

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

RÉA. 5

Critères d'inclusion :

L'ACR d'origine médicale¹ (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.

¹ 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 ≥ 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'EtCO₂ 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 prédépart 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 préhospitalière;
- 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 plus), administrer une dose unique de 4 mg de naloxone IM aussitôt que possible, sans interrompre ou retarder la RCR avec ventilation.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que deux minutes après la 5^e 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**. Débiter l'évacuation après la 2e analyse, comme prévu par le protocole **MED. 13** ou **PED. 4**.