

RÉA. 6 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté)

RÉA. 6

Critères d'inclusion :

Tout ACR dans un contexte traumatique avec cinétique à risque ou impact à haute vélocité ou traumatisme pénétrant chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

Tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interne ou externe avec ou sans traumatisme à haute vélocité.

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 en traumatologie.**
- 2. Confirmer l'ACR avec protection cervicale si applicable.**
- 3. Débuter immédiatement la réanimation cardiorespiratoire (RCR) selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (FMCQ) :**
 - a) Pour les enfants avec pouls palpable dont la fréquence est < 60/min et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », procéder immédiatement à la RCR avec oxygène à haute concentration (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube® si applicable (étape 6) et poursuivre à partir de l'étape 7 en vérifiant la présence du pouls à toutes les 2 minutes;
 - b) Pour les enfants sans pouls, procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.
- 4. Demander une analyse après avoir effectué 2 minutes de RCR :**
 - a) Si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 5 (ACR d'origine médicale – Pédiatrique);
 - b) Si absence de rythme défibrillable « Choc non conseillé », procéder à l'étape suivante.
- 5. Débuter à nouveau la RCR.**
- 6. Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube® approprié et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celui-ci est prêt (selon TECH. 6).**
- 7. Si applicable, procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale ou Pedi-Pac en poursuivant la RCR.**

RÉA. 6 ACR d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté) (Suite)

8. Procéder à l'évacuation du patient.

9. 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. 6 (ACR d'origine traumatique ou hémorragique), l'hémorragie doit être significative (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) et clairement documentée, autrement le protocole RÉA. 5 (ACR d'origine médicale) doit être appliqué.

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'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.

Lors d'un retour de pouls :

- a) S'il y a présence de pouls avec fréquence > 60/min, sortir du protocole et se référer au protocole d'appréciation clinique préhospitalière;
- b) 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.

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 antéropostérieur 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.

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.

RÉA. 6 ACR d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté) (Suite)

Déplacements :

Chez le patient mesurant ≥ 4 pieds, le déplacement 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.

Arrêt de manœuvres :

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

RÉA. 6 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 (EPI) 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 centre hospitalier 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. Préparer le matériel pour la ventilation avec précautions MRSI (TECH. 15) et poursuivre la RCR (15:2 ou 30:2 à 1 intervenant) en débutant les ventilations dès que possible.
3. Si applicable, procéder à l'intubation avec précautions 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.
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).