

**REA - MRSI****REA - MRSI****Arrêt cardiorespiratoire (ACR) MRSI****Critère d'inclusion :**

Arrêt cardiorespiratoire médical ou traumatique, adulte ou pédiatrique chez le patient qui présente les critères de MRSI selon le protocole ministériel en vigueur.

**Critères d'exclusion :**

- Nouveau-né (OBS. 4)
- Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation). Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

**Objectifs cliniques :**

- Limiter les risques de contamination des travailleurs de la santé
- Maximiser les chances de retour en circulation spontanée du patient en ACR
  - Défibrillation rapide
  - Prise en charge des voies respiratoires
  - Massage cardiaque efficace (profondeur, vitesse, décompression)

1. **Revêtir les EPI appropriés en prenant soin de mettre 2 paires de gants.**
2. **Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté.**
3. **Confirmer l'ACR avec une prise de pouls carotidien, le TAP doit éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient. L'utilisation du masque de poche est proscrite en contexte de pandémie.**
4. **Si présence d'une rigidité cadavérique, se référer à MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable), mais sans tenter de ventiler le patient.**
5. **Procéder à l'installation des électrodes de défibrillation (TAP1) SANS RCR et préparer simultanément l'intubation (TAP2).**
6. **Dès que les électrodes sont installées, procéder à l'analyse : Défibrillation au besoin**
7. **Compléter la préparation du Combitube (TAP1 et TAP2)<sup>1</sup>.**
8. **Dès que le Combitube est prêt, procéder à l'intubation avec les précautions MRSI<sup>2</sup>.**
9. **Amorcer la RCR selon les normes FMCQ.**

**10. Se référer aux éléments suivants pour la suite du protocole:**

- a. Protocole REA 1 pour le nombre d'analyses (sur place et pré départ) et les moments de prises de pouls;
- b. Particularités de soins MRSI pour le type de RCR<sup>2</sup> à effectuer

**11. Particularités CH :**

- Effectuer un 10-10
- Le conducteur doit aller aviser l'infirmière de triage de l'arrivée d'un patient MRSI
- Respecter les directives du centre hospitalier receveur pour les déplacements dans la salle d'urgence.

---

**Particularités de soins MRSI****Remarque 1 :**

Pour le patient en ACR **avec histoire d'obstruction des voies respiratoires**, une tentative de ventilation doit être effectuée avant l'insertion du Combitube.

La vérification dans la bouche du patient à chaque cycle devra être effectuée avant les ventilations. Le patient pourra être intubé ou mis sous circuit fermé lorsque l'obstruction sera levée

**Technique :**

- le TAP 1 place un masque à parois souples avec filtre HEPA et ballon de ventilation en utilisant une technique de maintien constant en « C-E » à 2 mains ;
- Le TAP 2 fait la technique de désobstruction (compressions thoraciques et ventilation).

**Remarque 2 :****Procédure d'intubation - MRSI:**

- Aucune ventilation avant l'intubation;
- Ne pas effectuer de compressions thoraciques avant et pendant l'intubation;
- Préparer le Combitube de la façon suivante :
  - Sur le tube bleu, placer le filtre HEPA (StériVent)
  - Sur le tube blanc, placer le VPO
- Procéder à l'intubation selon Tech. 6
- Procéder à un maximum de 2 tentatives successives d'intubation.
- Fixer sur le tube de ventilation, dans l'ordre
  - a. L'ETCO2
  - b. la tubulure crénelée
  - c. puis l'outil de ventilation
- Conserver le VPO en place jusqu'à installation de la pince ou du 2<sup>e</sup> filtre.
- Confirmer la position du tube avec le minimum de ventilations nécessaires.
- Retirer et disposer de la paire de gants utilisée lors de l'intubation.
- S'assurer de l'étanchéité du ballonnet proximal et ajouter de l'air selon Tech 6 au besoin;
- Mettre une **pince ombilicale ou un filtre HEPA (StériVent)** sur le tube ne servant pas à la ventilation.

- Si Combitube efficace, amorcer la RCR.
- En cas d'échec au Combitube, installer canule oro ou naso avec lunette nasale à 5L/min sous un masque de procédure.
- En cas d'extubation, appliquer précaution infectieuse minutieuse.

**Précision sur la fusion des protocoles de réanimation adulte et pédiatrique, médicaux et trauma :**

En contexte MRSI, le risque de contamination des travailleurs est particulièrement élevé lors de procédures générant des aérosols dont la majorité est associée aux gestes de réanimation. Pour assurer leur protection, mais aussi pour limiter la propagation de l'infection dans la population, l'approche privilégiée favorise le port d'équipement de protection individuelle ainsi que l'absence de compression thoracique et de ventilation jusqu'à l'installation d'un circuit fermé.

Le temps nécessaire à la mise en place du circuit fermé est d'environ 2 minutes en des mains expertes et cette préparation est faite en parallèle avec d'autres gestes critiques. Cette séquence imposée par le contexte infectieux empêche les nuances entre les approches adulte et pédiatrique.

De même, malgré une pathologie médicale, l'absence de ventilation en circuit ouvert nous oblige à intuber dès que l'équipement est prêt, ce qui est la stratégie usuelle en trauma.

Par contre, la volonté de limiter les déplacements de patients aux chances de survie faibles et le contexte de pandémie de covid-19 demandant une adaptation massive de la part de tout le réseau, il a été décidé de simplifier la séquence d'intervention en laissant l'AESP traumatique sur place quelques minutes de plus que d'habitude.