

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie</p> <p>Québec </p>	<p>ORDONNANCE COLLECTIVE</p>
<p>TITRE :</p>	<p>Ajustement d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) chez l'utilisateur insuffisant cardiaque</p>
<p>NUMÉRO :</p>	<p>CGC-2024-291</p>
<p>REPLACE DOCUMENT(S) SUIVANT(S), S'IL Y A LIEU :</p>	

<p>PROFESSIONNELS AUTORISÉS :</p>	<p>Infirmier/ère clinicien/ne en suivi d'insuffisance cardiaque au CISSS de la Gaspésie</p>
<p>ACTIVITÉS RÉSERVÉES :</p>	<p>Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ; Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ; Effectuer et ajuster les traitements médicamenteux selon une ordonnance ; Administer et ajuster des médicaments lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.</p>
<p>DIRECTION RESPONSABLE :</p>	<p>Direction des soins infirmiers</p>
<p>SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE VISÉE :</p>	<p>Usager suivi à l'une des cliniques d'insuffisance cardiaque (ou de médecine interne) du CISSS de la Gaspésie pour lequel un IECA ou un ARA a été débuté.</p>
<p>MÉDECIN RÉPONDANT :</p>	<p>Dre Isabelle Hébert</p>
<p>MÉDECIN PRESCRIPTEUR :</p>	<p>Interniste responsable du patient ou son remplaçant</p>
<p>FORMATION REQUISE :</p>	<p>Posséder les connaissances requises à l'application de l'ordonnance collective.</p>

HISTORIQUE DES VERSIONS					
Version	Préparée par	Vérifiée par	Approuvée par	Date d'entrée en vigueur	Date archivée, s'il y a lieu
1 ^{re}	Kareen Synnott, Dr Michel Chamoun, Dre Caroline Couture, Dre Sherine El Barnachawy, Dre Isabelle Hébert	Gabriel Dorais, pharmacien	Dre Isabelle Hébert	2024-02	

RÉVISION	
Date de la dernière révision, si applicable :	
Date prévue de la prochaine révision :	2028-05-26
Date réalisée de la révision :	

1. INDICATION

Tout patient suivi à la clinique d'insuffisance cardiaque qui reçoit un IECA ou un ARA qui n'est pas à dose maximale tolérée ou la dose cible.

Traitement de l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (moins de 40%) lorsque le patient :

- Ne tolère pas l'inhibiteur de la néprilysine/antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARNI) ;
- Présente une contre-indication à l'ARNI.

2. INTENTION THÉRAPEUTIQUE

- Permettre l'atteinte de la dose cible dans un délai raisonnable ;
- Réduction de la mortalité dans les 30 jours suivant l'infarctus et augmentation de la survie de 40% dès le premier jour de traitement ;
- Réduction des hospitalisations, de la mortalité et augmentation de la qualité de vie.

3. CONTRE-INDICATIONS

- Histoire ou apparition d'angioœdème (enflure au niveau du cou, langue ou visage) avec un IECA ou un ARA ;
- Prise d'aliskiren ;
- Patient avec anurie (consultation médicale obligatoire si antécédent non connu).

4. LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- Potassium sérique supérieur ou égale à 5,1 mmol/L ;
- Tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg ;
- DFGe inférieur à 30 ml/min ou créatinine de plus de 220 mmol/L ;
- Sténoses des artères rénales bilatérales ou sténose artère rénale sur rein unique.
- Fonction rénale instable (variation de plus de 30% de la créatinine dans les 3 derniers mois) ;
- Hypotension orthostatique symptomatique ou histoire de chutes secondaires à l'hypotension ;
- Toux chronique secondaire à un IECA ou apparition de toux sèche incommode en cours de traitement.

5. COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

L'infirmière habilitée documente la consultation au dossier médical du patient. Elle rédige une ordonnance selon le protocole médical, à partir du formulaire de liaison. Le formulaire de liaison est donné au patient pour remettre au pharmacien communautaire. Celui-ci doit inclure le nom du médecin prescripteur et le numéro ou le titre de l'ordonnance collective. Une copie est conservée au dossier médical de l'utilisateur.

Le médecin sera en copie conforme de l'ensemble des bilans de laboratoire demandés.

6. PROTOCOLE MÉDICAL

- Majorer la dose de l'IECA ou de l'ARA deux semaines après l'initiation du traitement, puis aux 2 semaines jusqu'à l'atteinte de la dose cible (voir tableau 1 ou 2 ci-dessous) ou de la dose maximale tolérée selon les critères suivants :

Augmentation de la dose actuelle du patient de 50 à 100% si :

- Tension artérielle systolique supérieure à 90 mmHg et absence de symptômes d'hypotension ;
- Potassium sérique inférieur ou égal à 5,1 mmol/L ;
- Créatinine sérique stable (voir section surveillance).

Tableau 1. Doses cibles des IECA

Médicament	Dose initiale	Dose cible
Captopril (Capoten)	6,25 mg TID	50 mg TID
Enalapril (Vasotec)	2,5 mg BID	20 mg BID
Fosinopril (Monopril)	10 mg DIE	40 mg DIE
Lisinopril (Prinivil)	2,5 mg DIE	40 mg DIE
Perindopril (Coversyl)	2 mg DIE	8 mg DIE
Quinapril (Accupril)	10 mg DIE	20 mg BID
Ramipril (Altace)	1,25 mg BID	5 mg BID (ou 10 mg DIE)
Trandolapril (Mavik)	1 mg DIE	4 mg DIE

Tableau 2. Doses cibles des ARA

Médicament	Dose initiale	Dose cible
Candesartan (Atacand)	4 mg DIE	32 mg DIE
Valsartan (Diovan)	40 mg BID	160 mg po BID
Losartan (Cozaar)	25 mg DIE	100 mg DIE

- **Surveillance**
 - Doser créatinine et ions 7 à 14 jours après une augmentation de dose.
 - Si la créatinine sérique augmente de 30% ou plus par rapport à la valeur de base, réduire la dose d'IECA ou d'ARA de 50% et reconstrôler dans 7 jours.
 - Évaluer les autres causes de détérioration telles que : AINS, antibiotiques, agent de contraste iodé, diarrhées, vomissements et symptômes urinaires.
 - Se référer à l'OC « Ajustement du potassium chez l'usager insuffisant cardiaque » pour le suivi du potassium sérique.
 - Visite/appel téléphonique de contrôle 2 semaines après le début ou changement de la médication pour :
 - Prise de la tension artérielle ;
 - Prise de la fréquence cardiaque au repos ;
 - Suivi des signes et symptômes d'hypotension, de dyspnée et de fatigue ;
 - Valider la tolérance à la médication (présence d'effets indésirables).
- **Communiquer avec l'interniste si :**
 - Potassium sérique supérieur ou égal à 6,0 mmol/L ;
 - Potassium sérique supérieur ou égal à 5,6 mmol/L de manière persistante malgré l'application de l'OC pour le suivi du potassium sérique ;
 - Augmentation de la créatinine de 30% ou plus de manière persistante malgré la réduction de la dose de l'IECA ou de l'ARA.

7. RÉFÉRENCES AUX MÉTHODES DE SOINS

Aucune

8. OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

- McDonald et al. CCS/CHFS Heart Failure Guidelines Update : Defining a new pharmacologic standard of care for heart failure with reduced ejection fraction. Canadian Journal of Cardiology 2021 ;37 : 531-546.
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. OC-101 : Ajustement d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) chez l'utilisateur insuffisant cardiaque. Révisée le : 2017-11-27

ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

Rédigée par :

Kareen Synnott, Infirmière clinicienne cliniques spécialisées

2023-01

Nom et titre

Date

Nom et titre

Date

VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

Validée par :

Dre Isabelle Hébert

2023-05

Nom et titre

Date

CONSULTATION/APPROBATION

Approuvée par le comité de pharmacologie

Sonia Couturier, pharmacienne

2023-06-05

Nom et titre

Date

Approuvée par le CECII

Sandra Cassivi Bouchard

2023-09-14

Nom et titre

Date

SIGNATURE DU MÉDECIN RÉPONDANT, si applicable

Approuvée par :

Dre Isabelle Hébert

2023-06

Nom et titre

Date

APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE PAR LE REPRÉSENTANT DU CMDP DE L'ÉTABLISSEMENT

Approuvée par :

Dr Jean-François Lefebvre

2023-12-15

Nom et titre

Date