

RÉA. 3 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine traumatique, hémorragique ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines) - Adulte

RÉA. 3

Critères d'inclusion:

Tout ACR dans un contexte traumatique avec cinétique à risque ou impact à haute vitesse (traumatisme fermé) ou traumatisme pénétrant chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

Tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interne¹ ou externe, chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté) avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

Tout ACR chez la femme enceinte ≥ 20 semaines (hauteur utérine à l'ombilic ou plus).

Critères d'exclusion:

Tout ACR dont la situation clinique suggère que l'ACR a précédé un impact à basse vitesse.

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (ACR avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

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).

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**
- 2. Confirmer l'ACR avec protection cervicale si applicable, débiter immédiatement la réanimation cardiorespiratoire (RCR) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.**
- 3. Demander une analyse :**
 - a) Si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 1 (ACR d'origine médicale - Adulte);
 - b) Si absence d'activité électrique (asystolie), considérer l'application du protocole RÉA. 4 (Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique);
 - c) Si activité électrique, débiter la RCR à nouveau et procéder à l'étape suivante.
- 4. Préparer le Combitube® et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celui-ci est prêt (selon TECH. 6.).**
- 5. Si applicable, procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale en poursuivant la RCR.**

¹Voir Remarques (Critère d'inclusion)

RÉA. 3 ACR d'origine traumatique, hémorragique ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines) - Adulte (suite)

6. Procéder à l'évacuation du patient.

7. Transport URGENT au centre désigné par les services préhospitaliers d'urgence (SPU) en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.

Remarques :

Critère d'inclusion :

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 3 « ACR d'origine traumatique ou hémorragique », l'hémorragie doit être significative et clairement documentée (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) autrement le protocole RÉA. 1 (ACR d'origine médicale) doit être appliqué.

Prise de pouls :

Utilisation de la capnographie : La prise de pouls doit être effectuée lors du C-AB, lors de présence de signes de vie ou lorsque la donnée d'EtCO₂ augmente de façon significative.

Non-utilisation de la capnographie (VPO ou non intubé) : La prise de pouls doit être effectuée lors du C-AB, après le premier 2 minutes de RCR et ensuite à toutes les 5 minutes ou si signes de vie.

Ventilation :

Lorsqu'une immobilisation spinale est requise et qu'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre de la tête, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque le patient est intubé ou que les 3 tentatives d'intubation ont été effectuées (selon TECH. 6). Les 2 techniciens ambulanciers paramédics (TAP) doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention. Lorsqu'intubé, un collet cervical et les immobilisateurs de tête sont requis pour l'évacuation.

Spécificités :

Lors de la RCR chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus (hauteur utérine à l'ombilic ou plus), il faut déplacer l'utérus vers la gauche. Pour ce faire, un intervenant doit prendre à une ou deux mains l'abdomen de la patiente et le tirer vers la gauche. Si impossible, incliner la planche dorsale de 30 degrés vers la gauche. Effectuer un préavis au centre hospitalier dès que la situation le permet (au chevet de la patiente si possible).

Arrêt des manœuvres :

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après le constat d'une asystolie lors de l'analyse initiale

ACR traumatique, hémorragique ou chez la femme enceinte (≥ 20 semaines)

RÉA. 3 ACR traumatique adulte avec particularités MRSI

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence des particularités de MRSI, le protocole usuel s'applique.

Généralités:

- Revêtir les équipements de protection individuelle appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- Ne pas utiliser le masque de poche.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques (masque de ventilation, masque de procédure ou masque à haute concentration selon la situation).
- Aviser le CH si MRSI suspectée ou confirmée et respecter les directives de l'établissement.

Interventions à adapter:

1. Installer un masque à haute concentration puis commencer les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. **Simultanément**, installer les électrodes de défibrillation et procéder à l'analyse.
3. Préparer le Combitube® avec précautions de MRSI (TECH. 6) pendant qu'un autre intervenant poursuit les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
4. Procéder à l'intubation avec précautions de MRSI (TECH. 6) en cessant les compressions thoraciques dès que le Combitube® est prêt et reprendre la RCR avec ventilation une fois l'intubation complétée.
5. Effectuer un maximum de 2 tentatives d'intubation au total, et ce par le même intervenant, afin de limiter la contamination. (Selon TECH. 6).
6. En cas d'extubation, de contre-indication ou d'échec au Combitube®, appliquer la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15).