à croquer	Douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée	<b>Allergie à l'AAS ou à l'un des composants :</b> Acide acétylsalicylique Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
		<b>Conditions cliniques :</b> AVC nouveau dans les dernières 48 heures Crise aiguë d'asthme / ATCD d'asthme provoqué par prise de salicylates ou substances ayant une action semblable (tels les AINS) Hémorragie digestive récente (inférieure à 4 semaines) Saignement actif significatif Ulcère gastroduodénal actif

## 3. DÉMARCHE CLINIQUE

RÉFÉRER À L'ANNEXE I - ALGORITHME DÉCISIONNEL : CONDUITE CLINIQUE DANS LE CAS D'UNE DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE CARDIAQUE SUSPECTÉE.

1. Évaluer la condition clinique de l'utilisateur selon la situation et le lieu d'exercice :
  - Faire appeler le 911 pour initier un transfert en centre hospitalier;
  - Aviser le médecin traitant ou de garde.
2. Prendre les signes vitaux.
3. Installer l'utilisateur en position semi-assise.
4. Évaluer la douleur à l'aide du PQRSTU.

5. Initier les mesures pharmacologiques et thérapeutiques conformément aux conditions d'application du protocole médical spécifiées au tableau 2-1 et selon l'ordre suivant :

Adapter l'intensité des interventions en conformité avec le niveau de soins de l'utilisateur.

- ① Administrer l'oxygène par lunettes nasales à 4 L/minute si la SpO<sub>2</sub> est inférieure à 94 % (90 % chez l'utilisateur MPOC).
  - L'administration d'oxygène à un usager non hypoxique en DTOCS dont les paramètres de saturométrie sont plus élevés que ci-haut mentionnés pourrait être préjudiciable.
- ② Administrer la nitroglycérine SL 0,4 mg / pulvérisation:
  - Ne pas agiter la bonbonne, purger quelques doses de manière sécuritaire.
  - 1 pulvérisation chaque 5 minutes, tant que la condition clinique de l'utilisateur le requiert et le permet.
  - Prendre la tension artérielle avant chaque dose.



### Alerte nursing

#### NITROGLYCÉRINE (DÉLAI D'ACTION ENTRE 1 ET 4 MINUTES SUIVANT L'ADMINISTRATION)

- Cesser l'administration de nitroglycérine et aviser le médecin si :
  - TA systolique inférieure à 100 mmHg;
  - Pouls inférieur à 50 battements par minute;
  - Pouls égal ou supérieur à 150 battements par minute.
- Aviser le médecin traitant ou de garde si :
  - L'utilisateur demeure non soulagé après 3 pulvérisations de nitroglycérine;

**Ne pas retarder l'administration de nitroglycérine par l'installation de la perfusion intraveineuse.**

- ③ Administrer l'Aspirine :  
Si aucune contre-indication à l'AAS :
  - AAS (Aspirin<sup>MD</sup>) 80 mg x 4 co à croquer.
- ④ Mettre en place une voie intraveineuse selon l'une ou l'autre des méthodes ci-dessous :
  - Installer une voie intraveineuse avec un cathéter intraveineux périphérique 18 G :
    - Maintenir la voie ouverte avec un salin 0,9% à 30 ml par heure.
  - Installer un cathéter intraveineux périphérique intermittent ou un microperfuseur à ailettes 18 G :
    - Maintenir la perméabilité à la fréquence requise.

6. Assurer la surveillance clinique requise jusqu'à la prise en charge par les services d'urgence ou autre.

7. Contrôler les signes vitaux à la fréquence requise selon la situation et l'évaluation clinique.

8. Initier des interventions complémentaires, selon les protocoles applicables dans le milieu (ex. : ECG, prélèvements sanguins).

## PROCESSUS D'ÉLABORATION

---

Experts consultés :

Dr Maxime Amar, médecin  
Mme Nathalie Dubé, infirmière clinicienne  
Dre Françoise Viens, médecin

Le processus d'élaboration s'appuie sur la triangulation de plusieurs sources de données, incluant des recommandations de bonnes pratiques cliniques, des données probantes, contextuelles et expérientielles.

Une revue des protocoles médicaux, des guides de pratique cliniques, des rapports de consensus publiés au courant des dix dernières années ont été consultés. Des documents provenant d'agences réglementaires ou rédigées par des associations reconnues, organismes ou ordres professionnels, monographies de produits ont également été consultés.

Le présent protocole est inspiré des normes de rédaction dictées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

## OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

---

ACLS Training Center. (2015). *Acute Coronary Syndromes Algorithm. Syndromes Suggestive of Ischemia or Infarction*. Disponible sur le web à l'adresse suivante : <https://www.acls.net/images/algo-acs.pdf>.

American Heart Association (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*. Consulté le 3 avril 2017 à l'adresse suivante : <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/>.

Bayer. (2014). *Monographie d'Aspirine*. Bayer Canada : Mississauga. Disponible sur le web à l'adresse suivante : <http://www.bayer.ca/omr/online/aspirinpmfr16sep2014ctrl169398.pdf>. 54 pages.

Cabello, JB., Burls, A., Emparanza, JI et al. (2013). *Oxygen therapy for acute myocardial infarction*. Cochrane Database System Review, 8 pages.

CSSS de la Vieille-Capitale. (2014). *Initier des mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée. Ordonnance collective*. Document interne.

FMCQ et AHA. (2015). *Points saillants de la mise à jour des Lignes directrices. Lignes directrices en matière de RCR et SUC de l'AHA*. Édition de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC Canada. Disponible sur le web à l'adresse suivante : <https://www.coeuretavc.ca/-/media/pdf-files/canada/cpr-2017/151002-ecc-highlights-2015-fr-calr.ashx>.

Heart and stroke Foundation of Canada. (2011). *Advanced Cardiovascular Life Support. Provider manual*. American Heart Association.

INESSS, Boothroyd, Lucy, Rossignol, Michel. (2016). *Les niveaux de soins ; Cadre, processus et méthodes d'élaboration du guide sur les normes et standards de qualité*. Gouvernement du Québec : Québec. 52 pages.

INESSS, Boothroyd, Lucy, Rossignol, Michel. (2016). *Les niveaux de soins ; Normes et standards de qualité*. Gouvernement du Québec : Québec. 47 pages.

Méthodes de soins informatisées. (2017). *Administration d'oxygène en situation d'urgence*. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke : Sherbrooke.

Méthodes de soins informatisées. (2017). *Administration d'oxygène par masque*. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke : Sherbrooke.

Sanofi-Aventis (2015). *Monographie de Nitrolingual<sup>MD</sup> pompe*. Sanofi-Aventis Canada : Laval. Disponible sur le web à l'adresse suivante : <http://products.sanofi.ca/fr/nitrolingual-pumpspray.pdf>.

Sanofi-Aventis (2016). *Monographie de Plavix<sup>MD</sup>*. Sanofi-Aventis Canada : Laval. Disponible sur le web à l'adresse suivante : <http://products.sanofi.ca/fr/plavix.pdf>.

Savino, P.B., Sporer, K.A., Barger, J.A. et coll. (2015). *Chest Pain of Suspected Cardiac Origin: Current Evidence-Based Recommendations for Prehospital Care*. *Western Journal Emergency Medicine*, 16(7), p. 983–995.

Stub, D., Smith, K., Bernard, S. et al. (2012). *Air Versus Oxygen in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (AVOID Study)*. *American Heart Journal*, 163(3), p. 339-345.

Urgences Santé (2013). Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics en soins avancés. 90 pages.

Urgences Santé (2014). Document de support PICTAP 2013 ; Module 2 : Appréciation de la condition clinique préhospitalière. 81 pages.

Urgences Santé (2014). Programme provincial de soins avancés : SA : 18. Consulté le 7 août 2017 à l'adresse suivante : <https://www.urgences-sante.qc.ca/wp-content/uploads/2014/03/Douleur-thoracique.pdf>.

Urgences Santé (2015). Document de support PICTAP 2013; Module 5 : problèmes médicaux : administration des 5 médicaments. 175 pages.

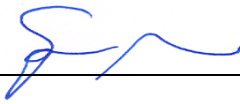
#### ■ PÉRIODE DE VALIDITÉ

---

Non applicable.

#### ■ VALIDATION DU PROTOCOLE MÉDICAL

---

  
\_\_\_\_\_  
Directrice des soins infirmiers

2018-05-09

\_\_\_\_\_  
Date

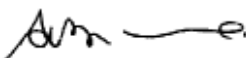
  
\_\_\_\_\_  
Chef de département de pharmacie

2018-05-09

\_\_\_\_\_  
Date

#### ■ APPROBATION DU PROTOCOLE MÉDICAL (obligatoire)

---

  
\_\_\_\_\_  
Président du CMDP

2018-05-09

\_\_\_\_\_  
Date

**ALGORITHME DECISIONNEL : CONDUITE CLINIQUE DANS LE CAS D'UNE DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE CARDIAQUE SUSPECTEE**

