

ORDONNANCE COLLECTIVE AJUSTEMENT ET SURVEILLANCE D'OCYTOCINE EN OBSTÉTRIQUE

Établissement : CISSS de Lanaudière

Numéro de l'ordonnance collective : 36

Période de validité : Novembre 2019 à novembre 2022

SITUATION CLINIQUE

L'usagère, enceinte, dont le travail doit être induit ou stimulé.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE

- Évaluer la condition physique d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- Contribuer au suivi de la grossesse.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Infirmières des unités des naissances du CHDL et du HPLG

INDICATIONS

- Sur ordonnance médicale individuelle suivant l'évaluation de la mère et du fœtus par le médecin en spécifiant :
 1. Ocytocine à administrer est à simple concentration (10 unités/ 500 mL de soluté) ou à double concentration (20 unités/ 500 mL de soluté)
 2. Le débit initial d'Ocytocine à administrer est à faible dose (2 mUnités/min) et augmenté par paliers de 2 mUnités/min ou à dose intermédiaire (4 mUnités/ min) et augmenté par paliers de 4 mUnités/min
- L'administration d'Ocytocine doit se faire sous pompe volumétrique.
- Le Dinoprostone (Cervidil®), le cas échéant, doit avoir été retiré depuis au moins 30 minutes avant le début d'une perfusion d'Ocytocine.
- Le Misoprostol oral, le cas échéant, doit avoir été administré au moins 4 heures avant le début d'une perfusion d'Ocytocine.

INTENTION OU CIBLE THÉRAPEUTIQUE

- Initier ou améliorer la qualité des contractions utérines en vue d'un accouchement vaginal spontané.
- Effectuer la surveillance de l'état de santé de la mère et du fœtus.

CONTRE-INDICATIONS

- Aucune

PROTOCOLE MÉDICAL

Avant l'administration de l'Ocytocine :

- Vérifier les signes vitaux (TA, FC, FR, T°, Saturométrie);
- Effectuer le monitoring fœtal continu pendant 30 minutes afin d'établir les valeurs initiales de contractions utérines (cu) et de la fréquence cardiaque fœtale (FCF).
- Débuter les perfusions IV :
 - En perfusion primaire, Lactate Ringer 1000 mL, **garder la voie fermée** (utiliser si besoin de réanimation liquidienne);
 - En perfusion secondaire, D5%+NaCl 0,9% 1000 mL, à 100 mL/h **sous pompe volumétrique**. Le total avec la perfusion d'ocytocine ne doit pas dépasser 150 mL/h;
 - Mettre en dérivé de la perfusion secondaire : pour simple concentration D5%+ NaCl 0,9% 500 mL + Ocytocine 10 unités **ou** pour double concentration D5%+NaCl 0,9% 500 mL + Ocytocine 20 unités **sous pompe volumétrique**
- Ne jamais administrer l'Ocytocine IV non diluée dans le cadre d'une stimulation du travail.
- Apposer une étiquette orange OXYTOCINE sur le sac de soluté et indiquer la concentration prescrite.

Ajustement du débit de l'Ocytocine :

- À l'aide des tableaux 1 et 2, déterminer l'équivalence des débits (en mL/ h) selon la prescription d'Ocytocine, soit à :
 - Simple concentration (tableau 1) **ou** à Double concentration (tableau 2)
- Ajuster l'augmentation du débit de l'Ocytocine selon l'ordonnance, soit à :
 - Faible dose (paliers de 2 mUnités/ min) **ou** à dose intermédiaire (paliers de 4 mUnité/ min)

TABLEAU 1 ÉQUIVALENCE DES DÉBITS DE LA PERFUSION D'OCYTOCINE SELON LA SIMPLE CONCENTRATION (D5%+ NaCl 0,9% 500 mL + Ocytocine 10 unités)					
FAIBLE DOSE				DOSE INTERMÉDIAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Débuter la perfusion d'Ocytocine à 2 mUnités/min • Augmenter la perfusion de 2 mUnités/min (6mL/h) q 30 min. ad cu efficaces ou ad 30 mUnités/min. 				<ul style="list-style-type: none"> • Débuter la perfusion d'Ocytocine à 4 mUnités/min • Augmenter la perfusion de 4 mUnités/min (12mL/h) q 30 min ad cu efficaces ou ad 32 mUnités/min. 	
2 mUnités/min	6 mL/h	18 mUnités/min	54 mL/h	4 mUnités/min	12 mL/h
4 mUnités/min	12 mL/h	20 mUnités/min	60 mL/h	8 mUnités/min	24 mL/h
6 mUnités/min	18 mL/h	22 mUnités/min	66 mL/h	12 mUnités/min	36 mL/h
8 mUnités/min	24 mL/h	24 mUnités/min	72 mL/h	16 mUnités/min	48 mL/h
10 mUnités/min	30 mL/h	26 mUnités/min	78 mL/h	20 mUnités/min	60 mL/h
12 mUnités/min	36 mL/h	28 mUnités/min	84 mL/h	24 mUnités/min	72 mL/h
14 mUnités/min	42 mL/h	30 mUnités/min	90 mL/h	28 mUnités/min	84 mL/h
16 mUnités/min	48 mL/h			32 mUnités/min	96 mL/h

¹ À 20 mUnités/min, aviser le médecin.

² Lorsque la dose maximale atteinte aviser le médecin. Sur ordonnance médicale : doubler la concentration d'Ocytocine (tableau 2) et reprendre la perfusion (à 32 mUnités/min pour la faible dose **ou** à 36 mUnités/min pour la dose intermédiaire), puis suivre les indications en double concentration.

N.B. Le dosage moyen pour obtenir un travail à terme est de 8 mUnités/minute (24 ml/h)

TABLEAU 2 ÉQUIVALENCE DES DÉBITS DE LA PERFUSION D'OCYTOCINE
SELON LA DOUBLE CONCENTRATION (D5%+NaCl 0,9% 500 mL + Ocytocine 20 unités)

FAIBLE DOSE		DOSE INTERMÉDIAIRE	
<ul style="list-style-type: none">• Débuter à la perfusion d'Ocytocine à 32 mUnités/min• Augmenter la perfusion de 2 mUnités/min (3 mL/h) q 30 min. ad cu efficaces.		<ul style="list-style-type: none">• Débuter la perfusion d'Ocytocine à 36 mUnités/min• Augmenter la perfusion de 4 mUnités/min (6 mL/h) q 30 min ad cu efficaces.	
32 mUnités/min	48 mL/h	36 mUnités/min *40 mUnités/min	54 mL/h 60 mL/h
34 mUnités/min	51 mL/h		
36 mUnités/min	54 mL/h		
38 mUnités/min	57 mL/h		
*40 mUnités/min	60 mL/h		
* À 40 mUnités/min, aviser le médecin pour qu'il réévalue l'usagère			
<ul style="list-style-type: none">• Ne pas dépasser 40 mUnités/min (sauf sur ordonnance individuel).			

Surveillances pendant l'administration de l'Ocytocine :

- Signes vitaux (TA, FC, FR):
 - q 30 min, soit avant chaque augmentation du débit de l'Ocytocine
 - q 1 h à l'atteinte d'un débit d'Ocytocine stable¹
 - Température q 4 h si membranes intactes et q 2 h si membranes rompues
- Monitoring fœtal électronique (MFÉ) continu :
 - Évaluer :
 - La durée des cu
 - La fréquence des cu
 - L'intensité des cu (par examen manuel)
 - Le relâchement adéquat entre les cu (par examen manuel)
 - Le MFÉ peut être interrompu pendant une période maximale de 30 minutes au 1^{er} stade et de 5 minutes au 2^{ème} stade si toutes les conditions suivantes sont présentes :
 - La FCF se situent entre 110-160 bpm;
 - Tous les autres paramètres de surveillance maternelle et fœtal sont normaux;
 - L'état de la mère et du fœtus sont stables;
 - La vitesse de perfusion d'Ocytocine est stable¹.
- Mobilisation permise avec monitoring ou mobilisation permise sans monitoring, selon les indications précédentes.
- Permettre une diète légère en phase de latence, puis selon l'avis du médecin traitant.
- Vérifier la distension vésicale q 4 h + PRN (respecter sommeil).
- En présence de distension vésicale, inviter l'usagère à uriner. Si l'usagère ne peut pas se mobiliser, effectuer un cathétérisme vésical. Aviser le médecin si moins de 120 mL d'urine est recueilli post-cathétérisme vésical.

¹ Débit d'Ocytocine stable : même débit depuis au moins 30 minutes.

En tout temps pendant l'administration d'Ocytocine :

Si tracé atypique :

- Aviser le médecin **et** poursuivre les directives suivantes :
 - Modifier la position de l'usagère pour augmenter la perfusion utéroplacentaire ou diminuer la compression du cordon;
 - Prendre la FC, FR, TA et Saturométrie;
 - Administrer un bolus de 500 mL de Lactate Ringer IV à plein débit («flush»);
 - Administrer O₂ via masque à haute concentration à 15 L/min si saturation égale ou inférieure à 94 % à l'air ambiant;
 - Faire un examen vaginal, selon les indications cliniques;
 - Poursuivre le monitoring fœtal électronique en continu.

Si tracé anormal :

- Cesser la perfusion d'Ocytocine
- Aviser le médecin immédiatement **et** poursuivre les directives suivantes :
 - Modifier la position de l'usagère pour augmenter la perfusion utéroplacentaire ou diminuer la compression du cordon;
 - Prendre la FC, FR, TA et Saturométrie;
 - Administrer un bolus de Lactate Ringer IV à plein débit («flush»);
 - Administrer O₂ via masque à haute concentration à 15 L/ min si saturation égale ou inférieure à 94% à l'air ambiant;
 - Faire un examen vaginal, selon les indications cliniques;
 - Poursuivre le monitoring fœtal électronique en continu.

¹ Débit d'Ocytocine stable : même débit depuis au moins 30 minutes.

LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- Aviser lorsque l'Ocytocine à simple concentration atteint un débit de 20 mUnités/ min.
- Aviser lorsque la dose maximale d'Ocytocine est atteinte à simple concentration.
- Aviser lorsque l'Ocytocine à double concentration atteint un débit de 40 mUnités/ min.
- Évaluation fœtale atypique et anormale.
- Tachysystolie :
 - plus de 5 contractions utérines (cu) aux 10 minutes pendant 30 minutes
 - hypertonie utérine (période de repos entre les cu moins de 30 secondes ou absente)
 - cu prolongées (contractions utérines durent plus de 90 secondes)
- Tout changement important dans l'état hémodynamique de l'usagère.
- Aviser le médecin si moins de 120 mL d'urine est recueilli post-cathétérisme vésical.

COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

Non applicable

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

RÉFÉRENCES AUX OUTILS CLINIQUES

- MSI. (2015). Monitoring fœtal électronique.
- MSI. (2015). Mesure du volume vésical.
- MSI. (2017). Administration d'oxygène par masque.
- MSI. (2012). Préparation d'un soluté et changement du contenant à perfusion.
- MSI. (2011). Cathétérisme vésical chez la femme.

RÉFÉRENCES :

- AMPROob (2016). Déclenchement du travail.
- AMPROob (2016). Prise en charge du travail.
- Dawood, F., Dowswell, T., et Quenby, S. (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. Cochrane database of systematic reviews.
- Gilstrap, M., et Sciscione, A. (2015). Induction of labor, pharmacology methods. Seminars perinatology, 39, 463-465.
- Paré, J., Pasquier, J-C., Lewin, A., Fraser, W., et Bureau, Y-A. (2017). Reduction of total labor length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous : results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial. American journal of obstetrics gynecology, 216(5), 508e1-508e7.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2013). Directive clinique de la SOGC : Déclenchement du travail. Journal de la société d'obstétrique et gynécologique de Canada, 35(9), 1-21.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2015). Labour induction with an intermediate-dose oxytocin regimen has advantages over a high-dose regimen. Journal de la société d'obstétrique et gynécologique de Canada, 35, 362-367.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Non applicable

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉPONDANT

En cas de problème ou pour toutes autres questions, contactez le médecin. En établissement, le médecin répondant est le médecin de garde pour l'équipe du médecin traitant, ou en l'absence (ou indisponibilité) de celui-ci le médecin de garde pour les autres équipes.

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

1 ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

Marie-Josée Melançon Chef Natalité CHDL	2019-01-29
Suzy Correia Chef Natalité HPLG	2019-01-29
Geneviève Beaudry Gynécologue	2019-01-29
Chantal Gascon Gynécologue	2019-01-29
Valérie Daigle Conseillère cadres en soins infirmier	2019-01-29

2 VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

Comité clinique de la DSI 2019-01-28

Comité de pharmacologie 2019-10-16

3 APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE

REPRÉSENTANT DU CMDP (EN ÉTABLISSEMENT)

Nom et prénom	Signature	Date
Olivier, Jérôme		7 février 2020

4 RÉVISION

Date d'entrée en vigueur :

Date de la dernière révision (si applicable) :

Date prévue de la prochaine révision :

Signature du médecin répondant (si applicable) :

Signature :

Date :