

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

RÉA. 5

Critères d'inclusion :

L'ACR d'origine médicale (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 signes de puberté). Les nouveau-nés sont exclus du présent protocole.

L'ACR est maintenant 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.

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire 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 :
 - o pour les enfants avec un pouls palpable < 60/minute et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », débiter la réanimation cardiorespiratoire (RCR) avec de l'oxygène à haute concentration selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et d'accident vasculaire cérébral (AVC) (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec un Combitube® si applicable (étapes 4 et 5) puis procéder ensuite à l'étape 8 en vérifiant la présence du pouls toutes les 2 minutes;
 - o pour les enfants qui sont sans pouls, débiter immédiatement la RCR avec l'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 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles (2 intervenants disponibles) avec l'oxygène à haute concentration et terminer par les compressions;
- b) Si « Choc conseillé », durant la charge, procéder au massage cardiaque (sans ventilation) et assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR pour 5 cycles de 30:2 ou 10 cycles de 15:2 avec oxygène à haute concentration et terminer par les compressions ou par une série de 200 compressions avec une ventilation asynchrone SI 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

4. Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube® approprié et procéder à l'intubation immédiatement après l'analyse suivante et compléter la séquence par 2 minutes de RCR.

5. Lors du test de VPO, procéder à une prise 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 selon les normes de la Fondation des maladies du cœur **ET** de l'AVC et vérifier le pouls toutes les 2 minutes;
- c) S'il y a absence de pouls, procéder à l'étape suivante.

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

7. Procéder à une prise de pouls après 2 minutes de RCR suite à la 5^e analyse.

8. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale (ou Pedi-Pac®) avec un collet cervical (avec immobilisateurs de tête) si intubé pour l'évacuation.

9. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 3 jusqu'à « Choc non conseillé » ou un maximum de 3 chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.

10. Transport URGENT au centre désigné par le service préhospitalier d'urgence, en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.

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

Remarques :

Spécificités pédiatriques :

La RCR, pour une période d'environ deux minutes par séquence, s'effectue chez l'enfant avec un ratio de 15:2 (10 cycles) en présence de deux intervenants disponibles pour effectuer la RCR, 30:2 (5 cycles) lorsqu'un seul est disponible ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

Si les électrodes pédiatriques et/ou réductrices d'énergie ne sont pas disponibles, les électrodes adultes doivent être utilisées et appliquées en antéro-postérieur.

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 qu'elle soit réussie ou non.

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

Le protocole d'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué d'emblée pour les patients de moins de 18 ans.

ⁱ Voir Remarques (Critère d'inclusion)

RÉA.5 ACR médical pédiatrique avec particularités MRSI

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularité MRSI, le protocole usuel s'applique.

Généralités :

- Revêtir les 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 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 le patient intubé, reprendre la RCR avec ventilation.

OVR :

- Si histoire d'obstruction des voies respiratoires supérieures par corps étranger, effectuer une RCR dès que possible et tentatives de ventilation avec précautions de MRSI (TECH.15). Débiter l'évacuation après la 2^e analyse, comme prévu par le protocole PED.4.