



SAPO USI

2020

Préparé par Julie Lebeau,
Inf. clinicienne au SAPO

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Objectifs

- Généraux:
 - Améliorer la qualité de la prestation des services en matière de gestion de la douleur
 - Standardiser la pratique clinique
 - Améliorer la liaison entre les USI et le SAPO

- Spécifiques :
 - Clarifier et renforcer l'application des protocoles
 - Effectuer un rappel sur les notions de base en gestion de la douleur et lors de l'application des ordonnances SAPO

Qu'est-ce que le SAPO

Équipe composée de 25 anesthésiologistes
et **d'une** infirmière clinicienne

Environ 10 000
visites de
patient par
année

Couvance 24h sur 24 , 7 jours sur 7... Même à Noël !



- **POLITIQUE 034**

- **Différencier les techniques SAPO**

- **Gestion des effets secondaires**

- **L'anticoagulothérapie et les protocoles SAPO**

- **La coanalgésie ou médication supplémentaire**

- **La surveillance clinique et la pompe Sapphire**



POL 034

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Direction des services professionnels

POLITIQUE

MODALITÉS RÉGISSANT L'ÉMISSION, L'EXÉCUTION ET LA TRANSMISSION DES ORDONNANCES DE MÉDICAMENTS.

N° Politique : **POL-034**

Responsable de l'application : Direction des services professionnels

N° Procédure découlant : s.o.

Approuvée par : **Comité de direction**

Date d'approbation :
2017-10-24

Date de révision :
2021-10-24

Destinataires : Tout le personnel soignant

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



POL 034

jours.

- **Ordonnance en post opératoire**
 - En post opératoire, le médecin est responsable de réévaluer la médication de l'utilisateur et de faire les modifications nécessaires.
 - Si le service d'analgésie postopératoire (SAPO) est impliqué dans les soins d'un patient, la prescription du SAPO à prédominance sur la prescription des autres services (chirurgie ou autre).



Différencier les techniques spécifiques ... En bref!

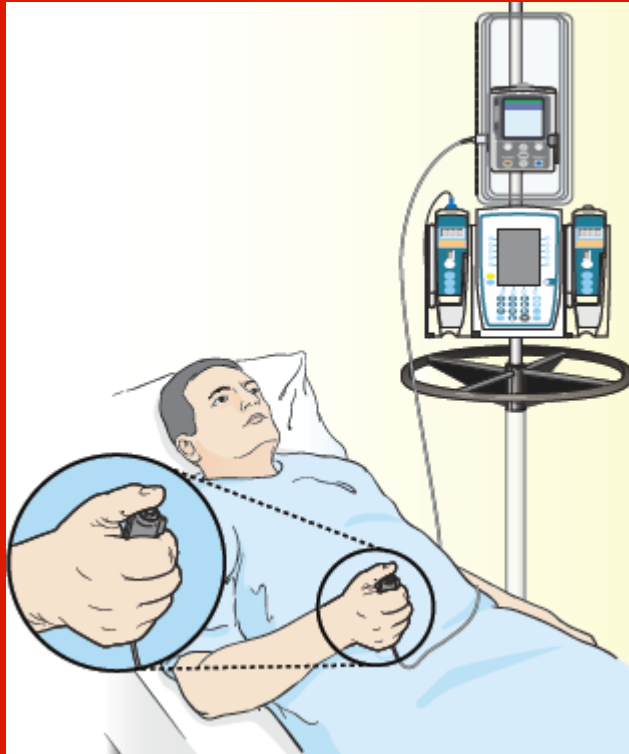
M, ACP

M. Epi

Mme. Nerveux

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



M. ACP

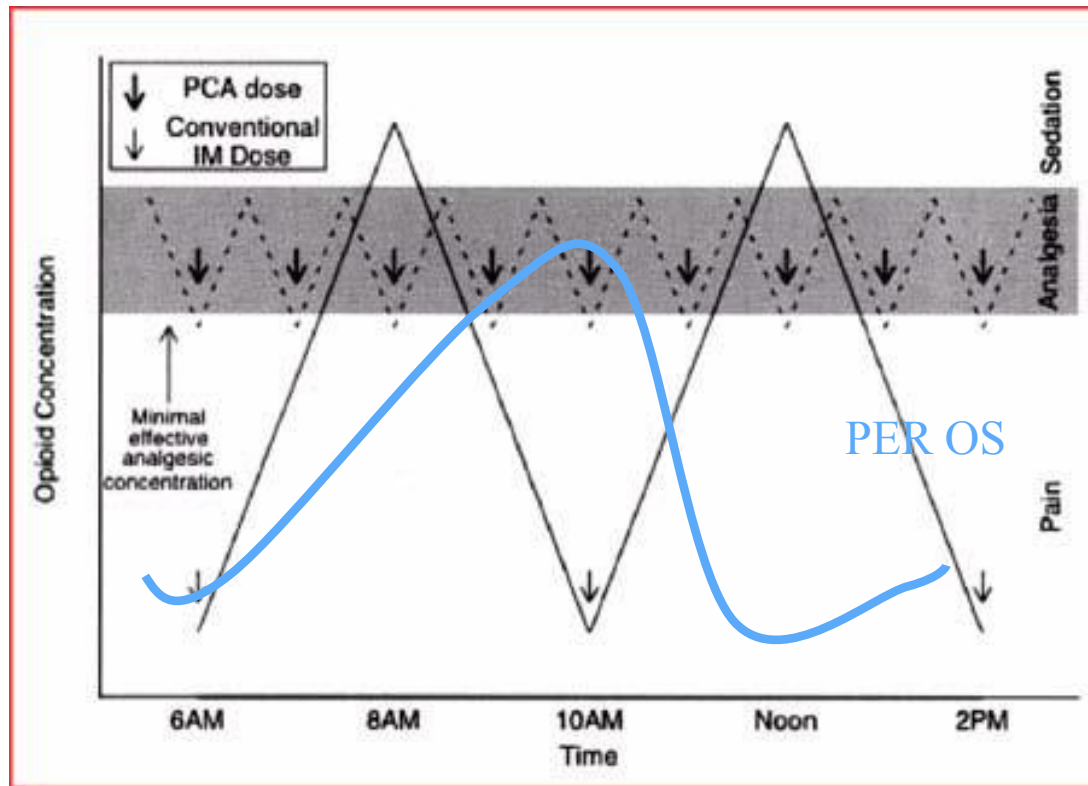
Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Aspect théorique de l'ACP

- Molécules:

Médicaments	Dose de charge IV	Dose bolus habituelle IV	Pic d'action	Durée d'action
morphine	2 à 4 mg IV	0.8 à 1.5 mg q. 5 min	15 min	4 heures / ½ V: 1.5 à 2 h
Hydromorphone	0.4 à 0.6 mg	0.2 à 0.4 mg q. 5 min	0.5 à 1 heure	4 heures / ½ V: 2.6 h
fentanyl	25 à 50 mcg	15 à 25 mcg q. 5 min	Ultra-rapide	0.5 à 1 heure / ½ V: 3.65 h
Kétamine **	-----	0.5 mg / mL	Début d'action : 30 à 60 sec.	5 à 15 min. ½ V: 2 à 3 h
demerol	15 à 25 mg	10 à 15 mg q. 5 min	(aléatoire)	2 à 4 heures ½ V: 3 à 6 h.

Pharmacodynamie de l'ACP versus le sous-cutané ou IM



OIP 3324-1 – MÉDICATION, SOINS ET SURVEILLANCE DES USAGERS
SOUS ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT (ACP) - SAPO

Poids : ____ Taille : ____ Allergie : _____ Intolérance : _____

ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT (ACP)

Préparation effectuée par la pharmacie

Dans 50 mL NaCl 0,9 % :

- Morphine 1 mg/mL
 Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) 250 mcg/mL
 Fentanyl 5 mcg/mL
 Ketamine (Ketalar^{MD}) 0,5 mg/mL
 Autre médicament : _____ concentration _____ mg/mL ou _____ mcg/mL
 Autre médicament : _____ concentration _____ mg/mL ou _____ mcg/mL

Administration de l'ACP

IV (avec la rallonge en Y dédiée au type de pompe) SC

- Le soluté de base est installé du côté de la valve anti-reflux.
- Débit minimal du soluté de base à 30 mL/h.

À LA SALLE DE RÉVEIL

Débit de la perfusion continue : _____ mg/h ou _____ mcg/h (Idem à l'unité de soins)
 Dose de charge initiale : _____ mg ou _____ mcg (donnée en salle de réveil ou par le SAPO)
 Doses de charge supplémentaires : _____ mg ou _____ mcg q 5 min. x _____.

À L'UNITÉ DE SOINS

Débit de la perfusion continue : _____ mg/h ou _____ mcg/h (Idem à la salle de réveil)
 Dose du bolus : _____ mg ou _____ mcg
 Période d'interdiction : _____ min.
 Si après 1 h, douleur > 3/10 ET niveau de sédation < 3 (échelle de Pasero) ou RASS entre -1 et +1 ET le ratio des bolus demandés/administrés > 2 pour 1 :
 • ↑ le bolus à _____ mg ou _____ mcg.

OIP 3324-1 – MÉDICATION, SOINS ET SURVEILLANCE DES USAGERS
SOUS ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT (ACP) - SAPO (SUITE)

COANALGÉSIE

IMPORTANT : Un AINS est prescrit (sélectionné) après l'accord de l'équipe de chirurgie.

- Ketorolac (Toradol^{MD}) 30 mg IV q 6h x 72 h ou
 Ketorolac (Toradol^{MD}) 15 mg IV q 6h x 72 h (si ≥ 65 ans, ≤ 50 Kg ou Cl.Créat.30-60 mL/min.)
 Indométhacine (Indocid^{MD}) 100 mg IR BID x 72 h
 Naproxen (Naprosyn^{MD}) 500 mg PO BID x 72 h
 Celecoxib (Celebrex^{MD}) 200 mg PO BID x 72 h
 Acétaminophène (Tylenol^{MD}) 975 mg PO ou IR q 6 h rég.
 Lorazepam (Ativan^{MD}) 1 mg S. Ling HS PRN
 Autres : _____

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES

• **Si nausée(s)** (Respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :

- 1) Ondansétron (Zofran^{MD}) 4 mg IV q 8 h PRN
 2) Metoclopramide (Maxeran^{MD}) 10 mg IV q 4 h PRN. Si non efficace après 1h, répéter une dose de 10 mg (max. de 20 mg IV q 4h PRN).
 ***Si allaitement : max. de 10 mg/dose et max. de 40 mg/jour.
 3) Diméhydrinate (Gravol^{MD}) 50 mg IV en 20 min. et ajouter
 Diméhydrinate 100 mg/L dans soluté de base. Si débit du soluté de base < 60 mL/h : aviser SAPO.

• **Si prurit** (Respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :

- 1) Nalbuphine (Nubain^{MD}) 2,5 mg SC q 4 h PRN. Si non efficace après 1h, répéter une dose de 2,5 mg (max. de 5 mg SC q 4 h PRN).
 2) Diphenhydramine (Benadryl^{MD}) 25 mg IV q 4 h PRN. Si non efficace après 1h, répéter une dose de 25 mg (max. de 50 mg IV q 4 h PRN).

CONTINUITÉ PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

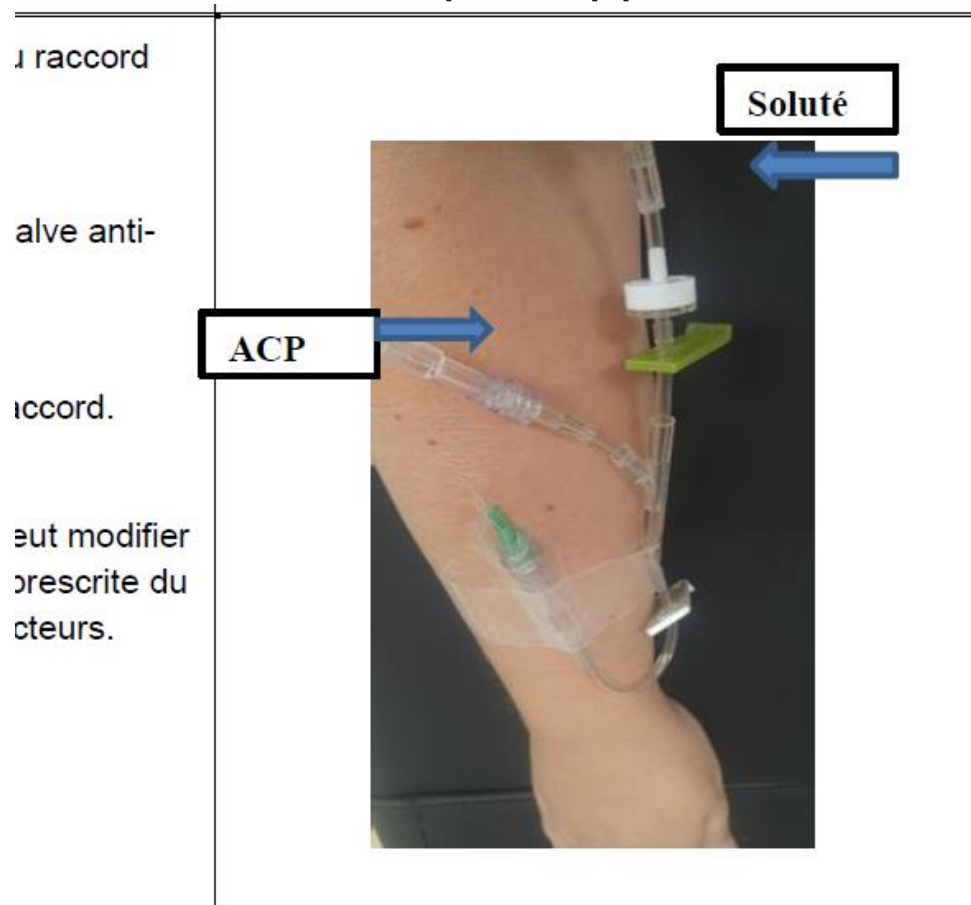
• **Aucun** opiacé supplémentaire, sédatif ou anti-inflammatoire ne doit être donné sans l'accord du SAPO.

• La médication et l'analgésie suivantes doivent être poursuivies après la SOP :

• Cesser tous les autres analgésiques non-mentionnés ci-haut prescrits avant la SOP

Le montage de l'ACP

- Technique de soins « Pompe Sapphire » 12.7



OIP 87 : Analgésie par perfusion de Kétamine

- Quelques informations sur la Kétamine
 - Il s'agit d'un antagoniste NMDA. Celle-ci vient aider le cerveau (SNC) à traiter les informations douloureuses **différemment** via un mécanisme d'inhibition des entrées du calcium dans la cellule nerveuse. Par conséquent l'activité neuronale excitatrice est donc bloquée. Résultat : une modification de l'influx douloureux qui se traduit par une réduction de la douleur .



Un peu comme si nous mettions de drôles de lunettes au cerveau!

Avantages / Désavantages



+

- **Pas de dépression respiratoire associée** (n'est pas un opioïde !)
- Réduit jusqu'à de 32 à 50 % l'utilisation des opioïdes (Jouguelet et al. 2015)
- Réduit l'utilisation des analgésiques d'appoint de 30 à 50% (Jouguelet et al. 2015)
- Améliore les scores de douleur postopératoire (Laskowski, 2011) et ce jusqu'à 87,5% si perfusion IV. (Jouguelet et al. 2015)

-

- Plus efficaces dans certaines chirurgies (Thoracique, abdo, ortho, neurochir)
- **MULTIPLES EFFETS SECONDAIRES**
- Doit être ciblé. (ce n'est pas tous les patients qui en bénéficient!)

Les effets secondaires de la kétamine

- Effets psychodysléptiques
 - Impression de flottement
 - Décorporation
 - Rêves éveillés
 - Hallucinations visuelles et auditives
 - Confusion
 - Délire

Traitement : les benzodiazépines
comme le Versed® ou l'Ativan®

Facteurs de risques:
Age (enfants)
Homme
Troubles Ψ
Alcoolisme
Bolus rapide ou dose très élevée

OIP-CEMTE-00087-Analgésie par perfusion de kétamine

OIP VALIDE EN CONTEXTE HOSPITALIER SEULEMENT

ANALGÉSIE - Kétamine

Préparation par le département de pharmacie

- Dans 250 mL de NaCL 0.9% :
 - Kétamine (Kétalar^{MD}) 1 mg / mL
 - Kétamine (Kétalar^{MD}) 5 mg / mL

Administration par voie intraveineuse (IV) à l'aide de la pompe d'analgésie.

- Débuter la perfusion à :
 - 0.15 mg /kg / h soit : _____ mg / heure
 - 0.25 mg / kg / h soit : _____ mg / heure
 - 0.5 mg / kg / h soit : _____ mg / heure
 - autre : _____ mg / heure

ANALGÉSIE SUPPLÉMENTAIRE:

- ACP tel que prescrit (OIP-HMR 3324-1)

GESTION DES SYMPTÔMES / EFFETS SECONDAIRES

- Si effets psychodysléptiques (hallucinations visuelles ou auditives, impression de flottement, rêves éveillés, cauchemars, décorporation (« impression de sortir de son corps »))
 - Midazolam (Versed^{MD}) 1 mg IV ou _____ q 8 h PRN
 - Lorazépam (Ativan^{MD}) 1 mg PO q 8 h PRN

[OIP-CEMTE-00087] - [Analgésie par perfusion de kétamine] (SUITE)

CONTINUITÉ PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

- Aucun opiacé supplémentaire, sédatif, neurotrope (ex. : antidépresseur, antipsychotique) ne doit être donné sans l'accord de l'anesthésiologiste

SOINS ET SURVEILLANCES INFIRMIÈRES

Si perfusion de kétamine seule :

- | | |
|------------------------------|--|
| Évaluations à l'installation | <ul style="list-style-type: none">Tension artérielle (TA), pouls, état respiratoire : fréquence, rythme, amplitude, ronflement et saturation chaque 30 min pour 2 hÉvaluation de la douleur selon l'échelle numérique q 30 min pour 2 hÉvaluation de la sédation selon Pasero (2007) q 30 min pour 2 h |
|------------------------------|--|

- | | |
|----------------------------------|---|
| Évaluations pendant la perfusion | <ul style="list-style-type: none">Signes vitaux de routineÉvaluation de la douleur selon l'échelle numérique q 4 hÉvaluation de la sédation selon Pasero (2007) q 4 h. Respecter sommeil. |
|----------------------------------|---|

Si utilisation ACP d'opioïdes :

- Effectuer les surveillances de l'ACP

AVISER L'ANESTHÉSIOLOGISTE STAT

- Saturation < 94% et fréquence respiratoire < 8/min et sédation > 3 selon Pasero.
- Effets psychodysléptiques ou effets secondaires importants
⇒ Mettre la perfusion en mode attente (arrêt temporaire jusqu'à nouvel ordonnance de l'anesthésiologiste)



M. Epi



Les types de blocs

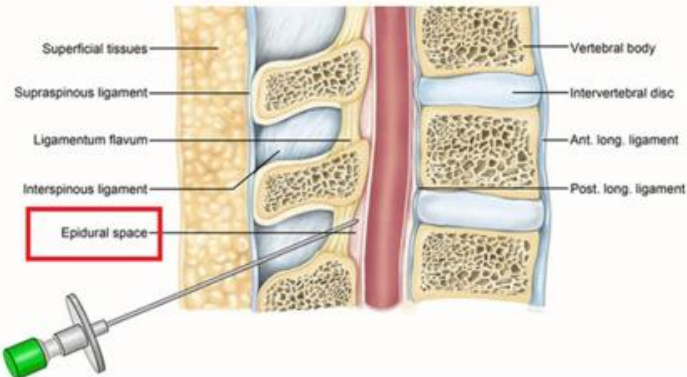
Les blocs neuraxiaux :

- anesthésie péridurale
- anesthésie intrathécale ou anesthésie rachidienne
- blocs para vertébraux

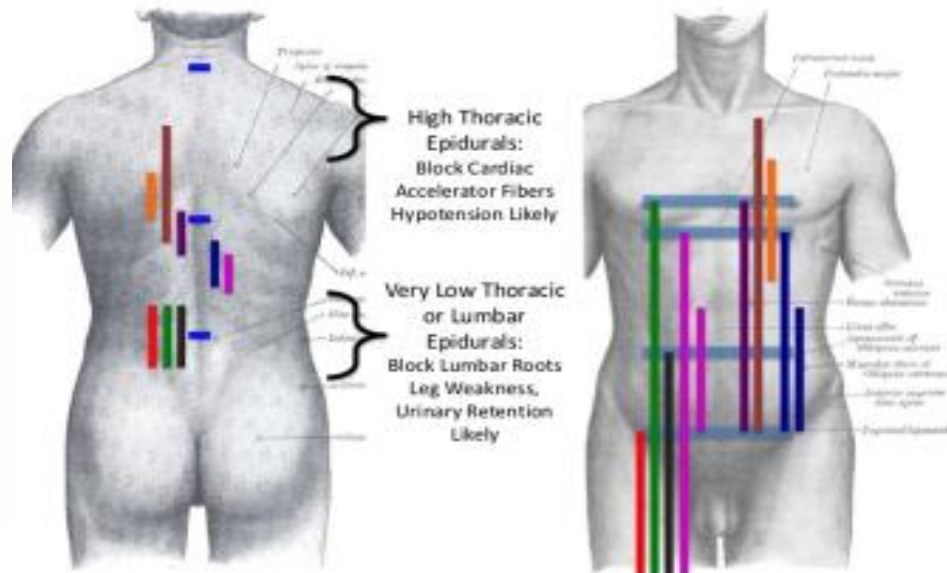
Aspect théorique de l'épidurale

Épidurale

Épidurale



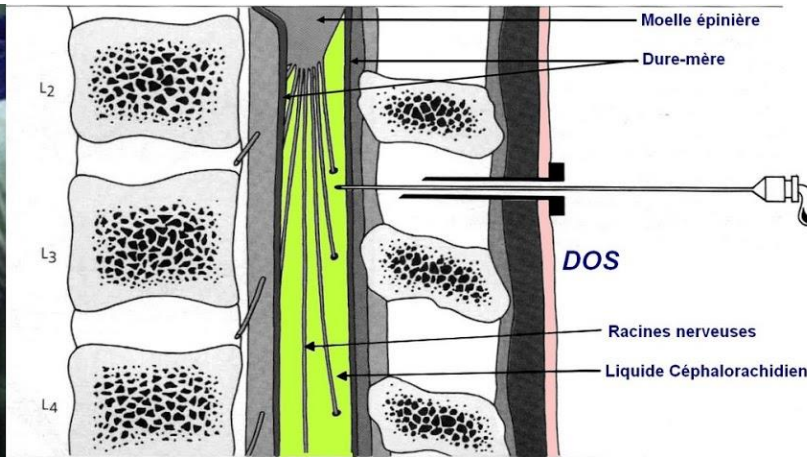
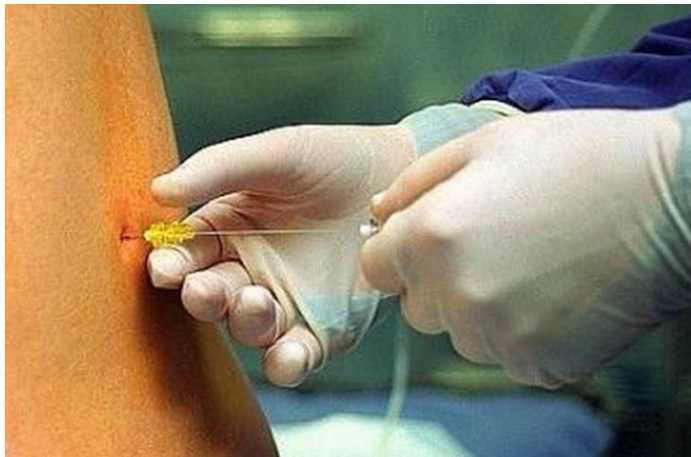
Choosing Epidural Insertion Level



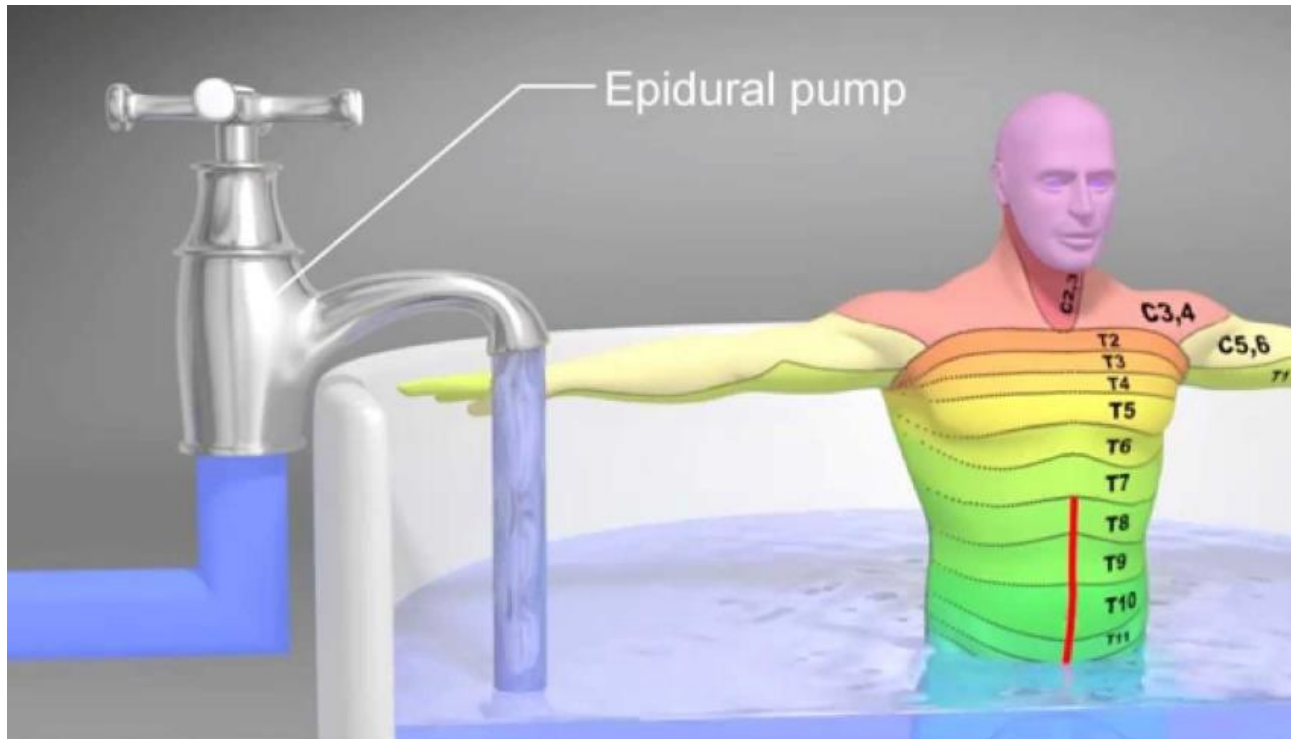
La rachianesthésie ou intrathécale

- Définition:

injection d'une solution anesthésique, comprenant ou non un opioïde, directement dans le liquide céphalo-rachidien. La technique s'apparente à la ponction lombaire. Les patients ont généralement un bloc moteur et sensitif important durant les premières heures. Les effets se dissipent assez rapidement tout dépendamment de la médication utilisée et des propriétés individuelles des patients.

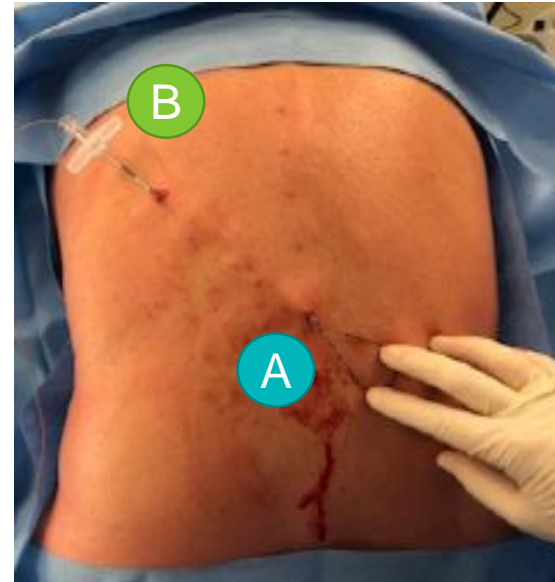
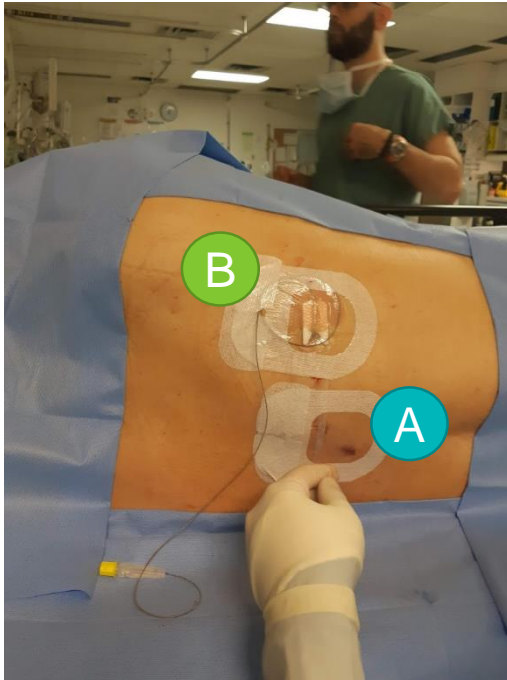


Principe de la pompe à péridurale





La tunnelisation



L'épidurale tunnelisée



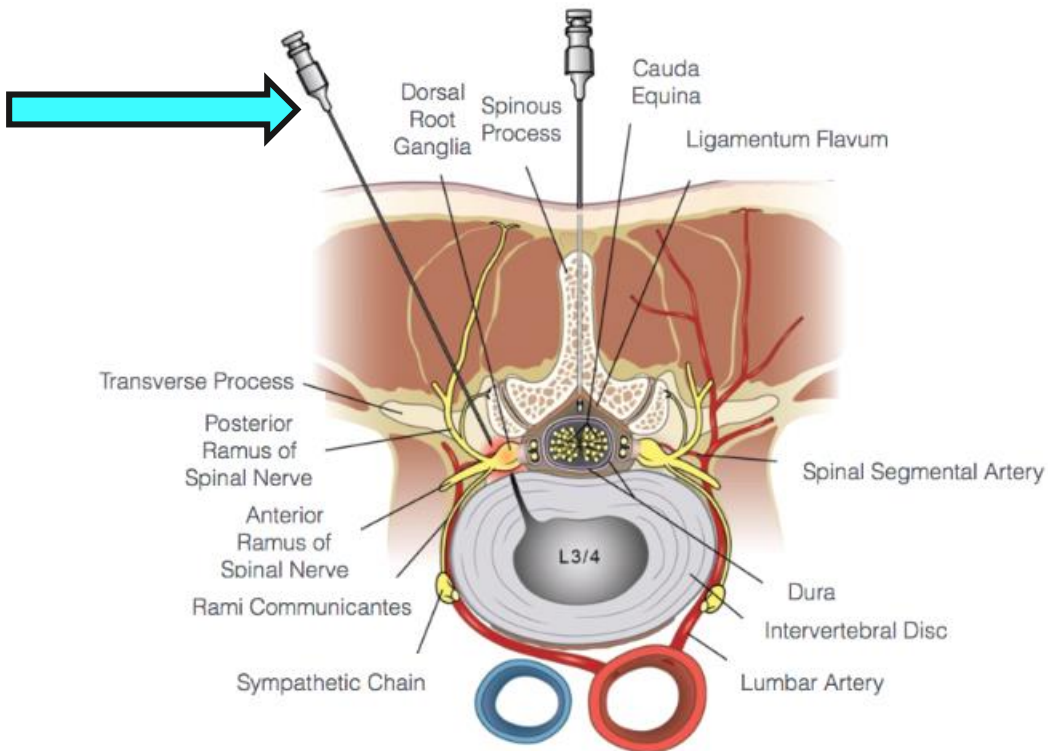
Avantages

- Permet d'optimiser l'analgésie par voie péridurale selon les besoins des patients

Inconvénients

- Retrait?
- Complications.

Qu'est-ce qu'un bloc paravertébral



Définition

Injection d'un agent anesthésique local à proximité des racines des nerfs rachidiens, juste après leur sortie du canal médullaire.

La division se fait de façon bilatérale (coté gauche et coté droit).

Blocs paravertébraux

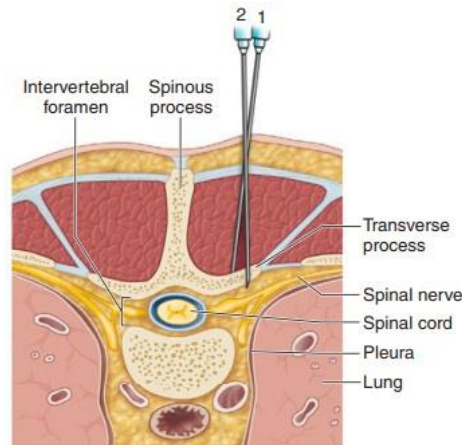
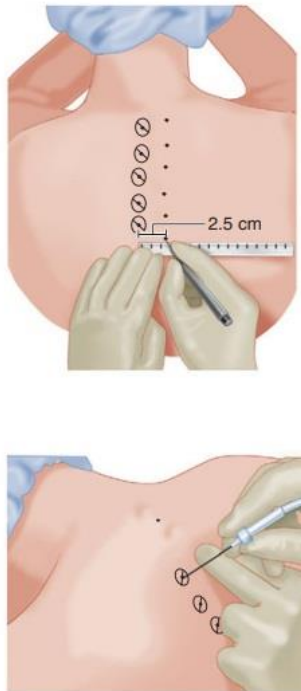


FIGURE 46-62 Paravertebral anatomy and traditional approach. Contact transverse process (1), then redirect the needle caudally (2) and advance 1 cm.

- Les blocs sont surtout utilisés dans les chirurgies thoraciques. Ils sont beaucoup plus effectués en dose unique (sans placement de cathéter). L'anesthésiologiste peut localiser une zone seulement (un dermatome) et d'un seul côté. Cependant, si le besoin à couvrir est grand ou bilatéral, il doit répéter les injections à chaque racines nécessaires.
- Le bloc paravertébral a le même effet que la péridurale.

https://www.brainkart.com/article/Peripheral-Nerve-Blocks-of-the-Trunk--Paravertebral-Block_27251/



Les dermatomes

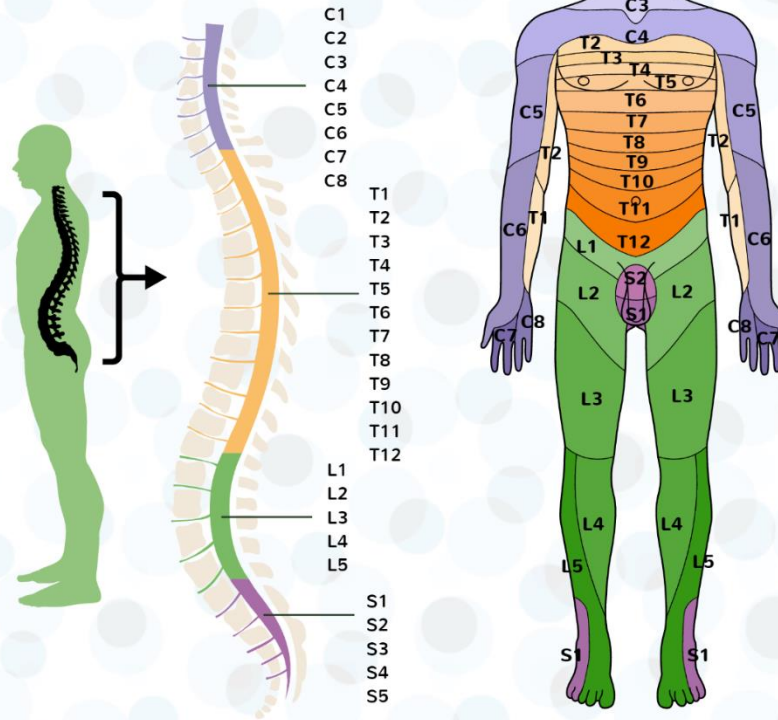
Dermatomes

Définition:

Aire de la peau innervée par une fibre nerveuse.
(racine rachidienne sensitive)

A dermatome is an area of skin that is mainly supplied by a single spinal nerve. Each of these nerves relays sensation (including pain) from a particular region of skin to the brain. A dermatome is an area of skin that is mainly supplied by a single spinal nerve.

Source: Wikipedia





Comprendre les dermatomes

- L'anesthésiologiste injecte dans l'espace péri-dural ou intrathécal une substance anesthésique / analgésique plus ou moins isobare.
- La hauteur ou niveau de la piqure permet de geler la zone correspondant au site d'injection. Ce niveau s'appelle dermatome.
- Il est possible que l'anesthésique ne se distribue pas équitablement de part et d'autre de l'espace et se traduise par un côté plus gelé que l'autre.
- Le patient peut se tourner du côté non gelé pour faire couler la médication par gravité.



Test des dermatomes : test de froid

- Le test à la glace ou test de froid sert à :
 - savoir si l'analgésie est efficace
 - à évaluer la disparition de l'action anesthésique / analgésique post-intervention
 - à évaluer une atteinte neurologique (zone hypoesthésique)

Retrait du cathéter technique - xx



Péridurale standard

- TOUJOURS PRESCRIT par le SAPO
- **Attention aux anticoagulants**

Tunnelisée

- Même technique +
**Culture des sites ABC et du cathéter automatique.

OIP 3324-7 – MÉDICATION, SOINS ET SURVEILLANCE DES USAGERS SOUS PÉRIDURALE - SAPO

Poids : _____ Taille : _____ Allergie : _____ Intolérance : _____

ANALGÉSIE PÉRIDURALE EN PERFUSION CONTINUE

Préparation effectuée par la pharmacie

Dans 250 mL NaCl 0,9 % :

- Bupivacaine (Marcaine^{MD}) 0,05 % 0,1 % (contient du latex)
 Fentanyl (Sublimaze^{MD}) 2 mcg/mL 3 mcg/mL
 Epinephrine (Adrenaline^{MD}) 2 mcg/mL Autre : _____

PRÉCAUTIONS IMPORTANTES EN LIEN AVEC L'ANTICOAGULATION

Pendant toute la durée de l'analgésie épidurale, l'usager peut recevoir seulement les anticoagulants suivants:

- Héparine 5 000 unités SC BID **associée ou non** à l'acide acétylsalicylique (Aspirine^{MD}) 80 mg ou 325 mg DIE OU
- Tinzaparine (Innohep^{MD}) ≤ 6 000 unités SC DIE (débutée à 10h00 AM le lendemain de l'opération) **associée ou non** à l'acide acétylsalicylique (Aspirine^{MD}) 80 mg ou 325 mg DIE

L'association d'AINS avec les anticoagulants ci-haut mentionnés est à la discrétion du SAPO.

Aviser l'anesthésiologie, si d'autres agents anticoagulants ou antiplaquettaires suivant sont prescrits:

- | | | |
|--|--|--|
| • Aoenocoumarol (Sintrom ^{MD}) | • Danaparole (Orgaran ^{MD}) | • Héparine en perfusion IV |
| • Apixaban (Eliquis ^{MD}) | • Dipyridamole (Persantin ^{MD} / Aggrenox ^{MD}) | • Prasugrel (Effient ^{MD}) |
| • Argatroban | • Enoxaparine (Lovenox ^{MD}) | • Rivaroxaban (Xarelto ^{MD}) |
| • Clopidogrel (Plavix ^{MD}) | • Fondaparinux (Arixtra ^{MD}) | • Ticagrelor (Brilanta ^{MD}) |
| • Dabigatran (Pradaxa ^{MD}) | • Héparine 5 000 unités SC TID | • Tinzaparine (Innohep ^{MD}) > 6 000 unités SC DIE |
| • Daltéparine (Fragmin ^{MD}) | | • Warfarine (Coumadin ^{MD}) |

PARAMÈTRES DE TITRATION DE L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE

A LA SALLE DE RÉVEIL

Dose de charge initiale : _____ mL

Débit de la perfusion continue : _____ mL/h

Si douleur > 3/10 : dose bolus de _____ mL q 30 min. x 2.

A L'UNITÉ DE SOINS

contrôlée par le patient (AECF : analgésie épidurale contrôlée par le patient)

Débit de la perfusion continue : 5 mL/h ou _____ mL/h (idem à la salle de réveil)

Dose bolus : 5 mL ou _____ mL

Période d'interdiction : 30 min. ou _____ min.

Si douleur > 3/10 après 3 bolus consécutifs (en 1h) : ↑ le débit de _____ mL/h q 1 h PRN (Débit maximum de _____ mL/h)

contrôlée par l'infirmière:

Débit de la perfusion continue de _____ à _____ mL/h

Si douleur > 3/10 au repos: Dose bolus de _____ mL

↑ le débit de _____ mL/h q _____ min. PRN (Période d'interdiction)

Si douleur > 3/10 seulement à la mobilisation ou à la toux:

Dose bolus de _____ mL 15 min. avant mobilisation et/ou spirométrie

Si douleur à 0/10 à la mobilisation: ↓ le débit de _____ mL/h q 8 h

OIP 3324-7 – MÉDICATION, SOINS ET SURVEILLANCE DES USAGERS SOUS PÉRIDURALE – SAPO (SUITE)

COANALGÉSIE

- Celecoxib (Celebrex^{MD}) 200 mg PO BID X 72h
 Acétaminophène (Tylenol^{MD}) 975 mg PO ou IR q 6h rég.
 Lorazepam (Ativan^{MD}) 1 mg S. Ling HS PRN
 Autres : _____

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES

- **Si nausée(s)** (Respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :
 - 1) Ondansetron (Zofran^{MD}) 4 mg IV q 8 h PRN
 - 2) Metoclopramide (Maxeran^{MD}) 10 mg IV q 4 h PRN. Si non efficace après 1h, répéter une dose de 10 mg (max. de 20 mg IV q 4h PRN).
 - 3) Diménhydrinate (Gravol^{MD}) 50 mg IV en 20 min. **et ajouter** Diménhydrinate 100 mg/L dans soluté de base. Si débit du soluté de base < 60 mL/h : aviser le SAPO.
- **Si prurit** (Respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :
 - 1) Nalbuphine (Nubain^{MD}) 2,5 mg SC q 4 h PRN. Si non efficace après 1h, répéter une dose de 2,5 mg (max. de 5 mg SC q 4 h PRN).
 - 2) Diphenhydramine (Benadryl^{MD}) 25 mg IV q 4 h PRN. Si non efficace après 1h, répéter une dose de 25 mg (max. de 50 mg IV q 4 h PRN).

CONTINUITÉ PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

- **Aucun** opiacé supplémentaire, sédatif ou anti-inflammatoire ne doit être donné **sans l'accord du SAPO**.
- La médication et l'analgésie suivantes doivent être poursuivies après la SOP : _____

- Cesser tous les autres analgésiques non-mentionnés ci-haut prescrits avant le SOP

OXYGÉNOTHÉRAPIE

- O₂ via lunette nasale pour maintenir une SaO₂ ≥ à _____ %.
- Si débit > 4 L/min : aviser le SAPO.



OIP 3324-7 – MÉDICATION, SOINS ET SURVEILLANCE DES USAGERS SOUS PÉRIDURALE – SAPO (SUITE)

SOINS ET SURVEILLANCE AD CONGÉ DU SAPO

- Conserver la Naloxone (Narcan^{MD}) 0,4 mg/mL (1 mL) au chevet de l'usager.
- Fréquence de la surveillance et de l'évaluation

	POUR LES PREMIÈRES 24 H	PAR LA SUITE
ÉTAT RESPIRATOIRE (fréquence, rythme, amplitude)	q 1 h	q 4 h (respecter le sommeil)
RONFLEMENT	en tout temps, éveiller l'usager et évaluer le degré de sédation.	
SÉDATION	q 2 h Réévaluer PRN selon l'état respiratoire et le degré de sédation précédent.	q 4 h
DOULEUR	q 2 h	q 4 h (respecter le sommeil)
SIGNES VITAUX ET SaO ₂	selon la routine postopératoire puis q 4 h si stable (respecter le sommeil)	
MOTRICITÉ DES MEMBRES INFÉRIEURS (selon échelle de Bromage) Pour la clientèle orthopédique : évaluer également les contractions isométriques des quadriceps contre gravité	q 4 h et avant chaque lever (tant que le cathéter péridural est en place)	

- Si péridurale lombaire** : l'usager doit se lever avec aide en tout temps.
- Si rétention urinaire, faire cathétérisme vésical q 8h PRN. (max. de 3 cathétérismes, sinon aviser le SAPO)
- Maintenir un accès IV jusqu'au congé du SAPO.
- Vérifier la programmation de la pompe à administration de l'analgésie au début de chaque quart de travail ou lors de la prise en charge.
- Toute modification de programmation de la pompe à administration de l'analgésie nécessite une double vérification indépendante (DVI) et chacune des infirmières doit signer sur la FADM.

AVISER L'ANESTHÉSIOLOGISTE SI :

- FR ≤ 8 et/ou degré de sédation >3 (échelle de Pasero) ou RA55 entre -3 et -5
 → Installer O₂ à 100 % par masque facial (type Ventimask^{MD})
 → Administrer la Naloxone (Narcan^{MD}) 0,1 mg IV (0,25 mL non dilué) en 1 min q 5 min PRN
- TA systolique < _____ mmHg
- Si douleur persiste selon une intensité > 3/10 au repos malgré ↑ de la perfusion à 2 reprises en 8h
- Bloc moteur partiel ou complet des membres inférieurs (échelle de Bromage ≤ 3)
 → Cesser la perfusion péridurale
- Pour clientèle orthopédique : bloc moteur complet ou asymétrie de la force entre les membres inférieurs suite à l'évaluation de la contraction isométrique des quadriceps

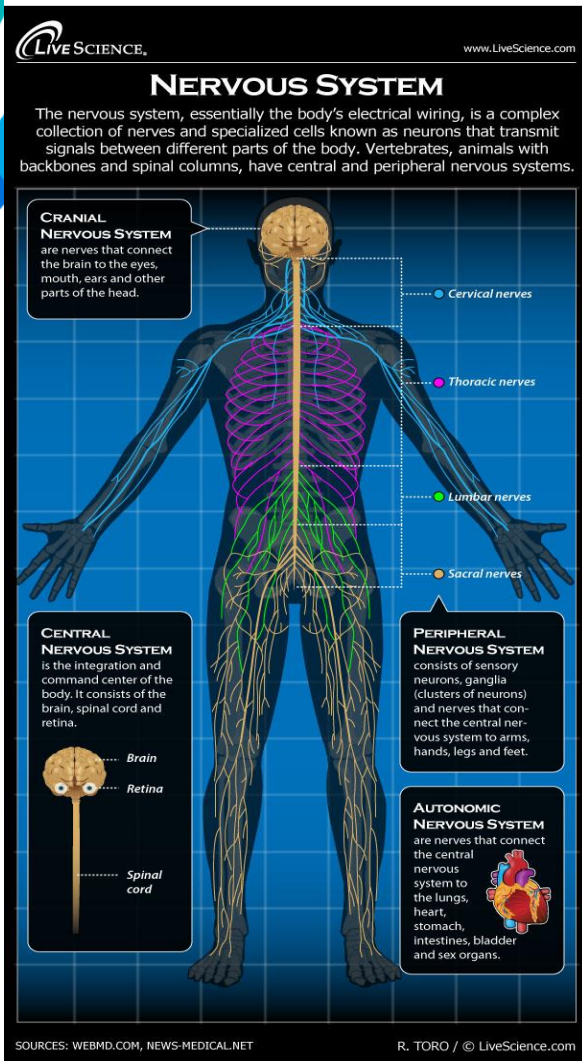
Peripheral nerve block – another point of view

*I don't know much
about outcome, but it
doesn't hurt me!*



Mme. Nerveux

Qu'est-ce qu'un bloc péricérineux

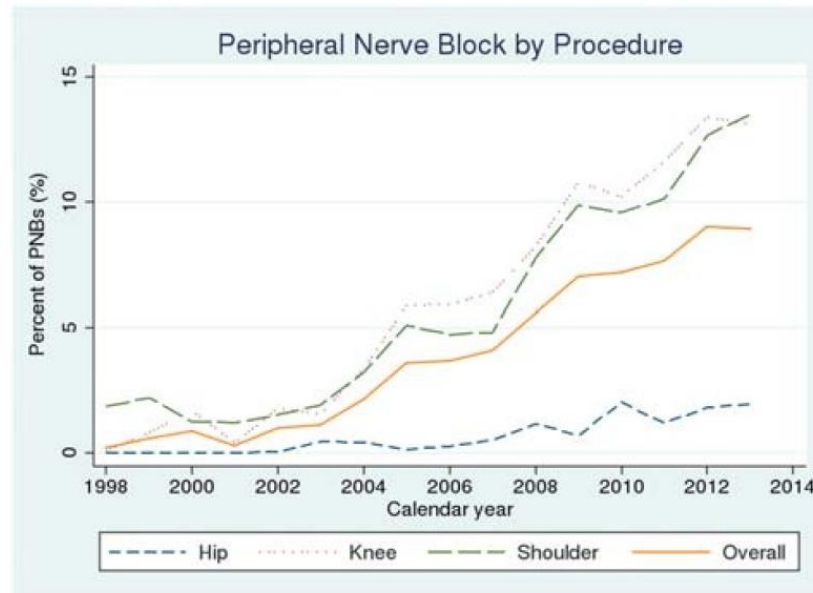


Analgésie provoquée par l'infiltration en dose unique ou continue d'un agent anesthésiant près du nerf innervant la zone à soulager.

Il y a de nombreux sites :

Interscalénique, supra ou infraclaviculaire, serratus, dorsalis, fémoral, adducteur, sciatique, poplitée ...

Depuis le début des années 2000, l'utilisation des blocs est en constante progression



Rubin et al.. ASRA, 2017



Les blocs périmerveux

- Points positifs:

- ✓ Diminue la sévérité de la douleur aiguë et l'incidence de la chronicisation
- ✓ Diminue la consommation d'opioïdes
- ✓ Diminue des effets secondaires en lien
- ✓ Augmente la satisfaction de la clientèle
- ✓ Favorise la mobilisation
- ✓ Diminue l'incidence de TPP
- ✓ Diminue la présence de délirium ou de dysfonction cognitive post-opératoire



Autres points positifs

- Taux de succès jusqu'à 100%
 - Varie en fonction de l'expérience de l'anesthésiste
 - Varie en fonction des différences individuelles du patient
- Complications rares *
- Peu de risques versus autres techniques analgésiques
- Demande peu d'interventions de la part des anesthésiologistes

OIP 337

* 0 P U U 3 3 7 *

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

[OIP-CEMTL-00337] - [Médication, soins et surveillance des usagers sous bloc périmerveux - SAPO]

TYPE DE BLOC

- Interscalénaire (ISC) Adducteur Fémoral
 Sciatique Plan du muscle transverse de l'abdomen(TAP) autre : _____

PRÉCAUTIONS IMPORTANTES EN LIEN AVEC L'ANTICOAGULATION

- Pendant toute la durée du bloc périmerveux, l'usager peut recevoir seulement les anticoagulants suivants:
 - ✓ Héparine 5 000 unités SC BID associée ou non à l'acide acétylsalicylique (Aspirine^{MD}) 80 mg ou 325 mg DIE OU
 - ✓ Tinzaparine (Innohep^{MD}) ≤ 6 000 unités SC DIE (débutée à 10h00 AM le lendemain de l'opération) associée ou non à l'acide acétylsalicylique (Aspirine^{MD}) 80 mg DIE ou 325 mg DIE
 - ✓ L'association d'AINS avec les anticoagulants ci-haut mentionnés est à la discrétion du SAPO.
 - ✓ **Aviser l'anesthésiologie, si d'autres agents anticoagulants ou antiplaquetaires sont prescrits**

PERFUSION DU BLOC PÉRINERVEUX

- Ropivacaine (Naropin^{MD}) 2 mg/mL (0.2%) 100 mL
 Bupivacaine 0.125% / mL + Epinéphrine (Adrénaline^{MD}) 2 mcg / mL

Dès la salle de réveil

- Dose de charge initiale : _____ mL (par la salle de réveil ou par le SAPO)
- Si **douleur** > 3/10 : bolus de _____ mL q 30 min. x 2 (par la salle de réveil ou le SAPO) puis aviser le SAPO si douleur persiste

Contrôlée par le patient

- Débit de la perfusion continue : 5 mL/h ou _____ mL/h (idem à la salle de réveil)
- Bolus : 5 mL ou _____ mL
- Période d'interdiction (réfractaire) : 30 min. ou _____ min.
- Si douleur > 3/10 après 2 bolus consécutifs (en 1 h)
- Augmenter le débit de 2 mL/h q 1 h PRN pour un débit maximal de _____ mL/h.
- Aviser le SAPO si douleur persiste.

Contrôlée par l'infirmière:

- Débuter la perfusion continue à _____ mL/h
- Débit maximal de la perfusion à _____ mL/h
- Si douleur > 3/10 **au repos**:
- Bolus de _____ mL puis augmenter le débit de 2 mL/h q 1 h PRN ad débit maximal.
- Aviser le SAPO si douleur persiste.
- Si douleur > 3/10 **seulement à la mobilisation ou à la toux** :
- Bolus de _____ mL 15 min. avant mobilisation et/ou spirométrie
- Si absence de douleur à la mobilisation:
- Diminuer le débit de 2 mL/h q 8 h.
- Débit minimal de 5 mL/h.

Signature du médecin/prescripteur

permis

Date (AAAA/MM/JJ)

Heure

OIP-CEMTL-00337-1904

Date : 1993 (Rév. 2019-04)

1 de 3



* 0 P U U 3 3 7 *

[OIP-CEMTL-00337] - [Médication, soins et surveillance des usagers sous bloc périmerveux - SAPO] (SUITE)

COANALGÉSIE/SEDATION

IMPORTANT : Un AINS est prescrit (sélectionné) après l'accord de l'équipe de chirurgie.

- Acétaminophène 975 mg PO ou IR q 6 h rég.
 Ketorolac 30 mg IV q 6 h x 72 h
 Ketorolac 15 mg IV q 6 h x 72 h (si ≥ 65 ans, ≤ 50 Kg ou Cl.Créat.30-60 mL/min.)
 Naproxen 500 mg PO BID x 72 h
 Celecoxib 200 mg PO BID x 72 h
 Tramadol 50 à 100 mg PO q 6 h PRN (MAX. 400 mg/jour)
 - Si tramadol insuffisant : _____ Tramadol 50 à 100 mg PO q 12 h PRN (MAX. 200 mg/jour si clair. créat. ≤ 30ml/min)
 - Si tramadol insuffisant : _____ Lorazepam 1 mg S. ling HS PRN

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES

Si nausée(s) (respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :

- 1) Ondansetron 4 mg IV q 8 h PRN
 2) Metoclopramide 10 mg IV q 4 h PRN.
Si non efficace après 1h, répéter une dose de 10 mg (max. de 20 mg IV q 4h PRN).
 3) Diméhydrinate 50 mg IV q 6 h PRN.

Aviser le SAPO si les nausées persistent malgré la médication prescrite ci-dessus.

Si prurit (respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :

- 1) Nalbuphine 2,5 mg SC q 4 h PRN.
Si non efficace après 1 h, répéter une dose de 2,5 mg (max. de 5 mg SC q 4 h PRN).
 2) Diphenhydramine 25 mg IV q 4 h PRN.
Si non efficace après 1 h, répéter une dose de 25 mg (max. de 50 mg IV q 4 h PRN).

CONTINUITÉ PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

- Aucun** opiacé supplémentaire, sédatif ou anti-inflammatoire ne doit être donné **sans l'accord du SAPO.**
- La médication et l'analgésie suivantes doivent être poursuivies après la chirurgie : _____

- Cesser tous les autres analgésiques non-mentionnés ci-dessus prescrits avant la chirurgie.
✓ Dans le doute, appelez le SAPO.

OXYGÉNOTHÉRAPIE

- O₂ pour maintenir une SaO₂ ≥ à _____ %.
- Si débit via canule nasale > 4 L/min ou Ventimask^{MD} > 35% : aviser le SAPO.

NE BIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec





[OIP-CEMTL-00337] - [Médication, soins et surveillance des usagers sous bloc périmerveux – SAPO] (SUITE)

SOINS ET SURVEILLANCE AD CONGÉ DU SAPO

- Si administration d'opiacé
 - ✓ Se référer à la règle de soins infirmiers RS 05
 - ✓ Conserver la Naloxone (Narcan^{MD}) 0,4 mg/mL (1 mL) au chevet de l'usager
 - ✓ Fréquence de la surveillance et de l'évaluation

	EN TOUT TEMPS	POUR LES PREMIERES 24 H	PAR LA SUITE
ETAT RESPIRATOIRE (fréquence, rythme, amplitude)	Avant chaque administration	SC ou IM q 30 min X 2 (pic d'action) puis q 2 h ad fin de la durée d'action	q 4 h (respecter le sommeil)
SÉDATION (Pasero)		PO q 1 h X 2 (pic d'action)	
DOULEUR (Gélinas)			

- Si AUCUNE administration d'opiacé

	EN TOUT TEMPS
SV et SaO ₂	q 4 h (respecter le sommeil)
MOTRICITÉ DU MEMBRE CONCERNÉ (Bromage)	q h x 4 puis q 4 h (respecter le sommeil) 1er lever avec aide si bloc membre inférieur
DOULEUR (Pasero)	q 4 h et au besoin selon la mobilisation (respecter le sommeil)

- Maintenir un accès IV jusqu'au congé du SAPO
- Vérifier la programmation de la pompe à administration de l'analgésie au début de chaque quart de travail ou lors de la prise en charge.
- Toute modification de programmation de la pompe à administration de l'analgésie nécessite une double vérification indépendante (DVI) et double vérification à la pompe (DVP), ainsi que double signature (SS) sur la FADM.

AVISER L'ANESTHÉSIOLOGISTE / LE SAPO SI :

- FR ≤ 8 et/ou degré de sédation ≥ 3 (Pasero) ou RASS entre -3 et -5 :
 - ✓ Installer O₂ à 100 % par masque facial (type haute concentration)
 - ✓ Administrer la Naloxone 0,1 mg IV en 1 min q 5 min PRN
- Persistance du bloc moteur (pour éliminer la possibilité d'un processus neuropathique) défini par
 - ✓ Bromage ≤ 3 ou
 - ✓ une diminution de sensibilité des membres de novo.
- Apparition de signes de toxicité aux anesthésiques locaux tel que : l'acouphène, goût métallique dans la bouche, engourdissement de la bouche, modification brusque des signes vitaux, confusion, convulsion.



Gestion des effets secondaires Anticoagulation

Les OIP SAPO sont standardisées

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Gestion des effets secondaires

Rappel des notions de base

SAVIEZ – VOUS
QUE ..

❖ Nausées et vomissements :

- ❖ 20 à 30% des patients en souffrent selon la Société canadienne des anesthésiologistes

Première cause d'insatisfaction chez la clientèle post-opératoire !





« J'ai mal au cœur »

Rappel pharmacologique et application clinique

...

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES

Si nausée(s) (respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :

1) Ondansetron 4 mg IV q 8 h PRN

2) Metoclopramide 10 mg IV q 4 h PRN.

Si non efficace après 1 h, répéter une dose de 10 mg (max. de 20 mg IV q 4 h PRN).

3) Dimenhhydrinate 50 mg IV q 6 h PRN.

Aviser le SAPO si les nausées persistent malgré la médication prescrite ci-dessus.

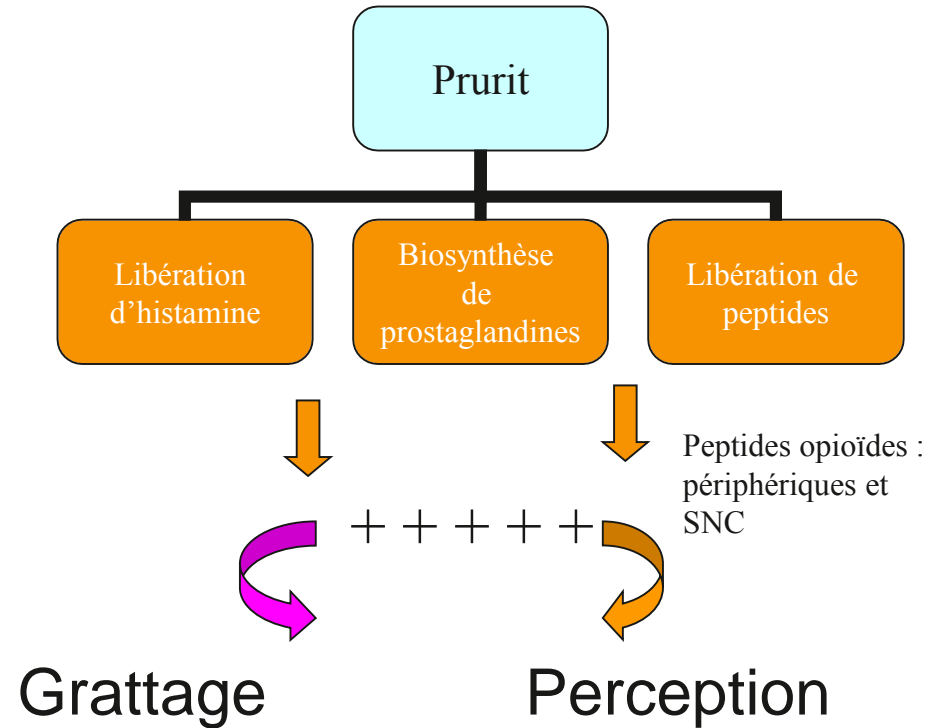
Tous les OIP SAPO sont identiques ...
Voir ce qui est prescrit !

Gestion des effets secondaires

Rappel des notions de base

❖ Prurit :

- ❖ 25 à 30% des patients se plaignent
- ❖ de prurit (péridurale) selon Zetvlaoui, 2000.





« Ça pique partout »

Rappel pharmacologique et application clinique ...

Si prurit (respecter la séquence des ordonnances et l'intervalle de 1 h entre chaque médicament coché) :

- 1) Nalbuphine 2,5 mg SC q 4 h PRN.
 - Si non efficace après 1 h, répéter une dose de 2,5 mg (max. de 5 mg SC q 4 h PRN).
- 2) Diphenhydramine 25 mg IV q 4 h PRN.
 - Si non efficace après 1 h, répéter une dose de 25 mg (max. de 50 mg IV q 4 h PRN).

**Tous les OIP SAPO sont identiques ...
Voir ce qui est prescrit !**

Gestion des effets secondaires

Rappel des notions de base

❖ Hypotension

Effets
secondaires
de l'ACP?
de l'épidurale?
d'un bloc?



<http://greenprescription.net/health-blog/a-dizzy-spell-orthostatic-hypotension>

Quoi évaluer / quoi faire en cas d'hypotension

Je réfléchis,
je réfléchis





- Aviser l'anesthésiologiste / le SAPO lorsque vous avez des problèmes de tension artérielle...
- C'est rarement le cas que l'épidurale soit la cause première de votre état...
- DE GRÂCE ... Appelez-nous!

Gestion des effets secondaires

Rappel des notions de base

❖ Bloc moteur :
est-ce normal ?

Échelle de Bromage (1978)

1. Complet



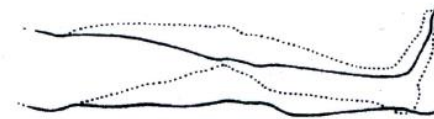
Incapable de bouger les pieds et les genoux.

2. Presque complet



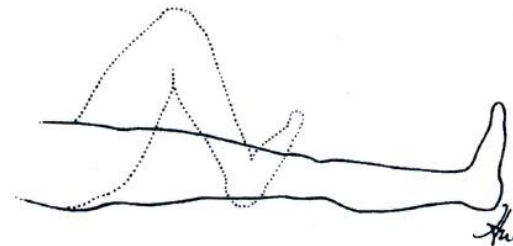
Capable de bouger les pieds seulement.

3. Partiel



Capable de plier les genoux et bouger les pieds mais pas de flexion au niveau des hanches.

4. Aucun

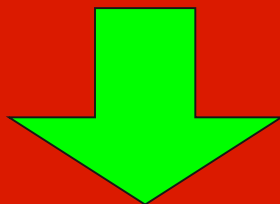


Pleine flexion des hanches, des genoux et des pieds.

Précautions en lien avec les anticoagulants



SOYEZ VIGILANT



PRÉCAUTIONS IMPORTANTES EN LIEN AVEC L'ANTICOAGULATION

Pendant toute la durée de l'analgésie épidurale, l'usager peut recevoir seulement les anticoagulants suivants:

- Héparine 5 000 unités SC BID **associée ou non** à l'acide acétylsalicylique (Aspirine^{MD}) 80 mg ou 325 mg DIE
OU
- Tinzaparine (Innohep^{MD}) ≤ 6 000 unités SC DIE (débutée à 10h00 AM le lendemain de l'opération)
associée ou non à l'acide acétylsalicylique (Aspirine^{MD}) 80 mg ou 325 mg DIE

L'association d'AINS avec les anticoagulants ci-haut mentionnés est à la discrétion du SAPO.

Aviser l'anesthésiologie, si d'autres agents anticoagulants ou antiplaquettaires suivant sont prescrits:

- | | | |
|--|---|--|
| • Acenocoumarol (Sintrom ^{MD}) | • Danaparoïde (Orgaran ^{MD}) | • Héparine en perfusion IV |
| • Apixaban (Eliquis ^{MD}) | • Dipyridamole (Persantin ^{MD}) /
Aggrenox ^{MD}) | • Prasugrel (Effient ^{MD}) |
| • Argatroban | • Enoxaparine (Lovenox ^{MD}) | • Rivaroxaban (Xarelto ^{MD}) |
| • Clopidogrel (Plavix ^{MD}) | • Fondaparinux (Arixtra ^{MD}) | • Ticagrelor (Brilanta ^{MD}) |
| • Dabigatran (Pradaxa ^{MD}) | • Héparine 5 000 unités SC TID | • Tinzaparine (Innohep ^{MD}) > 6 000 unités SC DIE |
| • Daltéparine (Fragmin ^{MD}) | | • Warfarine (Coumadin ^{MD}) |



Précautions en lien avec les anticoagulants au CONGÉ du SAPO

Poids : ____ kg Taille : ____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

[OIP-CEMTL-00084] - [Congé des services d'analgésie POSTopératoire (SAPO)]

ARRÊT DE L'ANALGÉSIE

- Cesser l'ACP
- Cesser la perfusion péridurale
- Cesser le bloc locorégional (périnerveux)
- Arrêter l'analgésie Aujourd'hui le : ____ / ____ / ____
 Demain à 6 h 00 AM le : ____ / ____ / ____

GESTION DU RETRAIT DE CATHÉTER

- Culture du cathéter

PRÉCAUTIONS IMPORTANTES EN LIEN AVEC LES ANTICOAGULANTS

RETIRER le cathéter péridural ou le bloc périnerveux

- **4 h AVANT** l'administration de l'héparine 5 000 unités SC BID
- **4 h AVANT** de la tinzaparine (Innohep^{MD}) ≤ 6 000 unités SC DIE

Si applicable : **6 h APRÈS** le retrait du cathéter, débiter les anticoagulants oraux (rivaroxaban (Xarelto^{MD}), apixaban (Eliquis^{MD}) et dabigatran (Pradaxa^{MD}))

Si l'HÉPARINE INTRAVEINEUSE doit être débutée:

- Débuter dans ____ h après le retrait du cathéter tel que décidé par le SAPO

SURVEILLANCE

- Évaluation de la motricité des membres inférieurs selon l'échelle de Bromage q 4 h X 3.

THÉRAPIE ANALGÉSIE POST-SAPO

Il s'avère obligatoire

- d'évaluer la motricité post retrait dû au risque d'hématome péridural et
- de noter dans vos notes infirmières la présence du bout « bleu » au bout du cathéter.

NE RIEN INSCRIRE DANS LES MARGES

Soins infirmiers

Petit rappel

- Gestion des bolus et des perfusions
- Co-analgésie
- Gestion du sommeil et de l'agitation
- LA POMPE



Mon patient est souffrant... utilisation des bolus



L'ACP

À l'unité de soins

- Débit de la perfusion continue : Idem à la salle de réveil
- Bolus : _____ mg ou _____ mcg
- Période d'interdiction (réfractaire) : _____ min.
- Si après 1 h, douleur > 3/10 ET niveau de sédation < 3 (Pasero) ET le ratio des bolus demandés : administrés > 2 : 1
 - ✓ Augmenter le bolus à _____ mg ou _____ mcg.
 - ✓ **Aviser le SAPO** si douleur persiste.

Péridurale – Bloc nerveux

Contrôlée par le patient

- Débit de la perfusion continue : 5 mL/h ou _____ mL/h (idem à la salle de réveil)
- Bolus : 5 mL ou _____ mL
- Période d'interdiction (réfractaire) : 30 min. ou _____ min.
- Si douleur > 3/10 après 2 bolus consécutifs (en 1 h)
 - ✓ Augmenter le débit de 2 mL/h q 1 h PRN pour un débit maximal de _____ mL/h.

Contrôlée par l'infirmière:

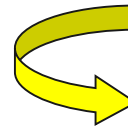
- Débit de la perfusion continue de _____ à _____ mL/h
- Si douleur > 3/10 au repos:
 - ✓ Bolus de _____ mL puis augmenter le débit de 2 mL/h q 1 h PRN ad débit maximal.
 - ✓ Si douleur persiste **avisé le SAPO**.
- Si douleur > 3/10 seulement à la mobilisation ou à la toux :
 - ✓ Bolus de _____ mL 15 min. avant mobilisation et/ou spirométrie
- Si absence de douleur à la mobilisation:
 - ✓ Diminuer le débit de 2 mL/h q 8 h.
 - ✓ Débit minimal de 5 mL/h.

La coanalgésie ou médication supplémentaire



La clé du soulagement

- Elle favorise une prise en charge de la douleur aiguë de façon multimodale (action sur différents récepteurs)



Meilleure efficacité

- Elle diminue la consommation d'opioïdes ainsi que les effets secondaires reliés.

La coanalgésie

- ACP

IMPORTANT : Un AINS est prescrit (sélectionné) après l'accord de l'équipe de chirurgie.

- Acetaminophene 975 mg PO ou IR q 6 h rég.
- Ketorolac 30 mg IV q 6 h x 72 h
- Ketorolac 15 mg IV q 6 h x 72 h (si ≥ 65 ans, ≤ 50 Kg ou Cl.créat.30-60 mL/min.)
- Naproxen 500 mg PO BID x 72 h
- Celecoxib 200 mg PO BID X 72 h
- Tramadol 50 à 100 mg PO q 6 h PRN (MAX. 400 mg/jour)
- Tramadol 50 à 100 mg PO q 12 h PRN (MAX. 200 mg/jour si clair. créat. ≤ 30 mL/min)
- Lorazepam 1 mg S. ling HS PRN

- Péridurale

COANALGESIE/SEDATION

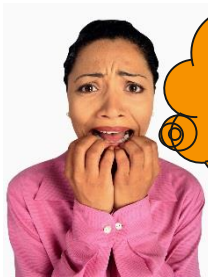
- Acetaminophene 975 mg PO ou IR q 6 h rég.
- Celecoxib 200 mg PO BID X 72 h
- Tramadol 50 à 100 mg PO q 6 h PRN (MAX. 400 mg/jour)
 - Si tramadol insuffisant : _____
- Tramadol 50 à 100 mg PO q 12 h PRN (MAX. 200 mg/jour si clair. créat. \leq _____)
 - Si tramadol insuffisant : _____
- Lorazepam 1 mg S. ling HS PRN



**Médicaments
fréquemment
utilisés en
co-analgésie**

1. Acétaminophène (Tyléno)
2. ***** AINS *****
3. Lorazépam (Ativan) —————> anxiolytique
4. Gabapentine (Neurontin®) —> anticonvulsivant
5. Prégabaline (Lyrica®) —————> anticonvulsivant
6. Certains antidépresseurs tel que l'amitriptyline (Elavil)

La co-analgésie ou médication supplémentaire (suite)



Oui ou non ?

- **Ce qu'il faut savoir sur les AINS**
 - **Deux classes :**

Cox-1 : tous les AINS sauf ...

Cox-2 : Célébrex® (célécoxib)

**Un seul AINS DOIT ETRE PRESCRIT
Il existe des contre-indications ...**

Continuité pharmacothérapeutique

CONTINUITÉ PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE

- Aucun opiacé supplémentaire, sédatif ou anti-inflammatoire ne doit être donné sans l'accord du SAPO.
- La médication et l'analgésie suivantes doivent être poursuivies après la SOP :

- Cesser tous les autres analgésiques **non-mentionnés** ci-haut prescrits avant le SOP

Exemple de médication à prescrire :

M-Eslon, Oxycontin, hydromorph-contin, Imovane, Paxil, Haldol, Zyprexa

..

Appelez le SAPO si la médication usuelle n'a pas été prescrite.

Dans le doute ... Appelez-nous !

SOINS ET SURVEILLANCE AD CONGÉ DU SAPO

- Conserver la Naloxone 0,4 mg/mL (1 mL) au chevet de l'usager
- Fréquence de la surveillance et de l'évaluation

 **Obligatoire**

	POUR LES PREMIÈRES 24 H	PAR LA SUITE
ÉTAT RESPIRATOIRE (fréquence, rythme, amplitude)	q 1 h	q 4 h (respecter le sommeil)
RONFLEMENT	en tout temps, réveiller l'usager et évaluer le degré de sédation.	
SÉDATION (Pasero)	q 2 h Réévaluer PRN selon l'état respiratoire et le degré de sédation précédent.	q 4 h
DOULEUR (Gélinas)	q 2 h	q 4 h (minimalement) (respecter le sommeil)
SIGNES VITAUX ET SaO₂	q. 30 min x 2, q. heure x 4 puis q 4 h si stable	
BLOC MOTEUR (Bromage)	q h. x 4 puis q 4 h. 1 ^{er} lever avec aide puis PRN	

- Maintenir un accès IV jusqu'au congé du SAPO.
- Vérifier la programmation de la pompe à administration de l'analgésie au début de chaque quart de travail ou lors de la prise en charge.
- Toute modification de programmation de la pompe à administration de l'analgésie nécessite une double vérification indépendante (DVI) et double vérification à la pompe (DVP), ainsi que double signature (SS) sur la FADM.

La pompe



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Pompe Sapphire - Analgésie
version logiciel 13.22.1

Technique de soins
N° 12.7

Définition

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

La pompe Sapphire ou pompe SAPO!

FORMATIONS EN LIGNE

Soins et services / Soins infirmiers / Formations continues / Formations en ligne

- Ressources et documentation internet
- Centre d'excellence en soins infirmiers (CESI)
- Échelle neurologique canadienne
- Formations continues
 - Relevés de formation continue
 - Formations en ligne
 - Pompes à perfusion
 - Analgésie

FORMATIONS EN LIGNE

Bienvenue dans la section des formations en ligne!

- [Antigène des streptocoques du groupe A](#)
- [Bandelette urinaire](#)
- [Densité urinaire par réfractométrie ***En construction***](#)
- [Feuille d'administration des médicaments \(FADM\)](#)
- [Glucométrie](#)
- [Pompes à perfusion](#)
- [Protocole d'analgésie SAPO](#)
- [Ponctions veineuses](#)
- [Test de grossesse](#)



POMPE À PERFUSION SAPHIRE^{MC} – AIDE-MÉMOIRE MODE ÉPIDURAL AECP – AVEC BIBLIOTHÈQUE DE MÉDICAMENTS



RAPPELS

- Rangez la pompe, le boîtier verrouillable et l'adaptateur ensemble.
- Retirez la tubulure de l'emballage et fermez la valve anti-écoulement libre (VAÉL) de la cassette en relâchant celle-ci.

AECP

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

DÉPT./UNITÉ : _____

dans la case ci-dessous : indique que l'établissement utilise cette séquence de programmation.

PURGE DE LA TUBULURE (AU MOYEN DE LA POMPE)

⚠ AVANT LA PURGE, VÉRIFIEZ QUE LA TUBULURE EST DÉBRANCHÉE DU PATIENT.

⚠ SI LA TUBULURE EST MUNIE D'UN FILTRE, CELUI-CI DOIT ÊTRE SITUÉ PLUS BAS QUE L'ACCÈS VASCULAIRE.

1. Vérifiez que tous les clamps de la tubulure sont ouverts.
2. Dans la barre d'outils de l'écran de démarrage, appuyez sur **Purger**.
3. Dans l'écran Attention, appuyez sur **Purger** ; la purge débute.
4. Dans la barre d'outils, appuyez sur **Terminer purge**.
Ou bien appuyez sur le bouton **STOP** situé au bas de la pompe.
5. Purge terminée – Rappel : Rebrancher la tubulure au patient après la purge.
6. Dans l'écran Attention, appuyez sur **OK**.

PROGRAMMATION

A. PROGRAMMATION AU MOYEN DE LA FONCTION NOUVELLE PERFUSION

1. Appuyez sur le bouton **ON/OFF**. Laissez la pompe effectuer les autotests.
2. Installez la tubulure dans la pompe.
3. Dans l'écran Unité de soins, sélectionnez **Accepter** ou **Changer** pour visualiser toutes les unités de soins disponibles.
4. Purgez la tubulure (comme il est décrit ci-haut) – Appuyez sur **Purger** et suivez les instructions.
La pompe vous permet d'effectuer la purge avant ou après la programmation de la perfusion.
5. Appuyez sur **Nouv. perfus.**
6. Dans l'écran **Nom médic.** : Appuyez sur **Recher** dans la barre d'outils et sélectionnez le médicament.
7. Sélectionnez la concentration (s'il y a lieu).
8. Écran **VAP** : Entrez le VAP, puis appuyez sur **OK**.
9. Écran **Débit continu** (si cette fonction est activée)* : Entrez le débit, puis appuyez sur **OK**.
10. Écran **Bolus patient** (si cette fonction est activée)* : Entrez le bolus patient, puis appuyez sur **OK**.
Écran **Verrou bolus** : Entrez le nombre de minutes de verrouillage, puis appuyez sur **OK**.
[Choisir une dose limite?] Appuyez sur **Oui** ou **Non**.
Si **Oui**, choisissez :

1

Nombre de bolus. Écran **Bolus en __h*** : Entrez le nombre maximum de bolus pouvant être administrés pendant cette période.

OU

Écran **[Dose totale]*** : Entrez la dose maximale pouvant être administrée pendant cette période.

11. Écran **[Ajouter dose de charge?]** (si cette fonction est activée)*, appuyez sur **Oui** ou **Non**.
Si **Oui**, À l'aide du clavier, entrez une dose de charge de _____ mg ou mcg, puis appuyez sur **OK**.
12. Vérifiez les paramètres affichés dans l'écran **Confirm.**, (appuyez sur **Suivant** s'il y a lieu).
13. Appuyez sur **OK**.
14. Écran **[Utiliser poignée bolus?]** (si cette fonction est activée)*, appuyez sur **Suivant** et suivez les instructions à l'écran pour vérifier le branchement de la poignée bolus à la pompe.
15. Avant de démarrer la perfusion, vérifiez que les clamps de la tubulure de perfusion sont ouverts, puis appuyez sur **Démarrer**.
16. Écran **[Voulez-vous purger la tubulure avant de démarrer la perfusion?]** (si cette fonction est activée)*, appuyez sur **Purger** si la tubulure n'a pas encore été purgée, ou appuyez sur **Démarrer**.

B. DÉMARRAGE D'UNE PERFUSION PRÉPROGRAMMÉE AU MOYEN DE L'OPTION RÉPÉTER LA DERNIÈRE PERFUSION (si cette fonction est activée)*

1. Appuyez sur le bouton **ON/OFF**. Laissez la pompe effectuer les autotests.
2. Installez la tubulure dans la pompe.
3. Dans l'écran Unité de soins, sélectionnez **Accepter** ou **Changer** pour visualiser toutes les unités de soins disponibles.
4. Pour purger la tubulure (procédez comme il est décrit plus haut) – Appuyez sur **Purger** et suivez les instructions.
La pompe vous permet d'effectuer la purge avant ou après la programmation de la perfusion.
5. Appuyez sur **Répéter dem. perf.**
6. Vérifiez les paramètres affichés dans l'écran **Confirmer**, (appuyez sur **Suivant** s'il y a lieu).
7. Appuyez sur **OK**.
8. Écran **[Utiliser poignée bolus?]** (si cette fonction est activée)*, appuyez sur **Oui** et suivez les instructions à l'écran pour vérifier le branchement de la poignée bolus à la pompe.
9. Pour démarrer la perfusion, vérifiez que les clamps de la tubulure de perfusion sont ouverts, puis appuyez sur **Démarrer**.
10. Écran **[Voulez-vous purger la tubulure avant de démarrer la perfusion?]** (si cette fonction est activée)*, appuyez sur **Purger** si la tubulure n'a pas encore été purgée, ou appuyez sur **Démarrer**.

DÉVERROUILLAGE DE LA POMPE

1. Appuyez sur **App. PF déverrou patient**.
2. Entrez le mot de passe requis, puis appuyez sur **OK**.
3. Dans l'écran Attention, **Niveau d'autorisation réglé sur Élevé** : Appuyez sur **OK**.

VÉRIFICATION DES VALEURS DE PERFUSION

1. Appuyez sur **App. PF déverrou patient**.
2. Entrez le mot de passe requis, puis appuyez sur **OK**.
3. Dans l'écran Attention, **Niveau d'autorisation réglé sur Élevé** : Appuyez sur **OK**.
4. Appuyez sur **All/Modif**.

*Cet écran de programmation est facultatif.

2



Documentation

- Feuille de surveillance
- FADM

Guide d'utilisation (chirurgie, 9 avril 2019)

SURVEILLANCE CLINIQUE EN LIEN AVEC LE SERVICE D'ANALGÉSIE POST OPÉRATOIRE (SAPO)

ACP / IV ou SC / Péridurale continue / Analgésie locorégionale continue / Péridurale - Dose unique / Intrathécale - Dose unique
 ÉTAT RESP. : q 1h X 24h et q 4h / DOULEUR+SEDATION : q 2h X 24h et q 4h / TA+PLS+T+sat% : q 4h / BLOC MOTEUR : q 4h et avant lever
 RESPECTER LE SOMMEIL APRÈS LES 1^{ÈRES} 24 HEURES # pompe d'analgésie : _____

aa/mm :	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour	Jour
Heure														
Fréquence resp. (si irrégulier*)														
Amplitude resp.														
Saturation %														
O ₂ l/min ou %														
Ronflement (O/N)														
DOULEUR (Thermomètre de la douleur, Gélinas)														
Repos														
Mobilisation/Toux														
Sédation (échelle de Pasero)														
T°														
Pouls														
TA														
Opioides suppl. (√)														
N/V / prurit (√)														
Narcan * (√)														
Bloc moteur (échelle de Bromage)														
BOLUS SUPPLÉMENTAIRE / INF.														
ACP (mg ou mcg)														
Péri ou Bloc (mL/h)														
DÉBIT														
ACP (mg/h ou mcg/h)														
Péri ou Bloc (mL/h)														
NOMBRE(S) DE BOLUS														
Administré(s)														
Demandé(s)														
Dose cumulative (mL), (mg) ou (mcg)														
Vérif. pompe/site (√)														
Enseignement validé (√)														
INITIALES														
Nom, prénom, titre d'emploi														

Cocher le type d'analgésie

Si fréquence est irrégulier mettre un * et faire une note explicative au dossier

O-oui; N-non

Inscrire l'intensité de la douleur au repos

Inscrire l'intensité de la douleur à la mobilisation ou lorsque patient tousse

Inscrire le niveau de sédation selon l'échelle de Pasero (se référer à l'aide-mémoire au verso)

À cocher

Inscrire la quantité des bolus administré(s), demandé(s) et la dose cumulative - lecture sur la pompe

Cocher lorsque vous faites la vérification de la programmation de la pompe et du site de la perfusion

Fréquence de la surveillance standard

Inscrire le numéro de la pompe

Se référer au verso :
N-normale
A-augmentée
D-diminuée

Inscrire le numéro sur échelle de 10 (ex : 2/10) ou juste le numéro (ex : 2)

Inscrire la lettre selon la situation et cocher

Inscrire un chiffre. Se référer à l'aide-mémoire au verso

Encercler l'unité de mesure (mg ou mcg) et indiquer la quantité

Faire l'enseignement en lien avec l'utilisation de la manette pour analgésie contrôlée par le patient et valider la compréhension du patient (à cocher)



Liste des OIP SAPO

- OIP CEMTL 82 : Analgésie obstétricale ambulatoire
- OIP HMR 3324-6 : ACP obstétricale
- OIP CEMTL 83: Thérapie de relai (test d'arrêt)
- OIP CEMTL 84 : Congé SAPO
- OIP CEMTL 86: Injection unique du canal adducteur
- OIP CEMTL 87: Perfusion de kétamine
- OIP CEMTL 163 : Pédiatrie ACP (à venir)
- OIP CEMTL 165 : Pédiatrie péridurale (à venir)
- OIP CEMTL 166: Pédiatrie bloc périnerveux (à venir)
- OIP CEMTL 333: Biberon à domicile (bloc périnerveux)
- OIP CEMTL 337: Bloc périnerveux
- OIP CEMTL 338: Intrathécale
- OIP CEMTL 339: ACP
- OIP CEMTL 340: péridurale

Sur intranet ... le nouveau FADM

Soutien à l'autonomie des personnes âgées ▾ DI TSA-DP ▾ Jeunesse ▾ Santé mentale et dépendance ▾ Soins infirmiers ▾ Services multidisciplinaires ▾ Services professionnels ▾

Ordonnances et protocoles Formation clinique ▾ OCCI AAPA Pratiques interdisciplinaires ▾

PROTOCOLE D'ANALGÉSIE SAPO

[Soins et services](#) / [Soins infirmiers](#) / [Formations continues](#) / [Formations en ligne](#) / [Analgésie](#)

Ressources et documentation internet ▾

Centre d'excellence en soins infirmiers (CESI) ▾

Paramètres cliniques

Formations continues

Relevés de formation continue

Formations à l'embauche

Formations en ligne

Pompes à perfusion ▾

Analgésie

Ponction veineuses

FADM

Glucométrie

ANALGÉSIE POST-OPÉATOIRE

Cet outil sert à valider vos connaissances en matière de gestion de la douleur et à mettre en relief les éléments importants des différents protocoles du service d'analgésie post-opératoire (SAPO). Cette formation vise à améliorer la qualité des soins et réduire les risques associés à la gestion de ces ordonnances.

MARCHE À SUIVRE

1. Lire les différents protocoles et documents SAPO ci-dessous.

[Gestion de la douleur post-opératoire](#)

[Intensité du bloc moteur selon échelle de BROMAGE](#)

[Anticoagulation en présence de cathéter péridurale ou de bloc loco-régional](#)

[Surveillance clinique en lien avec SAPO](#)

[Formation FADM SAPO](#)

[Aide-mémoire](#)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Pour contacter le SAPO

Renseignement des médecins
en tout temps.

Cell SAPO INF:
438-349-4655



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Références

Page web : Société canadienne des anesthésiologistes :

- <http://www.cas.ca/Francais/effets-secondaires> consultée le 6 octobre 2014

Référence principale :

MCCRACKEN G, HOUSTON P, LEFEBVRE G. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. (Directives pour la prise en charge des nausées et vomissements postopératoires). J Obstet Gynaecol Can 2008; 30:600-616

Beaulieu, Pierre. (2005) Pharmacologie de la douleur. Les presses de l'Université de Montréal. Bibliothèque nationale du Québec. Chapitres: 2,10 et 12. 593 p.

Durand, S. Brodeur, J. Thibault, C. (2009) Pratique clinique : Surveillance clinique des patients prenant des opiacés. Perspectives infirmières. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. P.27-33

Labrecque, Annie. (2011) Présentation PowerPoint : Formation du personnel infirmier en lien avec la SAPO.

Nguyen, Anh. (2014) Présentation PowerPoint : Pharmacologie de la douleur aiguë. Tronc commun du programme de chirurgie de l'Université de Montréal.