

## RÉA. 5 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté)

## RÉA. 5

---

### Critères d'inclusion :

---

L'ACR d'origine médicale<sup>1</sup> (incluant les situations médicales où le pouls est <60/min **ET** état d'éveil - échelle AVPU - est à « U ») chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté). Les nouveau-nés sont exclus du présent protocole.

---

### Critères d'exclusion :

---

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.

- a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté.
- b) Confirmer l'ACR :
  - Pour les enfants avec pouls palpable < 60/minute et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », débiter la RCR avec oxygène à haute concentration (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube® si applicable puis procéder ensuite à l'étape 6 en vérifiant la présence du pouls à toutes les 2 minutes;
  - Pour les enfants qui sont sans pouls, débiter immédiatement la réanimation cardiorespiratoire (RCR) avec oxygène à haute concentration et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.

### 2. Effectuer 2 minutes de RCR (avant la première analyse) sauf si l'ACR survient en présence du technicien ambulancier paramédic (TAP). Dans cette situation, procéder immédiatement à l'étape suivante.

### 3. Procéder à l'analyse :

- a) Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR avec oxygène à haute concentration pour deux minutes et terminer par les compressions;
- b) Si « Choc conseillé » : donner le choc et procéder à la RCR avec oxygène à haute concentration pour deux minutes et terminer par les compressions.

### 4. Répéter l'étape 3 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.

<sup>1</sup> Voir Remarques (Protocole approprié)

## RÉA. 5 ACR d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

5. Procéder à un cycle de 2 minutes de RCR suite à la 5e analyse.
6. Procéder à l'évacuation du patient sur planche dorsale ou Pedi-Pac.
7. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse. Quitter dès que « Choc non conseillé ». Si « Choc conseillé », répéter l'étape 3b) jusqu'à « Choc non conseillé » pour un maximum de 3 analyses. Poursuivre la RCR.
8. Transport URGENT au centre désigné par les services préhospitaliers d'urgence (SPU), en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.

### Combitube®

Si l'enfant mesure  $\geq 4$  pieds ( $\geq 1,22$  m), procéder à l'intubation selon TECH. 6 dès que possible après une analyse chez les enfants sans pouls OU dès que possible en chez les enfants avec un pouls  $< 60$ /minute et un état d'éveil est à « U ». Pendant la technique, effectuer le massage cardiaque. Après l'intubation, reprendre la RCR.

Lorsqu'intubé, un collet cervical et les immobilisateurs de tête sont requis pour l'évacuation.

---

### Remarques :

#### *Protocole approprié :*

Les ACR dont l'origine est l'asphyxie (pendaison, strangulation, noyade, incendie, etc.) doivent être inclus dans le protocole RÉA. 5. Les ACR dont la cause probable est un traumatisme (cinétique à risque, impact à haute vitesse ou trauma pénétrant) ou une hémorragie massive (interne ou externe) doivent être traités dans le protocole RÉA. 6.

#### **Défibrillation**

Pour les enfants de moins de 25 kg (moins de 8 ans) :

- Sélectionner le mode pédiatrique avant la première analyse.
- Utiliser les électrodes de défibrillation pédiatriques appropriées en position antéropostérieure en se référant aux recommandations du fabricant.
- En cas de doute sur le poids ou l'âge, ne pas activer le mode pédiatrique car la dose d'énergie délivrée risquerait d'être trop faible.

## RÉA. 5 ACR d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

### *Prise de pouls (patient sans 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'EtCO<sub>2</sub> augmente de façon significative.

**Non-utilisation de la capnographie :** La prise de pouls doit être effectuée lors du C-AB, lors du VPO, 2 minutes post 5e analyse, dans le véhicule ambulancier après l'analyse pré-départ si « choc non conseillé » ou lors de présence de signes de vie.

### **Lors d'un retour de pouls :**

- S'il y a présence de pouls avec fréquence > 60/min, sortir du protocole et se référer au protocole d'appréciation clinique pré-hospitalière;
- S'il y a présence de pouls avec fréquence < 60/minute et d'un état d'éveil (sur l'échelle AVPU) à U, procéder à la RCR et vérifier le pouls toutes les 2 minutes.

### **Spécificités :**

Chez l'enfant en ACR, toujours suspecter la présence d'une obstruction des voies respiratoires.

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole RÉA. 1 et de débiter l'évacuation après la 2e analyse tel que prévu par MED. 13 ou PED. 4. Par contre, l'intubation au Combitube® ne doit être faite que lorsque l'obstruction a été levée.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine IM dans la cuisse aussitôt que possible après **la première tentative d'intubation.**

Si poids < 25 kg : administrer épinéphrine 0,30 mg;  
Si poids ≥ 25 kg : administrer épinéphrine 0,50 mg.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes (*4 ans et +*), administrer une dose de 2 mg IN (1,0 mg par narine) ou 2 mg IM dès que possible avant la 2e analyse et une deuxième dose avant l'analyse subséquente du protocole (sans interrompre la RCR). Favoriser l'administration des doses de naloxone prioritairement à l'intubation.

### **Déplacements :**

Le déplacement du patient ne doit être initié que deux minutes après la 5<sup>e</sup> analyse. Les 2 TAP doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

### **Arrêt de manœuvres :**

L'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué pour les patients de moins de 18 ans.

## **RÉA. 5 ACR médical pédiatrique 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 de particularité 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 débiter les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Préparer le matériel pour la ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15) et poursuivre la RCR (15:2 ou 30:2 si un intervenant) en débutant les ventilations dès que possible.
3. Si applicable, suite à une analyse, procéder à l'intubation avec précautions de MRSI (TECH. 6) en cessant les compressions thoraciques. Dès que le patient est intubé, reprendre la RCR avec ventilation.
4. Faire un maximum de 2 tentatives d'intubation au total, par le même intervenant, afin de limiter la contamination (voir TECH. 6).
5. En cas d'extubation, de contre-indication ou d'échec au Combitube® poursuivre la technique de ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15).

### **OVR :**

- Si histoire d'obstruction des voies respiratoires supérieures par corps étranger, effectuer une RCR dès que possible **incluant** tentatives de ventilation avec précautions de MRSI (TECH. 15) **avant la tentative d'intubation si indiquée**. Débuter l'évacuation après la 2e analyse, comme prévu par le protocole **MED. 13** ou **PED. 4**.