

PED. 3 Difficulté respiratoire

PED. 3

Critère d'inclusion :

Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée) ou apparente (tirage, utilisation des muscles accessoires, battements des ailes du nez), bradypnée ou tachypnée pour l'âge, ou présentant des bruits respiratoires audibles.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Si obstruction des voies respiratoires, se référer au protocole MED. 13 ou PED. 4 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger).**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique, si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole PED. 5 (réaction allergique / anaphylactique).**
4. **Lorsque les interventions prescrites par les protocoles prioritaires MED. 13 ou PED. 4 (obstruction des voies respiratoires par corps étranger) et PED. 5 (réaction allergique / anaphylactique) sont en cours ou terminées, revenir au protocole PED. 3 (difficulté respiratoire) s'il y a encore difficulté respiratoire.**
5. **Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
6. **Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus en positionnant le masque de manière à ne pas effrayer l'enfant.**
7. **Position de confort.**
8. **Minimiser les contacts physiques pour éviter l'agitation de l'enfant.**
9. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique, en prenant garde de ne pas effrayer l'enfant.**
10. **Vérifier la présence des critères d'inclusion et d'exclusion pour l'administration du salbutamol.**
11. **En présence de critères d'inclusion et absence de critère d'exclusion, administrer le salbutamol en nébulisation en prenant garde de ne pas effrayer l'enfant; documenter les signes vitaux lors de la fin du traitement.**
12. **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; réévaluer les signes vitaux à nouveau, lors de la fin du traitement.**
13. **Transport URGENT au centre désigné par les SPU si détresse/insuffisance respiratoire ou présence de critères d'instabilité.**

PED. 3 Difficulté respiratoire (suite)

14. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par les SPU si présence de dyspnée objectivable ou traitement de salbutamol en cours.

15. Transport NON URGENT au centre désigné par les SPU si absence de dyspnée objectivable.

16. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

Remarques :

Si l'enfant salive exagérément ou a de la difficulté à avaler ou a l'air anxieux et est assis, ne pas essayer de vérifier dans la bouche à cause des dangers d'épiglottite.

Signes de détérioration de l'état de l'enfant : altération de l'état de conscience, fatigue, pâleur, mouvement de la tête de haut en bas à chaque respiration, rétraction des muscles du thorax, battement des ailes du nez.

La bradycardie est un signe d'hypoxie sévère chez l'enfant.

Critère d'inclusion pour l'administration du Salbutamol :

Dyspnée chez patient connu asthmatique

OU

Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants :

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

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 :

- Moins d'un an : 1,25 mg;
- 1 an – 7 ans (25 kg) : 2,5 mg;
- 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.

Lors de toute administration de salbutamol par nébulisation, le technicien ambulancier paramédic (TAP) doit porter un masque de procédure

PED. 3 Difficulté respiratoire avec particularité 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.
- 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:

- Aucune assistance respiratoire (A-V).
- 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 en détresse respiratoire.

Administration du salbutamol en aérosol doseur :

Critères d'inclusion		Critères d'exclusion
Dyspnée chez patient connu asthmatique OU Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants : <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.
Posologie du salbutamol (100mcg par inhalation)		
Âge (années)	Poids (kg)	Nombre de bouffées / 1 dose
Moins d'un an	Moins de 12 kg	2 inhalations
1 – 7 ans	12 à 24 kg	4 inhalations
8 ans et plus	25 kg et plus	8 inhalations
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).		

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

PED. 3 Difficulté respiratoire avec particularité MRSI (suite)

Administration d'épinéphrine chez l'asthmatique

Critères d'inclusion			
Patient pédiatrique connu asthmatique ET Détresse respiratoire* <i>* Difficulté respiratoire sévère impliquant une utilisation significative des muscles accessoires. Inclus également les signes d'insuffisance respiratoire suivant une détresse respiratoire.</i>			
Posologie de l'épinéphrine IM (1mg/mL)			
Âge	Poids (kg)	Dose (mg)	Volume (mL)
7 ans et moins	Moins de 25 kg	0.15	0.15
8 ans et plus	25 kg et plus	0.3	0.30
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 PED. 5.

PED. 3 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.