

Sommaire des ajustements apportés aux algorithmes de la RCR chez les patients atteints ou possiblement atteints de la COVID-19

Réduisez l'exposition des dispensateurs de soins

- Revêtez les ÉPI avant d'entrer dans la pièce/sur les lieux.
- Limitez le personnel.
- Envisagez d'utiliser des dispositifs de RCR mécaniques pour les adultes et les adolescents qui répondent aux critères de grandeur et de poids.
- Informez les nouveaux dispensateurs de soins de santé du diagnostic de la COVID-19.

Privilégiez les stratégies d'oxygénation et de ventilation qui présentent le moins de risques d'aérosolisation

- Utilisez un filtre HEPA, si possible, pour toute ventilation.
- Intubez rapidement à l'aide d'une sonde à ballonnet, si possible, et branchez le ventilateur mécanique dès que possible.
- Demandez à la personne la plus susceptible de réussir l'intubation du premier coup d'insérer la sonde.
- Suspendez les compressions thoraciques le temps de l'intubation.
- Envisagez la vidéo-laryngoscopie, si possible.
- Avant l'intubation, utilisez un dispositif de ballon-masque (ou une pièce en T pour les nouveau-nés) doté d'un filtre HEPA placé hermétiquement.
- Pour les adultes, envisagez l'oxygénation passive au moyen d'un masque facial sans réinspiration pour remplacer le dispositif de ballon-masque sur une courte durée.
- Si l'intubation est retardée, envisagez un dispositif supralaryngé.
- Réduisez au minimum le débranchement des appareils à circuit fermé.

Réfléchissez à la pertinence de la réanimation

- Ciblez les objectifs des soins.
- Adoptez les politiques pour orienter la détermination, en tenant compte des facteurs de risque du patient associés à la survie.

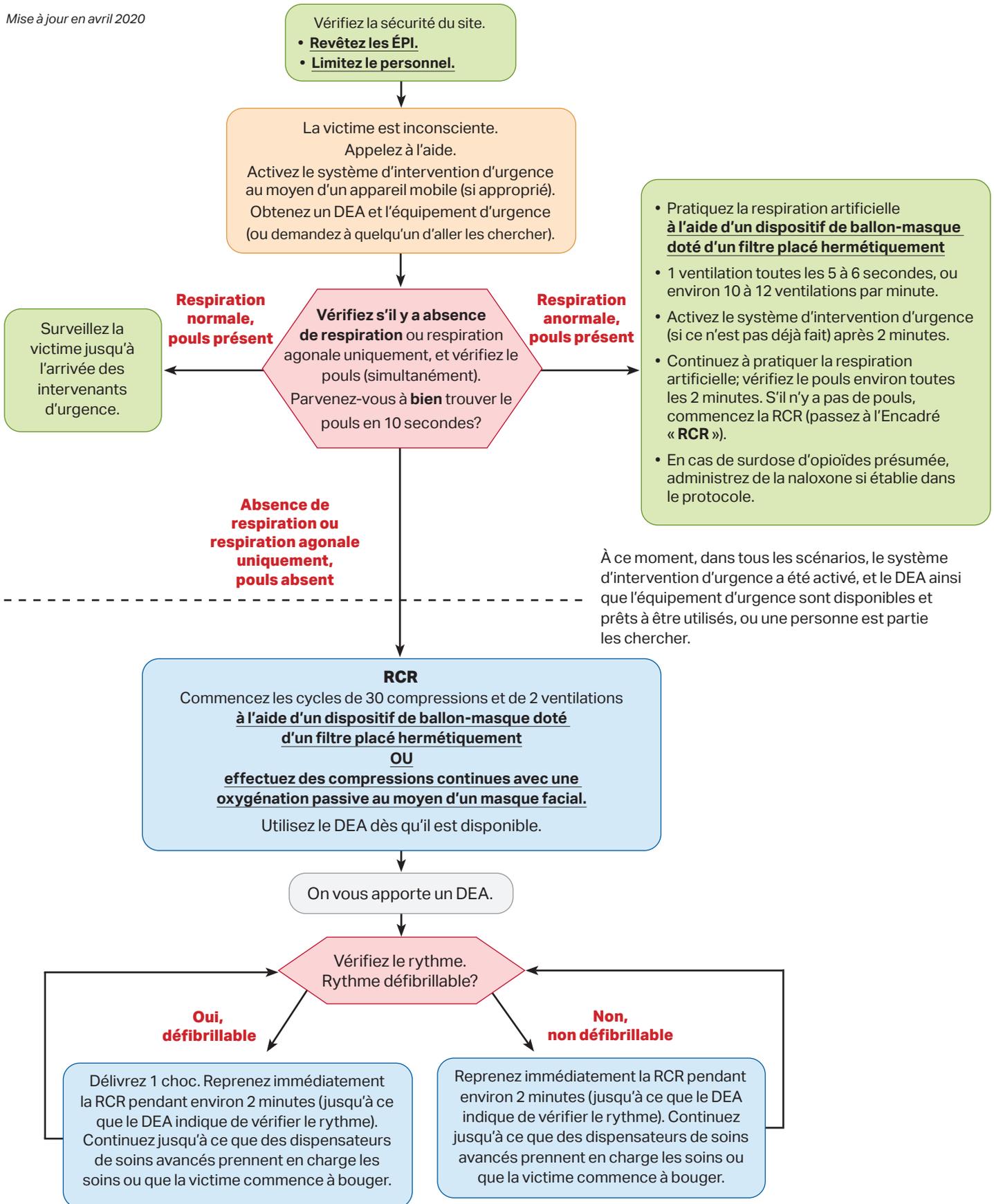


™ L'icône du cœur et de la / seule et l'icône du cœur et de la / suivie d'une autre icône ou de mots sont des marques de commerce de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.

Les renseignements suivants sont tirés de l'article Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19; publication originale le 9 avril 2020 <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463> Circulation

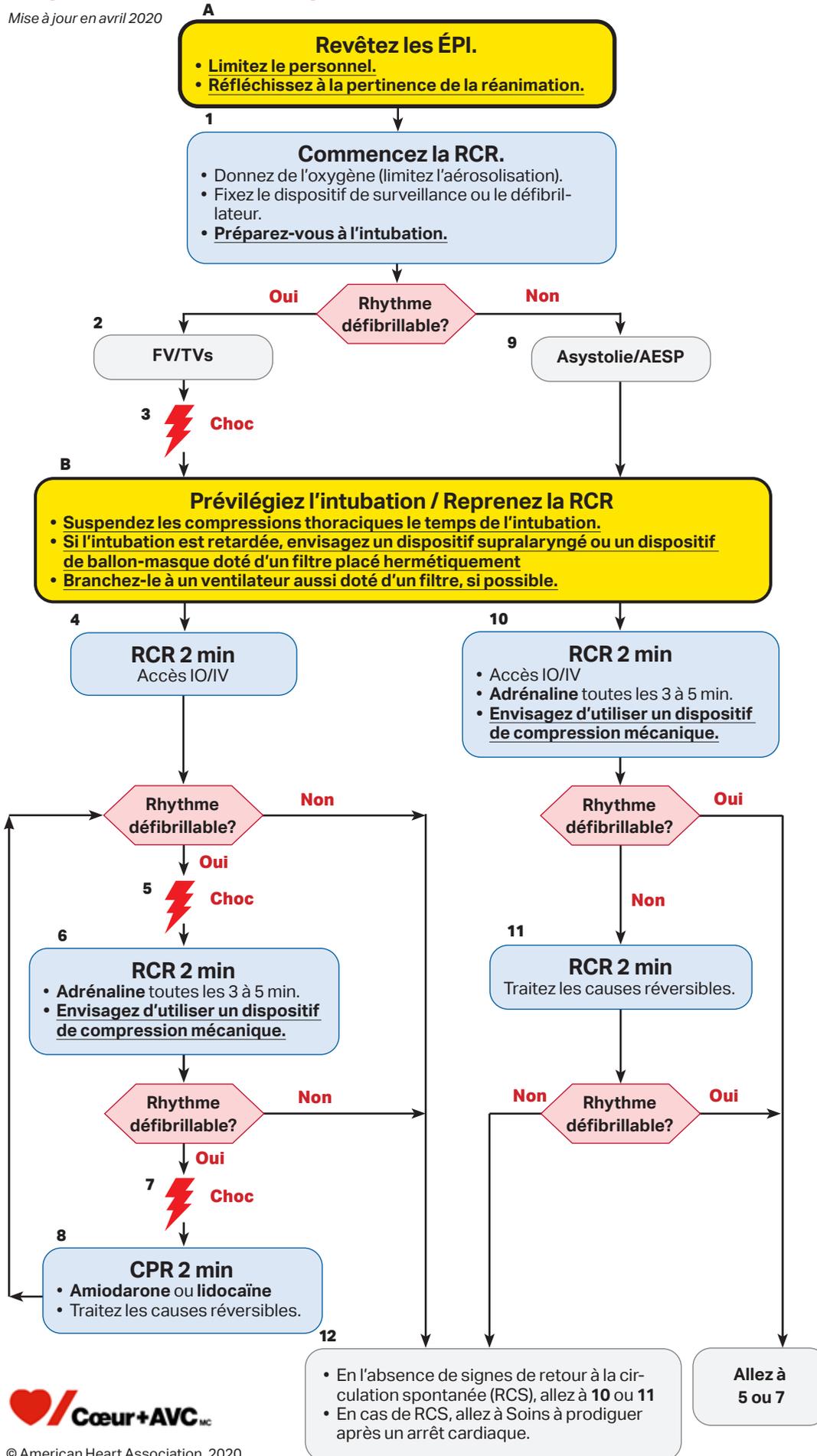
Algorithme de l'arrêt cardiaque chez l'adulte pour les dispensateurs de soins en SIR chez les patients atteints ou possiblement atteints de la COVID-19

Mise à jour en avril 2020



Algorithme de l'arrêt cardiaque dans le cadre des SARC chez les patients atteints ou possiblement atteints de la COVID-19

Mise à jour en avril 2020



Qualité de la RCR

- Poussez fort (profondeur d'au moins 5 cm [2 pouces]) et vite (100 à 120/min) et permettez la relaxation thoracique totale.
- Minimisez les interruptions pendant les compressions.
- Évitez la ventilation excessive.
- Changez de secouriste chargé des compressions toutes les 2 minutes ou plus tôt si le secouriste est fatigué.
- Sans intubation, rapport compressions/ insufflations de 30 pour 2.
- Capnographie quantitative à ondes.
 - Si la Petco2 <10 mm Hg, tentez d'améliorer la RCR.
- Pression intra-artérielle
 - Si la pression diastolique durant la phase de relaxation est <20 mm Hg, tentez d'améliorer la qualité de la RCR.

Énergie de choc pour la défibrillation

- **Biphasique** : Recommandation du fabricant (p. ex., dose initiale de 120 à 200 J); en l'absence de recommandations, administrez la dose maximale. La deuxième dose et les doses subséquentes doivent être équivalentes, et des doses plus élevées peuvent être envisagées.
- **Monophasique** : 360 J

Intubation

- **Réduisez au minimum le débranchement des appareils à circuit fermé.**
- **Demandez à la personne la plus susceptible de réussir l'intubation du premier coup d'insérer la sonde. Envisagez la vidéo-laryngoscopie.**
- Intubation endotrachéale ou supralaryngée.
- Capnographie à ondes ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale.
- Capnographie à ondes ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale.

Traitement médicamenteux

- **Dose IO/IV d'adrénaline** : 1 mg toutes les 3 à 5 minutes
- **Dose IO/IV d'amiodarone** : Dose initiale : Bolus de 300 mg
Deuxième dose : 150 mg ou
- **Dose IO/IV de lidocaïne** : Dose initiale : 1 - 1,5 mg/kg
Deuxième dose : 0,5 - 0,75 mg/kg.

Retour à la circulation spontanée (RCS)

- Pouls et pression artérielle
- Augmentation abrupte et soutenue de la Petco2 (habituellement ≥ 40 mm Hg)
- Ondes spontanées de pression artérielle avec surveillance intra-artérielle

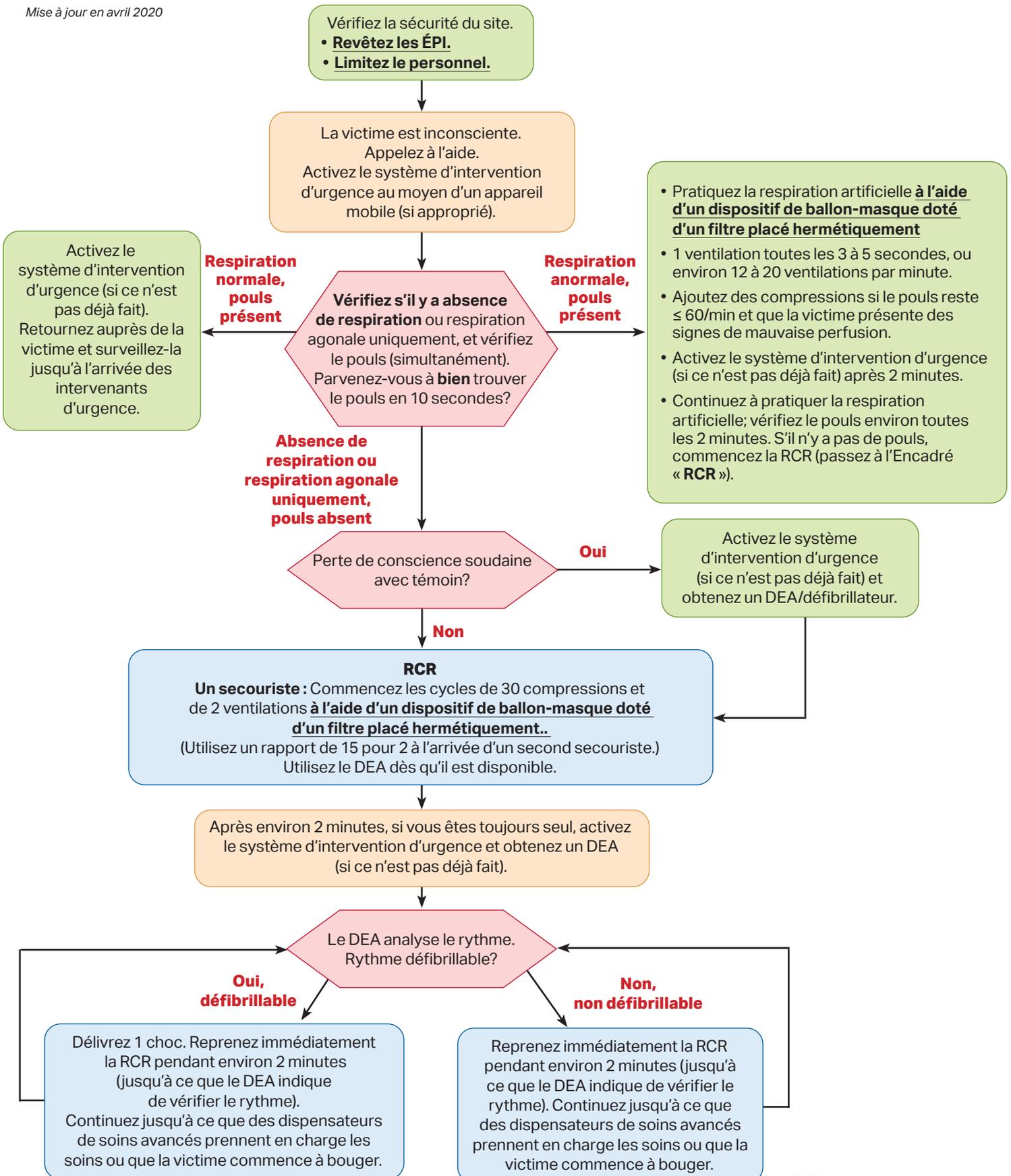
Causes réversibles

- Hypovolémie
- Hypoxie
- Hydrogène, ion (acidose)
- Hypokaliémie ou hyperkaliémie
- Hypothermie
- Pneumothorax sous pression
- Tamponnade, cardiaque
- Toxines
- Thrombose pulmonaire
- Thrombose coronaire

SIR pour dispensateurs de soins de santé

Algorithme de l'arrêt cardiaque pédiatrique à un secouriste pour les dispensateurs de soins en SIR chez les patients atteints ou possiblement atteints de la COVID-19

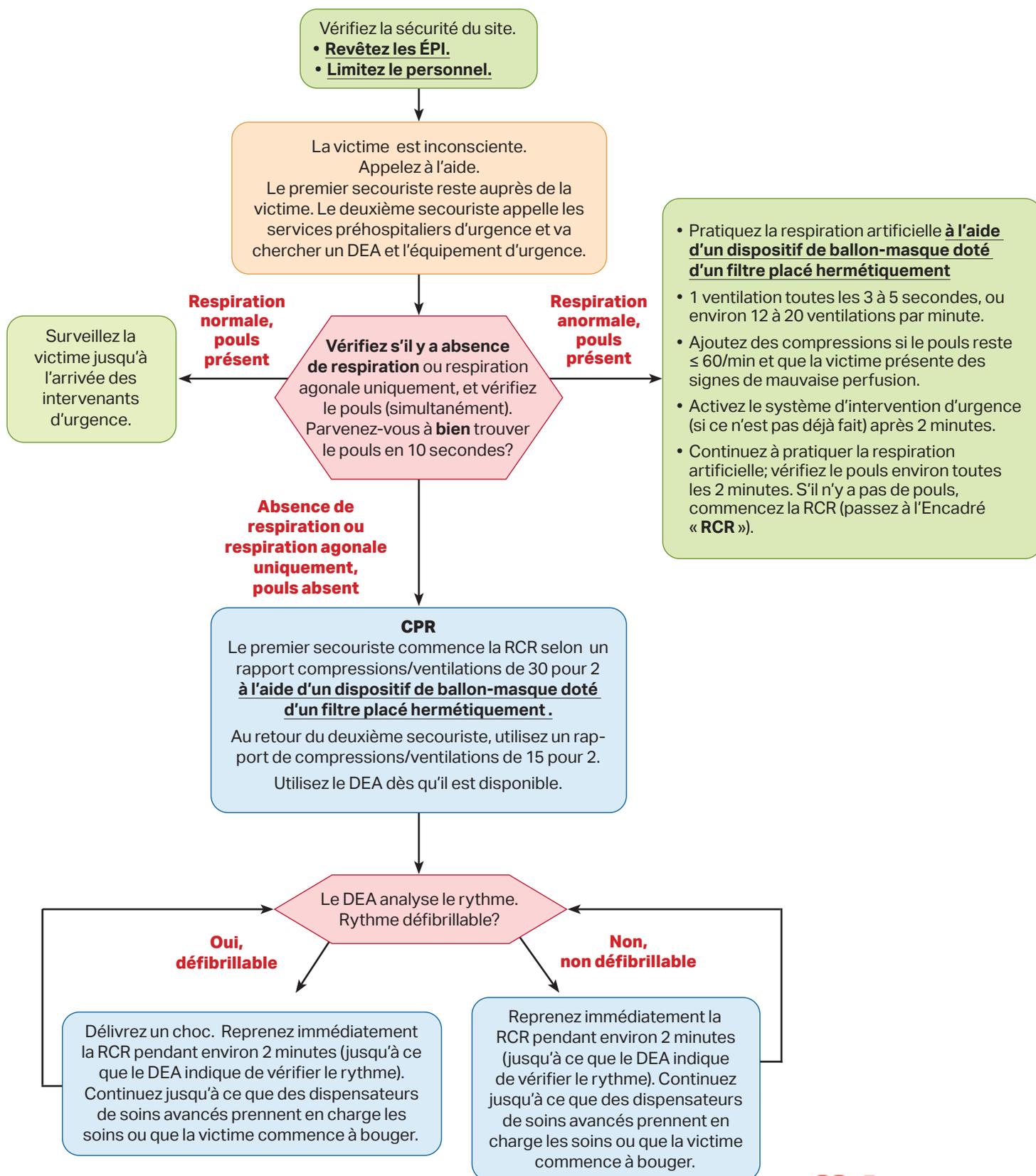
Mise à jour en avril 2020



SIR pour dispensateurs de soins de santé

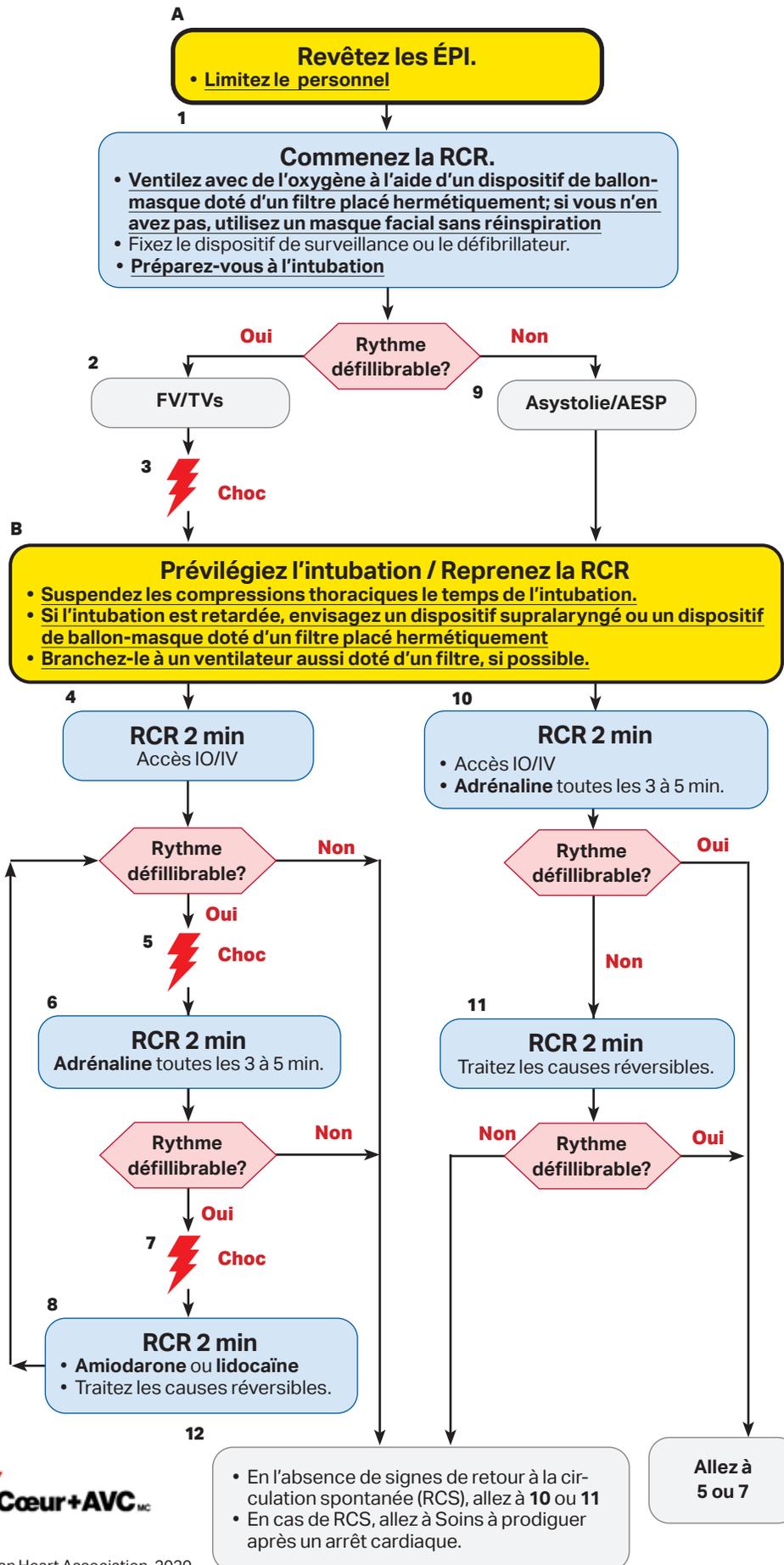
Algorithme de l'arrêt cardiaque pédiatrique à 2 secouristes ou plus pour les dispensateurs de soins en SIR chez les patients atteints ou possiblement atteints de la COVID-19

Mise à jour avril 2020



Algorithme de l'arrêt cardiaque pédiatrique chez les patients atteints ou possiblement atteints de la COVID-19

Mise à jour en avril 2020



Qualité de la RCR

- Poussez fort ($\geq \frac{1}{3}$ du diamètre antéro-postérieur du thorax) et vite
- (100 à 120/min) et permettez la relaxation thoracique totale.
- Minimisez les interruptions pendant les compressions.
- Évitez la ventilation excessive.
- Changez de secouriste chargé des compressions toutes les 2 minutes ou plus tôt si le secouriste est fatigué.
- Sans intubation, rapport compressions/ventilations de 15 pour 2.

Énergie de choc pour la défibrillation

Premier choc de 2 J/kg, deuxième choc de 4 J/kg, chocs subséquents ≥ 4 J/kg, maximum de 10 J/kg ou dose adulte.

Intubation

- Réduisez au minimum le débranchement des appareils à circuit fermé.
- Demandez à la personne la plus susceptible de réussir l'intubation du premier coup d'insérer la sonde. Envisagez la vidéo-laryngoscopie.
- Privilégiez la sonde d'intubation endotrachéale à ballonnet si possible
- Intubation supralaryngée ou endotrachéale.
- Capnographie à ondes ou capnométrie pour confirmer et surveiller le positionnement de la sonde d'intubation endotrachéale.
- Dès que le dispositif d'intubation est en place, administrez 1 ventilation toutes les 6 secondes (10 ventilations/min) en pratiquant des compressions thoraciques continues.

Traitement médicamenteux

- Dose IO/IV d'adrénaline : 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de concentration 0,1 mg/ml). Répétez toutes les 3 à 5 minutes
- Dose IO/IV d'amiodarone : Bolus de 5 mg/kg au cours d'un arrêt cardiaque. Peut être répétée jusqu'à 2 fois en cas de FV réfractaire ou de TV sans pouls.
ou
Dose IO/IV de lidocaïne : Dose initiale : 1 mg/kg en dose d'attaque. Dose d'entretien : Perfusion de 20 à 50 μ g/kg par minute (répéter la dose de bolus si la perfusion a commencé > 15 minutes après le bolus initial).

Retour à la circulation spontanée (RCS)

- Pouls et pression artérielle
- Ondes spontanées de pression artérielle avec surveillance intra-artérielle

Causes réversibles

- Hypovolémie
- Hypoxie
- Hydrogène, ion (acidose)
- Hypokaliémie ou hyperkaliémie
- Hypothermie
- Pneumothorax sous pression
- Tamponnade, cardiaque
- Toxines
- Thrombose pulmonaire
- Thrombose coronaire