

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 vitesse ou traumatisme pénétrant chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interneⁱ ou externe avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

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 (ACR avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

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.

3. Débuter immédiatement la RCR selon les normes de la 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 réanimation cardiorespiratoire (RCR) avec 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 (étape 6) et procéder ensuite à l'étape 8 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 :

- o si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 5 (ACR d'origine médicale – Pédiatrique);
- o 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.

7. Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR et ensuite à toutes les 5 minutes.

ⁱ Voir Remarques (Critère d'inclusion)

poursuivant la RCR.

9. Procéder à l'évacuation du patient.

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

Remarques :

Spécificités pédiatriques et traumatiques :

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 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale) doit être appliqué.

S'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.

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

RÉA 6 - ACR traumatique 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 commencer 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, procéder à l'intubation avec précautions de 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.