

ORDONNANCE COLLECTIVE
OC-2008-08

Date d'entrée en vigueur : 2008-10-30

Date de révision : 2014-04-01

Date de révision prévue : 2020

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

PROFESSIONNELS HABILITÉS *À EXÉCUTER L'ORDONNANCE

Les infirmières du CSSS de la Vieille-Capitale* qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires à l'application de l'ordonnance collective et qui travaillent dans les programmes ou les directions identifiés par un X ou spécifiés par un secteur :

Programmes ou directions ¹							
SGS	C.H.	ASM	FEJ	SAD	SSG	UMF	Autres
				X	X	X	

* Le personnel d'agence s'assure de posséder les connaissances et les compétences nécessaires avant de prendre une décision reliée à cette ordonnance collective.

ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE ET FORMULAIRE Non Oui

PERSONNES OU SITUATIONS CLINIQUES VISÉES PAR L'ORDONNANCE COLLECTIVE

Tout usager âgé de 18 ans ou plus qui présente une douleur ou un inconfort thoracique d'apparition récente et d'origine cardiaque suspectée.

¹ SGS : Services gériatriques spécialisés (unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) et équipe de consultation spécialisée en gériatrie et en gérontopsychiatrie (ECSGG))
C.H. : Centre d'hébergement
ASM : Adulte santé mentale (équipe de suivi d'intensité variable(SIV), service régional en santé mentale (SRSM), services intégrés de dépistage et de prévention-services à bas seuil d'accessibilité SIDEP-SABSA, santé publique)
FEJ : Famille Enfance Jeunesse (0-4 ans, scolaire, clinique jeunesse, santé au travail)
SAD : Soutien à domicile (secteur régulier, DI-DP-TED, centre de jour, services alternatifs à l'hébergement)
SSG : Service de santé généraux et de santé publique (services courants, clinique de santé des immigrants, cliniques externes spécialisées, prévention et contrôle des infections)
UMF : Unité de médecine familiale

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

INTENTION THÉRAPEUTIQUE

Prévenir la survenue, la progression ou les complications d'un syndrome coronarien aigu (SCA) par des mesures pharmacologiques et thérapeutiques initiales précoces.

INDICATION ET CONDITION D'INITIATION

Douleur/inconfort thoracique d'apparition récente et d'origine cardiaque suspectée, avec ou sans histoire antérieure ou diagnostic de maladie cardiovasculaire.

CONTRE-INDICATION

Toute contre-indication associée aux mesures pharmacologiques de l'ordonnance collective.

DIRECTIVES

- Après avoir évalué l'usager adéquatement et déterminé, selon le jugement clinique, si un transfert en centre hospitalier doit être effectué, faire appeler le 911.
- Initier les mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée (tableau 1).
- Poursuivre la surveillance des signes vitaux chaque 15 minutes jusqu'à l'arrivée des ambulanciers.

LIMITE/RÉFÉRENCE AU MÉDECIN

Si l'usager est soulagé après la première dose de nitroglycérine, l'aviser que sa douleur peut être d'origine cardiaque et lui conseiller de consulter son médecin de famille dans un court délai, ou à l'urgence si elle se répétait.

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

Tableau 1 - Mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée		
Traitement	Contre-indications à l'administration	Posologie et directives d'administration
Oxygène selon OC-2008-1	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIO₂ 100 % (6-12 L/min par masque sans réinhalation) ▪ Maintenir saturation supérieure ou égale à 94 % (ou supérieure ou égale à 92 % si usager avec MPOC)
Nitroglycérine en aérosol (nitrolingual^{MD})	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypersensibilité au produit ▪ Absence de pouls radial ▪ Rythme cardiaque inférieur à 50 ou supérieur à 100/min ▪ TAS inférieure à 90 mmHg ▪ Sténose aortique sévère connue ▪ Prise de sildénafil (Viagra^{MD}) ou vardénafil (Lévitra^{MD}) dans les 24 dernières heures ▪ Prise de tadalafil (Cialis^{MD}) dans les 48 dernières heures. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas agiter la pompe ▪ Amorcer le pulvérisateur ▪ 1 pulvérisation (0,4 mg) sur ou sous la langue ▪ Répéter aux 5 minutes jusqu'à disparition des symptômes (maximum de 3 doses). Avant chaque dose, contrôler la TA. ▪ Si TAS inférieure à 90 mmHg, placer l'usager en position déclive et aviser le médecin. Cesser la nitroglycérine.
Après la première dose de nitroglycérine en aérosol, administrer l'antiplaquettaire approprié même si l'usager a pris un antiplaquettaire le jour même. Poursuivre l'administration de nitroglycérine par la suite.		
Traitement	Contre-indications à l'administration	Posologie et directives d'administration
Antiplaquettaire Acide acétylsalicylique (AAS) (Aspirin^{MD}) ** premier choix **	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypersensibilité au médicament ▪ Antécédents d'asthme provoqué par la prise de salicylates ou de substances ayant une action semblable (notamment les anti-inflammatoires) ▪ Dernier trimestre de grossesse ▪ Hémorragie active ▪ Ulcère gastroduodéal actif ▪ Prise concomitante de méthotrexate à raison de 15 mg ou plus par semaine 	<p>En l'absence d'une contre-indication à l'AAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 comprimés à croquer de 80 mg (320 mg) <p>(Les comprimés d'AAS à croquer pour enfants à 80 mg sont préférables, mais il est acceptable de faire croquer un comprimé de 325 mg d'AAS pour adulte. La formulation enrobée est la dernière option et doit absolument être croquée pour un effet immédiat).</p>
Clopidogrel (Plavix^{MD}) ** deuxième choix **	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypersensibilité au médicament ▪ Hémorragie active ▪ Ulcère gastroduodéal actif ▪ Ictère cholestatique actif 	<p>En présence d'une contre-indication à l'AAS ET en l'absence d'une contre-indication au clopidogrel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clopidogrel (Plavix^{MD}) 4 co de 75 mg (300 mg) par voie orale
Ouvrir et maintenir une veine ouverte au moyen d'un soluté NaCl 0,9 %	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 mL/h ▪ Cathéter de 18 ou 20G

FIO₂ : fraction d'oxygène dans les gaz inspirés

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique





TA : tension artérielle

TAS : tension artérielle systolique

RÉFÉRENCES

- AQESSS. (2004). *Administration de nitroglycérine par pompe*. Disponible sur la banque de données des Méthodes de soins informatisées.
- Bédard, M., Giudice, M., Mackensie, J., Massicotte, A. et Pearson, N.L. (2008). *Manuel sur la pharmacothérapie parentérale* (25^e éd.). Ottawa: Hôpital d'Ottawa.
- FMCQ. (2010). *Points saillants des Lignes directrices 2010 en matière de soins d'urgence cardiovasculaire de l'American Heart Association*. Disponible sur le web au www.heart.org/cpr
- Gagnon, S. (2005). Les antiplaquettaires : lesquels choisir? *Le Clinicien*, 20(7), 71-76.
- Hazinski, M.F., Samson, R. & Schexnayder, S. (2011). *Guide des soins d'urgence cardiovasculaire 2010 à l'intention des dispensateurs de soins*. Fondation des maladies du cœur du Canada & l'American Heart Association : Canada, p. 23.
- Heart and stroke Foundation of Canada. (2011). *Advanced Cardiovascular Life Support. Provider manuel*. Canada: American Heart Association.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Comprendre le syndrome coronarien aigu, première partie – programme autodidacte*. Récupéré le 23 juillet 2008 de <http://www.icis.ca>
- Labrecque, A. (2004). *Réanimation cardiorespiratoire avancée*. Québec: Centre hospitalier universitaire de Québec.
- UpToDate. (2012). Nitroglycerin (glyceryl trinitrat) : Drug Information. Consulté sur la base de données UpToDate le 7 décembre 2012.

PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'ADOPTION

	2008-12-10
Pierrette Carrier Chef du département de pharmacie	Date
	2008-12-10
Agnès Gaudreault Directrice des soins infirmiers	Date
	2008-12-10
Dr Alain-Philippe Lemieux Directeur général adjoint des affaires universitaires et cliniques, et des services professionnels	Date
	2008-12-10
Dr Serge Bordeleau Président du CMDP	Date
Adopté par le CMDP _____ 2008-10-30, 2014-04-17	

**GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR L'ÉVALUATION
D'UNE DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE CARDIAQUE
SUSPECTÉE**

Réalisé par

Sandra Racine, M. Sc. inf., conseillère clinicienne en soins infirmiers
et Gabrielle Lafrenière, étudiante en médecine, Université Laval
Direction des soins infirmiers du CSSS de la Vieille-Capitale

Québec, le 8 août 2008
Révisé le 18 février 2014
Par Maryse Mathieu, inf., M.Sc.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers

Qu'est-ce que le syndrome coronarien aigu?

Le syndrome coronarien aigu (SCA) regroupe un large éventail d'affections comprenant l'angine instable, l'infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) et l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI). Il se manifeste par les signes et symptômes de l'ischémie myocardique aiguë, soit :

1. Douleur thoracique, inconfort ou sensation de pression dans la poitrine durant plus de quelques minutes;
2. Douleur thoracique irradiant aux épaules, au cou, dans un ou les deux bras ou à la mâchoire;
3. Douleur thoracique irradiant au dos et à la région des omoplates;
4. Douleur thoracique accompagnée d'étourdissements, de vertiges, de perte de conscience, de sudation, de nausées ou de vomissements;
5. Essoufflement soudain et inexplicable, accompagné ou non de douleur thoracique.

Le syndrome coronarien aigu survient lorsqu'une plaque athéromateuse se rompt et forme un thrombus, lequel réduit le débit sanguin dans l'artère coronaire touchée. Le patient est alors atteint de douleurs ischémiques. Le thrombus peut obstruer l'artère coronaire de façon complète ou partielle.

Le terme générique « syndrome coronarien aigu » est utile, car il permet le regroupement des patients atteints par les symptômes d'ischémie myocardique aiguë et constitue ainsi le fondement des diagnostics et des décisions thérapeutiques qui s'ensuivent.

Comment l'évaluer?

1. Reconnaître l'usager présentant une douleur rétrosternale (DRS), une dyspnée ou des étourdissements et l'évaluer immédiatement :
 - a. Depuis quand est votre douleur?
 - b. Avez-vous des antécédents de maladies cardiovasculaires ou de diabète?
 - c. Avez-vous fait usage de cocaïne dernièrement ou antérieurement?

2. Placer l'usager en position semi-assise.
 - a. Mesurer les signes vitaux¹ :
 - b. Tension artérielle aux deux bras avec un sphygmomanomètre manuel, de préférence
 - c. Fréquence cardiaque
 - d. Fréquence respiratoire
 - e. Saturation en oxygène
 - f. Température
 - g. Glycémie.

3. Évaluer l'usager dans le but de préciser l'origine de la douleur thoracique (cardiaque ou non-cardiaque).

Typologie de la douleur évoquant un SCA

Douleur typique

- Douleur rétrosternale prolongée, en barre, à type de striction (serrement) ou de brûlure, irradiant ± dans le dos (interscapulaire), les mâchoires, le membre supérieur gauche.

Atypies possibles

- Douleur épigastrique / Malaises gastro-intestinaux (hoquet, aérophagie, nausées/vomissements) (infarctus du myocarde inférieur);
- Douleur uniquement au niveau des zones d'irradiations (interscapulaire, mandibulaire, membre supérieur);
- Douleur type coup de poignard, type pleurétique, pariétale (rare).

¹ La tension artérielle aux deux bras, les fréquences cardiaques et respiratoires sont les paramètres les plus importants à mesurer en présence d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée. Les autres paramètres peuvent être mesurés plus tard afin de ne pas retarder l'application des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques.

Aide-mémoire

Douleur thoracique d'origine cardiaque suspectée

Adulte (> 18 ans)

PQRSTU / AMPLE

P : Provoqué/Pallié

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> effort ou équivalent | <input type="checkbox"/> stress | <input type="checkbox"/> spontané |
| <input type="checkbox"/> soulagé par le repos | <input type="checkbox"/> soulagé par la nitro | <input type="checkbox"/> non soulagé |

Q : Qualité/Quantité

- | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> en barre | <input type="checkbox"/> constrictive | <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> faible à modérée | <input type="checkbox"/> modérée | <input type="checkbox"/> sévère | |

R : Région et irradiation

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> rétrosternale | <input type="checkbox"/> basithoracique | <input type="checkbox"/> épigastrique | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> membre supérieur G | <input type="checkbox"/> dos (interscapulaire) | <input type="checkbox"/> mâchoire | <input type="checkbox"/> autre (cou, épaule, abdo sup.) |

S : Signes et symptômes associés

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dyspnée | <input type="checkbox"/> nausée/vomissements | <input type="checkbox"/> diaphorèse | <input type="checkbox"/> palpitations |
| <input type="checkbox"/> lipothymie | <input type="checkbox"/> anxiété | <input type="checkbox"/> pâleur | <input type="checkbox"/> tachycardie |
| <input type="checkbox"/> faiblesse | <input type="checkbox"/> confusion | <input type="checkbox"/> autre | |

T : Temps

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5 min | <input type="checkbox"/> < 20 min | <input type="checkbox"/> > 20 min | |
| <input type="checkbox"/> fixe | <input type="checkbox"/> augmente | <input type="checkbox"/> diminue | <input type="checkbox"/> autre |

U : Understand

- l'utilisateur est convaincu que l'origine de sa douleur est cardiaque (expérience passée, ATCD, etc.)

Le PQRSTU m'oriente vers une douleur thoracique d'origine **non-cardiaque**

Le PQRSTU m'oriente vers une douleur thoracique d'origine **cardiaque**

Initier l'ordonnance collective « Initier des mesures pharmacologiques et thérapeutiques lors d'une douleur thoracique d'origine cardiaque suspecté »

Probabilité que les signes et les symptômes soient ceux d'un syndrome coronarien aigu (SCA) secondaire à une coronaropathie¹

Caractéristique	Forte probabilité <i>N'importe laquelle des caractéristiques suivantes</i>	Probabilité intermédiaire <i>Absence de caractéristiques de forte probabilité et présence d'au moins une des caractéristiques suivantes</i>	Faible probabilité <i>Absence de caractéristiques de forte ou de moyenne probabilité, mais présence éventuelle d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes</i>
Antécédents	Douleur ou inconfort thoracique ou dans le bras gauche comme symptôme principal se manifestant à plusieurs reprises avant l'angine confirmée Antécédents connus de coronaropathie, dont l'infarctus du myocarde	Douleur ou inconfort thoracique ou dans le bras gauche comme symptôme principal Âge ≥ 70 ans Sexe masculin Diabète mellitus	Symptômes d'ischémie probable en l'absence de toute caractéristique de probabilité moyenne Prise de cocaïne dernièrement ou antérieurement
Examen	Murmure passager de régurgitation mitrale, hypotension, diaphorèse, œdème pulmonaire ou râles	Maladie vasculaire extracardiaque	Inconfort thoracique reproduit à la palpation

¹ Tiré de:

1. Focused Update. (2007). Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention : a report of the American College of Cardiology.
2. ACC, AHA, SCAI. (2005). American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
3. Braunwald, E. et al. (2008). *Circulation*. 117, 261-295.
4. Agency for Health Care Policy and Research, National Heart, Lung, and Blood Institute. (1994). Unstable Angina : Diagnosis and Management. Clinical Practice Guideline. Publication 94-0602.

Dans Hazinski, M.F., Samson, R. & Schexnayder, S. (2011). Guide des soins d'urgence cardiovasculaire 2010 à l'intention des dispensateurs de soins. Fondation des maladies du cœur du Canada & l'American Heart Association : Canada, p. 23.