

MED. 8 Difficulté respiratoire**MED. 8****Critères d'inclusion :**

Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée) ou apparente (tirage ou utilisation des muscles accessoires), ou avec une fréquence respiratoire < 10/min ou > 24/min, ou présentant des bruits respiratoires audibles. Chez les patients MPOC, avec dyspnée chronique, il doit s'agir d'une dyspnée augmentée.

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Si obstruction des voies respiratoires, se référer au protocole MED. 13 (Obstruction des voies respiratoires par un corps étranger - patient de plus d'un an).**
- 3. Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique, si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique - anaphylactique).**
- 4. Lorsque les interventions prescrites par les protocoles prioritaires MED. 13 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger - patient de plus d'un an) et MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique) sont en cours ou terminées, on peut revenir au protocole MED. 8 (Difficulté respiratoire) s'il y a encore difficulté respiratoire.**
- 5. Si âge \geq 35 ans ET antécédent d'insuffisance cardiaque, d'infarctus aigu du myocarde ou d'angine de poitrine (MCAS) ET SpO₂ < 93 % à l'air ambiant ou : < 94 % avec oxygène à haute concentration (100 %) : appliquer le protocole MED. 8-A (Dyspnée d'origine cardiaque probable).**
- 6. Si présence de douleur thoracique, se référer au protocole MED. 10 (Douleur thoracique) et appliquer simultanément les 2 protocoles en priorisant la technique d'ECG 12D et les actions en découlant.**
- 7. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
- 8. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
- 9. Monitorage cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
- 10. Effectuer un ECG 12 dérivations, chez le patient de 65 ans et plus si dyspnée soudaine inexpiquée.**
- 11. Position de confort.**
- 12. Vérifier la présence des critères d'inclusion et des critères d'exclusion pour l'administration du salbutamol.**
- 13. Évaluer l'échelle de dyspnée.**
- 14. En présence de critères d'inclusion et en absence de critères d'exclusion, administrer le salbutamol **en nébulisation**. Réévaluer les signes vitaux et l'échelle de dyspnée lors de la fin du traitement.**

MED. 8 Difficulté respiratoire (suite)

- 15. Répéter deux fois le salbutamol en nébulisation 10 minutes après la fin du traitement précédent si les critères d'inclusion sont toujours présents, et ce, après avoir réévalué les signes vitaux et l'échelle de dyspnée. Réévaluer les signes vitaux et l'échelle de dyspnée à nouveau, lors de la fin du traitement.**
- 16. Transport URGENT au centre désigné par le SPU si détresse/insuffisance respiratoire ou présence de critères d'instabilité.**
- 17. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU si présence de dyspnée objectivable ou traitement de salbutamol en cours.**
- 18. Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU si absence de dyspnée objectivable.**
- 19. Surveillance continue et réappréciation seriée des signes vitaux.**

Remarques :

L'ECG 12 dérivations ne doit pas être effectué si l'état de conscience est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU, si le patient est en détresse/insuffisance respiratoire ou si l'origine de la plainte est traumatique, afin de ne pas retarder le transport.

L'ECG 12 dérivations doit être fait simultanément à l'administration du salbutamol lorsqu'indiqué.

Le syndrome d'hyperventilation lié à un trouble d'anxiété est un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire que tout autre diagnostic (dont une embolie pulmonaire, une intoxication à l'acide salicylique (AAS), une septicémie, etc.) doit avoir été exclus, ce qui n'est pas possible en préhospitalier. La tachypnée est de façon générale un phénomène compensatoire qui doit amener le TAP à se questionner sur la pathologie sous-jacente pouvant la générer. Tout patient présentant une tachypnée doit recevoir l'ensemble de soins prévus au protocole présent.

Critère d'inclusion pour l'administration du salbutamol :

Dyspnée chez patient connu asthmatique ou MPOC (dyspnée augmentée si chronique);

OU

Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants :

- Saturation initiale de < 92 % à l'air ambiant;
- Cyanose;
- Tirage;
- Sibilances ou wheezing.

MED.8 Difficulté respiratoire (suite)

Critères d'exclusion pour l'administration du salbutamol :

Étouffement (obstruction des voies respiratoires supérieures);

Traumatisme (en lien avec la dyspnée);

Allergie au salbutamol.

Dosage de salbutamol selon l'âge : 8 ans et plus ou 25 kg et plus : 5 mg.

Le salbutamol peut être administré, après qu'une obstruction des voies respiratoires a été levée, si les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectés.

Si la saturation du patient qui reçoit du salbutamol est < 92 % lors de l'arrivée dans le véhicule ambulancier, ajouter une canule nasale à 4 L/min sous le masque de salbutamol pour le restant du traitement. Si le patient est connu MPOC, ajuster le débit de la canule pour que la saturation ne dépasse pas 94 %.

**Lors de toute administration de salbutamol par nébulisation,
le technicien ambulancier paramédic doit porter un
masque de procédure.**

MED.8 Difficulté respiratoire avec particularité MRSI

Veuillez 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.
- Toujours couvrir le visage du patient en fonction de la situation (masque de procédure ou masque à haute concentration).
- Aviser le CH si MRSI suspecté ou confirmé et respecter les directives de l'établissement.

Intervention à adapter en contexte MRSI:

- Le salbutamol en nébulisation avec précautions MRSI peut être administré si autorisé régionalement uniquement si utilisé en concomitance avec la CPAP (lorsque cette dernière est indiquée). Se référer à RÉA.9.
- Assistance respiratoire avec précautions MRSI selon RÉA.9.
- Si applicable, administrer oxygène avec particularités MRSI selon TECH.10.
- Si applicable, assistance ventilatoire avec particularités MRSI selon TECH.15.
- Considérer l'administration de salbutamol en aérosol-doseur.
- Considérer l'administration d'épinéphrine chez le patient asthmatique < 40 ans en détresse respiratoire.

Administration du salbutamol en aérosol doseur

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Dyspnée chez patient connu asthmatique ou MPOC (dyspnée augmentée si chronique)</p> <p>OU</p> <p>Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPO2 initiale < 92 % à l'air ambiant; • Cyanose; • Tirage; • Sibilances ou wheezing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Étouffement (obstruction des voies respiratoires supérieures); • Traumatisme (en lien avec la dyspnée); • Allergie au salbutamol.

Aérosol-doseur de salbutamol. Pompe bleue (100mcg par inhalation) disponibles au Canada : Ventolin hfa , Airomir, Salbutamol hfa, Apo-salbutamol hfa, Téva-salbutamol hfa, Novo-salbutamol hfa

Posologie du salbutamol en aérosol doseur (salbutamol 100mcg par inhalation)

- Adulte = 8 inhalations (bouffées)

Répétition

Répéter deux fois le salbutamol 10 minutes après la fin du traitement précédent si les critères d'inclusion sont toujours présents (maximum total 3 doses).

MED.8 Difficulté respiratoire avec particularité MRSI (suite)

Administration d'épinéphrine chez l'asthmatique

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Patient connu asthmatique ET ≤ 40 ans ET <u>Détresse respiratoire*</u></p> <p>* <i>Difficulté respiratoire sévère impliquant une utilisation significative des muscles accessoires. Inclus également les signes d'insuffisance respiratoire suivant une détresse respiratoire.</i></p>	Maladie coronarienne (MCAS) connue

Posologie de l'épinéphrine IM (1mg/mL)

- Adulte =0,3 mg (0,3 mL)

Répétition

- Aux 5 minutes, si le patient présente une détérioration;
- Aux 10 minutes s'il n'y a pas d'amélioration ou que les critères d'inclusion sont encore présents.
- Maximum de 4 doses au total.

Remarques

- Le patient doit avoir en sa possession un aérosol-doseur de salbutamol lui appartenant.
- Favoriser l'utilisation d'un tube d'espacement (aérochambre) lorsque disponible.
- En absence d'un tube d'espacement (aérochambre), le patient peut utiliser son aérosol-doseur en prenant la dose prévue au protocole.
- En cas de difficulté, le TAP peut supporter le patient en lui donnant des consignes verbales claires et en tentant de rester à l'écart du patient.
- Lorsque requis, le salbutamol et l'épinéphrine peuvent être administrés en concomitance.
- Si bronchospasme dans le contexte d'anaphylaxie, se référer à MED.17.

MED.8 Difficulté respiratoire avec particularité MRSI (suite)

Technique d'administration de l'aérosol doseur (AD):

1. Agiter l'AD et appuyer 2 fois sur la cartouche avant chaque dose.
2. A) Utilisation d'un tube d'espacement (aérochambre) :
 - o Installer l'AD avec le réservoir vers le haut sur l'extrémité du tube d'espacement.
 - Avec pièce buccale rigide : Demander au patient de fermer les lèvres autour de la pièce buccale.
 - Avec masque : Appliquer le masque pour couvrir le nez et la bouche du patient de façon étanche.
 - o Appuyer une fois sur la cartouche afin de délivrer une première inhalation (bouffée/puff) ;
 - o Demander au patient de prendre 6 respirations dans le tube d'espacement (pour chaque inhalation délivrée).
- B) Non-utilisation d'un tube d'espacement :
 - o Demander au patient de fermer les lèvres autour de la pièce buccale de l'AD ou placer celui-ci à une distance de 2 à 5 cm de la bouche en gardant la bouche ouverte (les 2 techniques sont acceptables);
 - o Prendre une inspiration lente et profonde en appuyant sur la cartouche en début d'inspiration pour délivrer une première inhalation (bouffée/puff) ;
 - o En fin d'inspiration, demander de retenir sa respiration pendant 5 à 10 secondes.
3. S'assurer d'un délai de 30 secondes entre les inhalations délivrées.
4. Répéter la procédure jusqu'à ce que le nombre d'inhalations prévu au protocole soit administré.

Technique d'administration de l'épinéphrine intramusculaire

- o Se référer à la technique d'administration en vigueur. Toujours privilégier l'administration dans le vaste externe de la cuisse.