

SA20 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE NON TRAUMATIQUE

Critères d'inclusion (tous doivent être présents) :

- Âge : présence de signes de puberté.
- ACR d'origine non traumatique (inclus la strangulation).

1. Se référer au protocole SA1 Évaluation de la condition clinique – confirmation de l'ACR
2. Effectuer la RCR pendant l'installation des électrodes de défibrillation.
3. Identifier le rythme et appliquer la séquence suivante en fonction du rythme retrouvé :
 - a. FV ou TV sans pouls :
 - i. Défibriller (1 choc).
 - ii. Effectuer 5 cycles (plus ou moins 2 minutes) de RCR ratio : 30:2, puis vérifier le rythme.
 - iii. Obtenir accès intraveineux (SA6 Perfusion intraveineuse).
 - iv. Administrer épinéphrine.
 - v. Administrer amiodarone.
 - vi. Chez le patient en FV/TV réfractaire à la défibrillation, après la première dose d'antiarythmique, considérer l'évacuation et le transport du patient vers un centre offrant de la réanimation par oxygénation extracorporelle (ECMO), si disponible, tout en maintenant l'application des interventions prévues au protocole. Autrement poursuivre la réanimation sur place, comme la séquence le prévoit.
 - b. ACR avec AESP ou Asystolie :
 - i. Effectuer 5 cycles (plus ou moins 2 minutes) de RCR ratio : 30:2, puis vérifier le rythme.
 - ii. Obtenir accès intraveineux SA6 (Perfusion intraveineuse).
 - iii. Administrer épinéphrine.
4. Si présence de causes réversibles potentielles, communiquer avec le médecin du support médical à distance et suivre ses prescriptions (voir Remarques).
5. Si présence du pouls carotidien, se référer à SA21 Soins post-réanimation.
6. Si absence du pouls carotidien après au moins 20 minutes de réanimation avec l'administration de soins avancés, cesser les efforts de réanimation en présence de tous les critères suivants :
 - a. Âge ≥ 18 ans.
 - b. Absence de suspicion d'hypothermie modérée (température inférieure à 34°C).
 - c. Absence de grossesse.
 - d. Asystolie.
 - e. Aucun retour de pouls (30 secondes) à tout moment durant la réanimation.
7. ☎ Si le patient présente une AESP avec QRS larges dont la fréquence cardiaque ≤ 40 par min et âge ≥ 18 ans, une communication avec le médecin du support médical à distance pour obtenir une prescription, afin de cesser les efforts de réanimation est requise.
8. Si arrêt de manœuvres de réanimation, appel au support médical pour constat de décès, lorsque disponible, ou faire transporter au centre désigné par le SPU.
9. Si manœuvres en cours, transport urgent au centre désigné par le SPU en fonction de la condition clinique du patient.

Remarques :

RCR de qualité

La profondeur du massage cardiaque doit être plus ou moins 2 pouces sans dépasser 2,4 pouces (entre 5 et 6 cm) avec relâchement complet du thorax et à un ratio de 100 à 120 compressions par minute. Les interruptions de RCR doivent être minimisées au maximum et doivent être les plus courtes possibles. Elles doivent être autant que possible inférieures à 10 secondes. On doit changer l'intervenant au massage

cardiaque à toutes les 2 minutes approximativement, pour maximiser l'efficacité de la RCR. Dès l'insertion d'un dispositif avancé de protection des voies respiratoires (DAPVR), la capnographie (ETCO₂) doit être surveillée en temps réel. Si la valeur objectivée d'ETCO₂ est inférieure à 10 mmHg, on doit tenter d'améliorer la qualité de la RCR.

Hypothermie

Dans une situation d'hypothermie :

- Hypothermie suspectée ou confirmée (température entre 30°C et 35°C) : protocoles d'ACR standard.
- Hypothermie sévère suspectée ou confirmée (température : < 30°C) : administrer les chocs selon la séquence, appliquer un DAPVR, donner seulement l'épinéphrine. Débuter l'évacuation ainsi que le transport après la première dose d'épinéphrine.

Femme enceinte ≥ 20 semaines

L'utérus doit être déplacé vers la gauche par un autre intervenant et si impossible, la patiente ou la planche dorsale doit être inclinée à 30° vers la gauche. L'évacuation et le transport doivent être initiés immédiatement après l'intubation avec le DAPVR tout en appliquant une RCR de qualité et la séquence prévue au protocole. Un avis au chevet de la patiente doit être effectué au CH receveur afin de les aviser de la situation (préparation en vue d'une césarienne d'urgence). Si l'ACR fait suite à des convulsions et que du sulfate de magnésium (MgSO₄) était en cours d'administration, se référer au médecin du support médical à distance et suivre ses prescriptions (réf. : administration de chlorure de calcium).

Séquence d'intervention

Après un choc, ne pas vérifier le pouls et débiter immédiatement 5 cycles de RCR 30:2 (plus ou moins 2 minutes) lorsque le patient n'a pas de DAPVR. Si un DAPVR est en place, la RCR doit être faite en continu et la ventilation doit être effectuée de façon asynchrone avec le massage cardiaque, à raison d'une ventilation aux 6 secondes (10 ventilations par minute). Les vérifications de rythme doivent se faire aux 2 minutes approximativement, et ce, lors du changement d'intervenant au massage cardiaque.

Appliquer les particularités suivantes en fonction du rythme retrouvé :

- **FV ou TV sans pouls** : donner un seul choc à la fois et redébuter la RCR immédiatement après le choc. Durant la charge de l'appareil, le massage cardiaque est poursuivi. Si possible, procéder à la charge de l'appareil avant l'arrêt de la RCR et de la vérification du rythme. Si le rythme est défibrillable, administrer le choc immédiatement et poursuivre la réanimation. Si un choc n'est pas nécessaire, poursuivre la RCR et décharger l'appareil.
- **AESP** : si absence de DAPVR en place, prendre le pouls carotidien. Si la capnographie (ETCO₂) est en place et que la valeur d'ETCO₂ n'augmente pas de façon significative, ne pas prendre le pouls et poursuivre la réanimation telle que le prévoit le protocole. Si la valeur d'ETCO₂ augmente soudainement de façon significative et constante, valider la présence du pouls carotidien. Si absence de pouls (réf. : AESP), continuer la réanimation comme la séquence le prévoit. Si présence du pouls, appliquer SA21 Soins post-réanimation.
- **Asystolie** : poursuivre la réanimation comme la séquence le prévoit.

Après chaque administration de médicaments IV, administrer 20 ml de NaCl 0,9 %.

Insertion d'un Dispositif avancé de protection des voies aériennes (DAPVR)


Si le patient a déjà un dispositif supraglottique/canule oesophagotrachéale à double voie en place installé par les techniciens ambulanciers (soins primaires), confirmer l'efficacité de la ventilation, procéder à l'installation de la capnographie et de la voie intraveineuse. Si la ventilation est inefficace, tenter de corriger

et au besoin, retirer le DAPVR et ventiler avec les méthodes de base. Procéder à l'insertion d'un DAPVR dès que possible, et ce, sans interrompre le massage cardiaque. À l'arrivée au chevet, même si les voies respiratoires sont perméables et que la ventilation est efficace avec les méthodes de base, on doit favoriser l'insertion d'un DAPVR au dépend de l'installation de la voie intraveineuse, afin de maximiser l'efficacité de la RCR par l'application d'une ventilation asynchronisée avec le massage cardiaque. L'insertion d'un DAPVR doit se faire sans interrompre la RCR. S'il y a nécessité d'interrompre le massage cardiaque lors de l'insertion du dispositif, l'interruption doit être minimale (inférieure à 10 secondes). Si l'insertion d'un DAPVR n'est pas réussie, une nouvelle insertion est tentée après le changement d'intervenant au massage cardiaque. Un total de trois (3) essais est alloué tel que le prévoit le protocole SA4 Intubation avec un dispositif avancé de protection des voies respiratoires.

Impossibilité d'installer une voie intraveineuse

Dans l'impossibilité d'installer une voie intraveineuse appliquer le protocole SA23 Perfusion intraosseuse.

Traitement des causes réversibles

 S'il y a un doute sur la présence d'une cause réversible après l'administration de la première dose d'épinéphrine, le TAPSA doit communiquer avec le médecin du support médical à distance, afin de transmettre les informations pertinentes et suivre les prescriptions de ce dernier.

TV polymorphique (réf. : Torsades de pointes)

En présence de Torsades de pointes, le médicament de choix est le sulfate de magnésium. Il ne faut pas administrer d'amiodarone.

Administration d'épinéphrine

Un délai court à l'administration d'épinéphrine est associé à la survie. Le TAPSA doit déléguer et effectuer des interventions afin d'arriver rapidement à l'administration de l'épinéphrine, et ce, en fonction des priorités préétablies.

SA20 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE NON TRAUMATIQUE

Interventions autonomes :

ÉPINÉPHRINE 1 : 10 000

Condition d'administration :

- ACR.

Contre-indication :

- Aucune.

Posologie :

Épinéphrine 1:10 000
IV: 1 mg, q 3 à 5 min

AMIODARONE

Condition d'administration :

- ACR avec FV, TV sans pouls (absence de Torsades de pointes).

Contre-indications :

- Torsades de pointes.
- Allongement du QTc > 0,46 seconde (si objectivé sur un ECG pré arrêt cardiorespiratoire).

Posologie :

Appliquer la séquence suivante :

1. Administration initiale :
amiodarone
IV : 300 mg, en dilution standardisée.
2. Administrer à nouveau 3 à 5 min après la première dose, si FV ou TV sans pouls :
amiodarone
IV : administrer 150 mg, en dilution standardisée.

SULFATE DE MAGNÉSIMUM

Condition d'administration :

- ACR avec Torsades de pointes.

Contre-indication :

- Aucune.

Posologie :

Sulfate de magnésium IV : 2 g

Aucun autre texte sur cette page.



SA20 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE NON TRAUMATIQUE

Interventions sous l'ordonnance verbale du médecin (p. 1 de 2).

En fonction du contexte et du tableau clinique, le médecin du support médical à distance peut ordonner :

GLUCAGON

Conditions d'administration (une des conditions suivantes) :

- ACR avec intoxication aux bêtabloqueurs suspectée.
- ACR avec intoxication aux bloqueurs de canaux calciques suspectée.

Contre-indication :

- Anaphylaxie au latex.

Posologie :

glucagon

IV : 5 mg (doit être reconstitué avec de l'eau stérile) et administrer en dilution standardisée, PRN.).

CHLORURE DE CALCIUM

Conditions d'administration (une des conditions suivantes) :

- ACR avec hyperkaliémie suspectée.
- ACR avec intoxication aux bloqueurs de canaux calciques suspectée.
- ACR à la suite de convulsions chez la femme enceinte (≥ 20 semaines ou 4 semaines post-partum) chez qui du $MgSO_4$ a été administré.

Contre-indications :

- Intoxication potentielle au digoxin (Lanoxin®/Toloxin®).

Posologie :

chlorure de calcium

IV : 1 g, q 5 min, PRN.

*Le chlorure de calcium est incompatible avec le bicarbonate de sodium.

BICARBONATE DE SODIUM

Conditions d'administration (une des conditions cliniques suivantes) :

- ACR avec hyperkaliémie suspectée.
- ACR avec intoxication aux antidépresseurs tricycliques.
- ACR avec intoxication aux bloqueurs de canaux sodiques.

Contre-indications :

- Aucune.

Posologie :

bicarbonate de sodium

IV : 1 meq/kg, q 10 min, PRN.

* Le bicarbonate de sodium est incompatible avec le chlorure de calcium.

Aucun autre texte sur cette page.

SA20 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE NON TRAUMATIQUE

Interventions sous l'ordonnance verbale du médecin (p. 2 de 2).

En fonction du contexte et du tableau clinique, le médecin du support médical à distance peut ordonner :

SULFATE DE MAGNÉSIUM

Conditions d'administration (une des conditions cliniques suivantes) :

- ACR avec FV/TV réfractaire aux traitements (réf. : amiodarone).
- ACR avec FV/TV réfractaire aux traitements avec histoire de déséquilibre électrolytique (réf. : hypomagnésémie, hypokaliémie), d'alcoolisme ou en présence de dénutrition avancée.

Contre-indication :

- Aucune.

Posologie :

Sulfate de magnésium
IV : 2 g, q 5 à 10 min, max. 4 g.

BOLUS LIQUIDIENS DE NaCl 0,9%

Condition d'administration :

- ACR avec hypovolémie suspectée.

Contre-indication :

- Aucune.

Posologie :

NaCl 0,9 %
IV : 1000 ml (1 litre) en bolus, PRN.

NALOXONE

Condition d'administration :

- ACR avec intoxication aux opioïdes et avec rythme d'asystolie ou d'AESP.

Contre-indication :

- Aucune.

Posologie :

naloxone
IV : 2 mg; dose unique.

Aucun autre texte sur cette page.