

SITUATIONS DE RÉANIMATION

Généralités sur les situations de réanimation :

Les principes suivants s'appliquent sur toutes les situations où le patient est en arrêt cardiorespiratoire (ACR) ou qui nécessite des soins de réanimation.

Définition :

L'ACR est défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Arrivée au chevet :

Le moniteurs défibrillateurs semi-automatiques (MDSA) doit être ouvert dès que l'ACR est suspecté : à la sortie du véhicule ambulancier si appel pour une situation d'ACR ou d'inconscience selon le centre de communication santé (CCS), ou à la vue du patient dans les autres situations.

Prise de pouls :

Le technicien ambulancier paramédic (TAP) doit être CERTAIN qu'il perçoit un pouls (la prise de pouls doit être unique et avoir une durée maximale de 10 secondes) avant de décider de ne pas entrer dans le protocole de réanimation ou de sortir de celui-ci. Dans le doute, il doit procéder ou continuer la réanimation.

Réanimation cardiorespiratoire (RCR) :

La RCR s'effectue selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Chez l'adulte, une période de deux minutes de RCR s'effectue avec un ratio de 30:2 (5 cycles). En pédiatrie, une période de deux minutes de RCR s'effectue avec un ratio de 15:2 (10 cycles) en présence de deux intervenants disponibles ou 30:2 (5 cycles) lorsqu'un seul intervenant est disponible. Lorsque le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles, une période de deux minutes de RCR correspond à une série de 200 compressions avec ventilations asynchrones.

Dès que le Combitube® est inséré, à chaque analyse, effectuer un changement de TAP au massage lorsque possible.

MDSA :

Lors d'un choc recommandé par le MDSA à la suite d'une analyse, assurer la sécurité des intervenants avant de délivrer le choc.

Lors du constat d'une défectuosité du MDSA qui ne peut être réglée sur place, faire appel au CCS pour obtenir le plus rapidement possible le support d'une autre ressource détenant un défibrillateurs externes automatisés (DEA) ou MDSA.

Ventilation et intubation :

La ventilation du patient avant l'intubation doit être faite au masque de poche avec oxygène à haute concentration sauf si contre-indication en lien avec la sécurité du TAP (ex. : intoxication au cyanure, intoxication par inhalation de substance toxique ou maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse (MRSI)). **Dans les situations de MRSI se référer à TECH. 15 pour la ventilation et aux particularités de TECH. 6 pour l'intubation.**

Situation de réanimation

Pour la ventilation, succion ou utilisation du Combitube[®], lorsque le patient est porteur d'une trachéostomie, se référer au protocole TECH. 14 (Trachéostomie).

Lorsque l'intubation est indiquée, trois tentatives d'intubation doivent être effectuées **sur place** avant l'abandon du Combitube[®].

Une fois le patient intubé, lorsque deux intervenants sont disponibles et que le patient demeure en ACR, la ventilation asynchrone doit être effectuée.

Pour tout patient intubé, un collet cervical doit être installé avant le déplacement du patient sur la planche. La tête du patient devra aussi être immobilisée.

Exceptionnellement dans une situation de vomissements incoercibles, il est acceptable d'intuber le patient aussitôt que le Combitube[®] est prêt sans que ceci soit à la suite d'une analyse/défibrillation. (Voir protocole RÉA. 11 – Vomissements incoercibles).

Oxylator™ et ACR :

L'Oxylator™ ne doit être utilisé que pour les patients de 25 kg ou plus.

Chez le patient qui demeure en arrêt cardiorespiratoire, l'Oxylator™ ne doit être utilisé qu'en déplacement et transport. De plus, lorsque deux intervenants sont disponibles lors du transport, l'utilisation de l'Oxylator™ n'est pas recommandée, la ventilation asynchrone n'étant pas possible avec cet outil. L'Oxylator™ peut être utilisé en mode manuel, en déplacement et transport pour le patient en ACR, lorsque le TAP est seul pour effectuer la RCR.

L'Oxylator™ peut être utilisé pour ventiler le patient réanimé, en mode automatique si la tension artérielle systolique (TAS) est supérieure à 100 mm Hg ou en mode manuel si la TAS est inférieure à 100 mm Hg, qu'il soit intubé ou non.

Déplacement :

Durant toute la réanimation, les TAP doivent limiter les interruptions de la RCR. Durant l'évacuation, les éléments spécifiques suivants doivent être respectés :

- Lors du déplacement du patient de la scène au véhicule ambulancier, lorsqu'il y a impossibilité de continuer la RCR (ex. : escalier), la période d'arrêt doit être la plus courte possible;
- Il est recommandé de ne pas interrompre la RCR pour une durée supérieure à 10 secondes. En revanche, de façon exceptionnelle, pour la sortie vers le véhicule, une période de 30 secondes maximale est considérée acceptable; lors d'un déplacement sans civière, où il est possible de déposer la planche au sol à tout moment (ex. : long corridor), la durée du déplacement (arrêt de la RCR) **ne doit pas excéder** 30 secondes;
- Dans les deux cas, avant de reprendre le déplacement, la période de RCR effectuée doit durer environ 2 minutes.

Généralités sur les situations de réanimation (suite)

En transport, si le MDSA avise qu'un rythme défibrillable est présent (Alerte : « Vérifier patient ») et que ceci ne semble pas être des artéfacts de mouvement et/ou de massage, après arrêt du véhicule ambulancier, une autre analyse doit être effectuée. Si « Choc conseillé », un choc doit être administré puis la RCR doit être débütée à nouveau. Si « Choc non conseillé », la RCR est poursuivie. Au moment de la reprise de la RCR, le transport est initié à nouveau. Ceci peut être répété aux 5 minutes.

Ne **JAMAIS** faire d'analyse, ni de choc en déplacement (ex. : lorsque la civière ou le véhicule ambulancier est en mouvement).

Patient réanimé (lors d'un retour de pouls de plus de 30 secondes) :

- Valider le besoin d'assistance ventilatoire/respiratoire en quantifiant la fréquence respiratoire et en appréciant le statut respiratoire (amplitude, cyanose, saturométrie en continu);
- Chez le patient dont l'état de conscience est à « A » ou « V », administrer de l'oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie);
- Chez le patient dont l'état de conscience est « P » ou « U », administrer de l'oxygène à haute concentration;
- Intuber par Combitube® selon TECH. 6 au besoin. Le patient à « U » peut être intubé suite à un ACR même si sa respiration est supérieure à 8/min, en autant que les autres critères d'intubation soient présents;
- Assurer une vérification constante de la présence du pouls carotidien;
- S'assurer de toujours visualiser le rythme au moniteur et réagir en conséquence d'une récédive d'arythmie maligne (FV, TV);
- Prendre les signes vitaux complets (pouls, TA, FR) à toutes les 5 minutes et effectuer la surveillance du rythme cardiaque et saturation en continu (imprimer le tracé lors du retour de pouls);
- Effectuer ou compléter le(s) protocole(s) approprié(s) selon la situation clinique (ex. : AAS si douleur thoracique, épinéphrine si réaction anaphylactique, salbutamol si difficulté respiratoire, etc.);
- Considérer le patient instable; l'évacuation de ce patient doit être prioritaire;
- Aviser le centre hospitalier désigné par les services préhospitaliers d'urgence (SPU) de votre arrivée avec un patient réanimé;
- Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel ACR, recommencer le protocole au début.