

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

RÉA. 1

Critères d'inclusion:

ACR d'origine médicale¹ chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

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 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.

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 un cycle de 2 minutes de RCR suite à la 5e analyse.

5. Procéder à l'évacuation du patient sur planche dorsale.

6. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse. Quitter dès que « Choc non conseillé ». Si « Choc conseillé », répéter l'étape 2b) jusqu'à « Choc non conseillé » pour un maximum de 3 analyses. Poursuivre la RCR.

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

¹ Voir Remarques (Protocole approprié)

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

Combitube® : Procéder à l'intubation selon TECH. 6 dès que possible après une analyse. 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. 1. Les ACR dont la cause probable est un traumatisme (cinétique à risque, impact à haute vitesse ou trauma pénétrant), une hémorragie massive (interne ou externe) ou les ACR chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus doivent être traitées dans le protocole RÉA. 3.

Prise de 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 (VPO ou non intubé) : 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 pré-départ si « choc non conseillé » ou lors de présence de signes de vie.

Spécificités :

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 débiter l'évacuation après la 2e analyse tel que prévu par MED. 13.** Par contre, l'intubation au Combitube® ne doit être faite que lorsque l'obstruction a été levée.

Dosage d'épinéphrine (1 : 1000) par voie intramusculaire (IM) en ACR dans le contexte d'anaphylaxie

Poids	Dosage ACR (dose unique)
25-49 kg / 55-109 lbs	0,6 mg
≥ 50 kg / ≥ 110 lb	1 mg

Noter que pour s'assurer d'avoir un dosage adapté au patient, il est requis de se renseigner sur son poids, le poids ayant préséance sur l'âge.

En situation d'arrêt cardio-respiratoire en contexte d'anaphylaxie, il est requis de doubler la dose usuelle puisque l'absorption du médicament est réduite et que la réaction est sévère. Administrer une dose unique IM dès que possible sans interrompre la RCR, et ce, peu importe si des doses ont été reçues avant l'ACR.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes, administrer une dose unique de 4 mg de naloxone IM aussitôt que possible, sans interrompre ou retarder la RCR.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que deux minutes après la 5e analyse. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics (TAP) 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. Une prise de pouls doit confirmer l'ACR avant l'application de ce protocole.

RÉA. 1 ACR médical adulte 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 (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 centre hospitalier 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. **Simultanément**, installer les électrodes de défibrillation et procéder à l'analyse.
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 que le patient est intubé, reprendre la RCR avec ventilation.
5. Faire un maximum de 2 tentatives d'intubation au total, par le même intervenant, afin de limiter la contamination (selon TECH. 6).
6. En cas d'extubation, de contre-indication ou d'échec au Combitube®, appliquer la technique de ventilation avec précautions de MRSI (selon 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 MRSI (TECH. 15) **avant la tentative d'intubation si indiquée**. Débuter l'évacuation après la 2^e analyse, comme prévu par le protocole MED. 13.