

INITIER UN TRAITEMENT LORS DE CHUTE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE PENDANT UN TRAITEMENT D'HÉMODIALYSE			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2015-09
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	2018-04-10
Installations / Secteurs visés	Centre de suppléance rénale Louise-Auger Centre de dialyse Guy-Beauchamp de l'Hôpital du Suroît Centre intrahospitalier d'hémodialyse de l'Hôpital Anna-Laberge		
Outils cliniques associés			

1. Professionnels visés

Les infirmières¹

1 Les infirmières habilitées à appliquer l'ordonnance collective doivent avoir reçu la formation nécessaire selon le programme de formation spécifique en hémodialyse.

2. Activités réservées

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

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

Usagers hémodialisés.

4. Intentions thérapeutiques

- Rétablir la pression artérielle et diminuer ou cesser les symptômes de manière à permettre la poursuite du traitement d'hémodialyse.
- Éviter des complications cardiovasculaires.

5. Indications

Une chute de la pression artérielle chez l'utilisateur hémodialysé est définie comme suit :

- Pression systolique inférieure à 100 mmHg ou
- Baisse de la valeur initiale de la pression systolique supérieure ou égale à 30 mmHg

Cette ordonnance collective s'applique pour les 3 indications suivantes :

A) Chute de la pression artérielle asymptomatique

Initier un traitement lors de chute de la pression artérielle pendant un traitement d'hémodialyse

B) Chute de la pression artérielle **et au moins un symptôme léger ou modéré** parmi les suivants :

- Vision trouble
- Peau moite et pâle
- Confusion
- Étourdissements
- Nausées ou vomissements
- Somnolence
- Faiblesse
- Bâillement inhabituel

C) Chute de la pression artérielle **et au moins un symptôme sévère** parmi les suivants :

- Convulsions
- Paralysie
- Perte de conscience

6. Contre-indications

Aucune

7. Conditions d'initiation

Évaluer les signes vitaux de l'usager pour valider la présence de la chute de pression et évaluer la présence de signes ou symptômes associés.

8. Limites/références au médecin

Aviser le néphrologue si :

- Symptômes **sévères** associés à l'hypotension (convulsions, paralysie, perte de conscience ou douleur rétro-sternale).
- L'usager est non soulagé après un troisième bolus de 200 mL NaCl 0,9 % (un total de 600 mL NaCl 0,9 %).
- Hypotension récidivante.

9. Directives

A) CHUTE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE ASYMPTOMATIQUE

1. Prendre les signes vitaux :
 - Pouls et pression artérielle
2. Mettre l'ultrafiltration au minimum.
3. Mettre l'usager en position déclive.
4. Attendre 10 minutes et réévaluer la pression artérielle.
 - Si la chute de pression se maintient et que l'usager demeure asymptomatique : réévaluer la perte totale et réajuster l'ultrafiltration selon la tolérance de l'usager.
 - Si la chute de pression se maintient et que l'usager est symptomatique passer à la **section B ou C**.
 - Si la chute de pression est corrigée, reprendre le traitement de dialyse.
5. Rédiger les notes au dossier et ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) s'il y a lieu.

Initier un traitement lors de chute de la pression artérielle pendant un traitement d'hémodialyse

B) CHUTE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE ET AU MOINS UN SYMPTÔME LÉGER OU MODÉRÉ

1. Prendre les signes vitaux :
 - Pouls et pression artérielle
2. Cesser l'ultrafiltration.
3. Mettre l'usager en position déclive.
4. Administrer le bolus de soluté suivant :

SOLUTÉ	Administrer 200 mL de NaCl 0,9 % IV en bolus à la vitesse de la pompe à sang.
---------------	---

5. Après 10 minutes, réévaluer la présence de signes et symptômes associés à la chute de la pression artérielle.
 - Si la chute de pression est corrigée et que l'usager n'est plus symptomatique, réajuster et reprendre l'ultrafiltration avec une surveillance accrue.
 - Si l'usager est toujours symptomatique, procéder à l'administration d'un deuxième bolus.

SOLUTÉ	Administrer un deuxième bolus 200 mL de NaCl 0,9 % IV à la vitesse de la pompe à sang.
---------------	--

6. Après 10 minutes, réévaluer la présence de signes et symptômes associés à la chute de la pression artérielle.
 - Si la chute de pression est corrigée et que l'usager n'est plus symptomatique, réajuster et reprendre l'ultrafiltration avec une surveillance accrue.
 - Si l'usager est toujours symptomatique, procéder à l'administration troisième bolus.

SOLUTÉ	Administrer un troisième bolus 200 mL de NaCl 0,9 % IV à la vitesse de la pompe à sang.
---------------	---

7. Après 10 minutes, réévaluer la pression artérielle et la présence de signes et symptômes associés.
 - Si la chute de pression est corrigée et que l'usager n'est plus symptomatique, réajuster et reprendre l'ultrafiltration avec une surveillance accrue.
 - Si les signes et symptômes associés à l'hypotension persistent après l'administration du troisième bolus (total de 600 mL de NaCl 0,9 % IV), **aviser le néphrologue.**
 - Si hypotension récidivante au cours du traitement d'hémodialyse, **aviser le néphrologue.**

8. Rédiger les notes au dossier et ajuster le PTI s'il y a lieu.

C) CHUTE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE ET AU MOINS UN SYMPTÔME SÉVÈRE

1. Prendre les signes vitaux :
 - Pouls et pression artérielle
2. Cesser l'ultrafiltration.
3. Mettre l'usager en position déclive **et en position latérale.**
4. Administrer le bolus de soluté suivant :

SOLUTÉ	Bolus continu de NaCl 0,9 % IV administré à la même vitesse que la pompe à sang jusqu'à la reprise de conscience / arrêt des convulsions / résolution de la paralysie ou jusqu'à un maximum de 1 litre.
---------------	--

5. **Aviser immédiatement le néphrologue.**
6. Si reprise de conscience, arrêt des convulsions ou résolution de la paralysie : arrêter le bolus, mais conserver l'usager en déclive.
7. Réévaluer la pression artérielle de manière continue jusqu'à la prise en charge médicale de la situation par le néphrologue.
8. Rédiger les notes au dossier et ajuster le PTI s'il y a lieu.

10. Références

Association des pharmaciens du Canada. (2013). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Toronto, Canada : CCAB.

Crawford, N., & Harris, N. (2011). I.V. fluids: What nurses need to know. *The Practice of Nursing researched*, 41(5), 30-38.

Dougherty, L. (2012). IV therapy: Get it right no matter what. *British Journal of Nursing*, 21(14), 3.

Kinet, J. P., Soyeur, D., Bolland, N., Saint-Rémy, M., Collignon, P., & Godon, J. P. (1982).

Hemodynamic study of hypotension during hemodialysis. *International Society of Nephrology: Kidney International*, 21(10), 868–876.

Stenner, K., & Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 276-283.

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Marie-Hélène Faille, conseillère cadre en soins infirmiers, Hôpital du Suroît	Août 2015
	Josée Boulerice, conseillère en soins infirmiers, Hôpital Anna-Laberge	Août 2015
Révisé par	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2018-03-14
Personnes consultées	Dre Louise Roy, néphrologue, chef en néphrologie (affilié au CHUM), Hôpital du Suroît	Août 2015
	Dr Jacques Jobin, néphrologue, chef en néphrologie, Hôpital Anna-Laberge	Août 2015
	Dre Van Vo, néphrologue (affilié à Verdun)	Août 2015
	Dre Dominique Dupuis, néphrologue, Hôpital Anna-Laberge	Août 2015
	Andrée-Anne Daoust, infirmière clinicienne en hémodialyse, Hôpital Anna-Laberge	Août 2015
	Dominique Desmarchais, assistante infirmière chef en hémodialyse, Hôpital Anna-Laberge	Août 2015
	Annick Fortin, infirmière clinicienne en hémodialyse, Hôpital du Suroît	Août 2015
	Mélanie Caron, pharmacienne, chef du département de pharmacie CISSMO	Août 2015
	Sophie Goneau, pharmacienne, Hôpital du Suroît	Août 2015
	Sylvie Labranche, pharmacienne, Hôpital Anna Laberge	Août 2015

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre Élise Gilbert Chef médical de la médecine spécialisée	2018-03-28
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)	 Mélanie Caron, présidente Comité de pharmacologie	2018-03-29

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaétan Fillion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-04-10

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation