

RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte

RÉA. 1

Critère d'inclusion :

L'ACR d'origine médicale (sans traumatisme à haute vitesse, sans traumatisme pénétrant ou sans exsanguination) chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

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. 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, débiter immédiatement les compressions thoraciques (sans ventilation) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.

2. Dès que les électrodes sont installées, procéder à l'analyse sans réanimation cardiorespiratoire (RCR) :

- a) Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR 30:2 avec l'oxygène à haute concentration pour 5 cycles (approximativement deux minutes) 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 avec l'oxygène à haute concentration pour approximativement 2 minutes (5 cycles de 30:2) et terminer par les compressions (ou 200 compressions en ventilation asynchrone lorsque le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles).

3. Répéter l'étape 2 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.

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

5. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur une planche dorsale avec un collet cervical (et immobilisateurs de tête) pour l'évacuation.

6. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 2 jusqu'à un « Choc non conseillé » ou un maximum de trois chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.

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

Dès que tous les équipements et que le Combitube[®] sont prêts, après une analyse, procéder à l'intubation (sans ventilation avant l'intubation). Pendant la technique, effectuer le massage cardiaque. Après la tentative, procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 200 compressions en ventilation asynchrone si le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles.

Remarques :

Protocole approprié :

Les ACR dont l'origine est l'asphyxie (pendaison, strangulation, noyade, incendie, etc.) doivent être inclus dans le protocole RÉA. 1. Les ACR dont la cause probable est une hémorragie massive doivent être traitées dans le protocole RÉA. 3.

Ventilation et intubation :

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est établie et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole RÉA. 1. Cependant, l'intubation au Combitube[®] ne doit être faite que lorsque l'obstruction a été levée.

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/défibillation. (Voir protocole RÉA. 11 – Vomissements incoercibles)

Massage :

La RCR, pour une période d'environ 2 minutes, s'effectue chez l'adulte avec un ratio de 30:2 (5 cycles) lorsque le patient n'est pas intubé ou qu'il est intubé, mais qu'un seul intervenant est disponible, ou par une série de 200 compressions avec une ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé. La fréquence des compressions doit être entre 100 et 120 par minute.

Spécificités :

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine de 0,5 mg IM dans la cuisse aussitôt que possible **après** la 1^{ère} tentative d'intubation.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes, administrer une dose de 2 mg de naloxone : IN: 1,0 mg par narine pour un total de 2 mg ou 2 mg IM aussitôt que possible après la 1^{ère} tentative d'intubation.

Chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus, lors de la RCR, on doit déplacer l'utérus vers la gauche. Pour ce faire, un intervenant doit prendre à une ou deux mains l'abdomen de la patiente et le tirer vers la gauche.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque la prise de pouls de 2 minutes après la 5^e analyse a été effectuée. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

Arrêt des manœuvres :

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après les 2 minutes de RCR suivant la 5^e analyse.

Récidive :

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel ACR, recommencer le protocole au début.

RÉA.1 ACR médical adulte 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 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 commencer les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
2. Installer les électrodes de défibrillation et procéder à l'analyse 1.
3. Préparer le Combitube avec précautions MRSI (TECH.6) pendant qu'un autre intervenant poursuit 2 minutes de compressions thoraciques en continu sans ventilation.
4. Suite à une analyse, procéder à l'intubation avec précautions 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 MRSI (TECH.15). Débuter l'évacuation après la 2^e analyse, comme prévu par le protocole MED.13.