

Le « code rose » est spécifique à l'enfant de 31 jours à 13 ans.

En contexte de transmission communautaire de la COVID-19, l'équipement de protection recommandé pour intervenir lors de la réanimation d'un enfant est le même en toute circonstance, qu'il soit non-suspecté, suspecté ou confirmé. Il s'agit du même ÉPI que lors d'un code bleu. Également, la séquence de l'algorithme de réanimation pédiatrique a été maintenue moyennant quelques précautions additionnelles.

PRÉPARATION				
Matériel				
- Char de réanimation pédiatrique et néonatale (devrait toujours être gardé en zone propre) - Cabaret de médicaments pédiatrique et néonatal (préparé et remplacé par la pharmacie) - Moniteur cardiaque/Défibrillateur ou Défibrillateur externe automatisé (DEA) avec électrodes pédiatriques (matériel partagé avec le code bleu) - Filtre antimicrobien pour l'appareil de ventilation manuel prêt à utiliser - Succion fonctionnelle (murale ou portative) - Saturomètre portatif - Moyens de communication (ex. : IPad, Walkie-Talkie ou Moniteurs de bébé bidirectionnels)				
ÉPI Aérien/contact/protection oculaire « premiers répondants »				
• Masque N95	• Visière	• Blouse	• Gants	
ÉPI IMGA « équipe de réanimation/intubation »				
• Masque N95	• Visière	• Blouse imperméable	• Gants	• Bonnet (optionnel)

Intervenants qui se déplacent sur le **CODE ROSE** ou **CODE ROSE CHAUD**

- Médecin de l'urgence
- Infirmière de l'urgence
- Inhalothérapeute
- Infirmière de l'unité de pédiatrie

→

* À chaque quart de travail, l'ICASI des unités concernées identifie qui « courent » sur le code rose.

- Les ressources assignées doivent suivre le trajet selon leur provenance (zone froide versus tiède ou chaude).
- Les professionnels qui prêteront main-forte à l'intérieur de la chambre ou de la salle devront revêtir l'ÉPI approprié, et ce, avant d'entrer.
- N.B.** Le pédiatre de garde doit se présenter sur les codes roses si présent dans l'établissement et doit être disponible sur appel s'il est absent. Un anesthésiste pourrait aussi se déplacer sur appel.

INTÉRIEUR (3 à 4)
Limiter le nombre d'intervenants selon le contexte

Médecins, Infirmières avec notions de réanimation pédiatrique, Inhalothérapeute

↔

EXTÉRIEUR (2)
2 Infirmières

Infirmière 1 : Rédige les notes
Infirmière 2 : Prépare la médication et assure la communication avec l'équipe à l'intérieur

* **N'ouvrir la porte de la chambre que pour donner du matériel ou des médicaments essentiels**

ÉTAPES DE RÉANIMATION - CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE
- Le premier intervenant qui constate la détérioration de l'état du nourrisson ou de l'enfant : - Demande de l'aide et demande de lancer le code; - Doit revêtir l'ÉPI aérien/contact/oculaire avec N95 ou IMGA s'il est habilité à assister l'intubation; - Dégage les voies respiratoires avec aspiration oropharyngée ou nasopharyngée PRN; - Administre de l'oxygène à 100 % (recouvrir un masque à oxygène sans réinspiration avec réservoir (ventimasque 100 %) avec un masque de procédure avant de débiter le massage); - Débiter le massage cardiaque. - Le CODE ROSE ou le CODE ROSE CHAUD est lancé par un intervenant alerté en indiquant le lieu. - Un intervenant en renfort : - Demande qu'on apporte le char de réanimation, le défibrillateur ou le DEA (matériel partagé avec le code bleu); - Revêtir l'ÉPI aérien/contact/oculaire N95 ou IMGA si habilité à assister l'intubation; - Prête main-forte; - Installe le défibrillateur ou le DEA (électrodes pédiatriques). - La ventilation au ballon-masque est permise SEULEMENT si le masque est muni d'un <u>filtre antimicrobien</u> et qu'il est sécurisé à quatre mains (avec l'aide d'un autre intervenant). - Si l'enfant n'a pas de pouls ET que le rythme est « <i>débrillable</i> », le choc sera initié selon les instructions du DEA. - Reprendre la séquence de réanimation jusqu'à l'arrivée de l'équipe de réanimation/intubation. - Arrivée des membres de l'équipe de réanimation/intubation : - À leur arrivée, positionner les intervenants selon l'expertise à l'intérieur et l'extérieur; - Les intervenants doivent revêtir l'ÉPI appropriée selon qu'ils interviennent à l'intérieur ou l'extérieur; - Poursuivre les étapes de réanimation selon l'Algorithme de la réanimation pédiatrique (voir verso).

AMC-DSIEU-6059 (Rév. 2021-10)

Page 1 sur 2

ORIENTATION DU NOURRISSON / ENFANT

Transfert inter établissement vers un centre désigné

- Le nourrisson ou l'enfant est stabilisé à l'endroit où a eu lieu la réanimation jusqu'à son départ vers un centre pédiatrique désigné.

Décès

- Selon l'évaluation médicale, si le nourrisson ou l'enfant est considéré suspect à la COVID-19 : Référer à la directive [DIR-10193 Gestion des défunts - COVID-19 suspectée ou confirmée en milieu hospitalier](#). La décision d'un dépistage post-mortem doit être prise par le médecin.
- Si aucune suspicion de COVID-19 : Se référer à la [PRO-10136 Gestion des défunts en milieu hospitalier](#).

INTERVENTIONS POST-CODE ROSE

- Avant de quitter la salle ou la chambre, les intervenants doivent :
 - Fermer tous les sacs de poubelle ;
 - Suivre la séquence de déshabillage selon [AMC-DSIEU-6037](#);
 - Garder uniquement le masque N95 et la visière.
- L'infirmière en charge sur l'unité avise le service Hygiène et salubrité ou l'aide de service (selon le fonctionnement de l'unité) pour le nettoyage du matériel utilisé après le départ du nourrisson ou de l'enfant (respect du temps de dépôt des aérosols).
- Les professionnels intervenant lors d'un code rose néonatal chaud doivent changer leur uniforme s'il est souillé. L'usage de la douche est facultatif, mais pourrait être souhaitable en fonction des manifestations et de l'état clinique de la mère.
- L'infirmière en charge sur l'unité assure le remplacement du matériel manquant. Elle retourne le cabaret utilisé à la pharmacie et le remplace par celui en réserve.

ALGORITHME DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE : 31 jours à 13 ans

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

Mise à jour en avril 2020

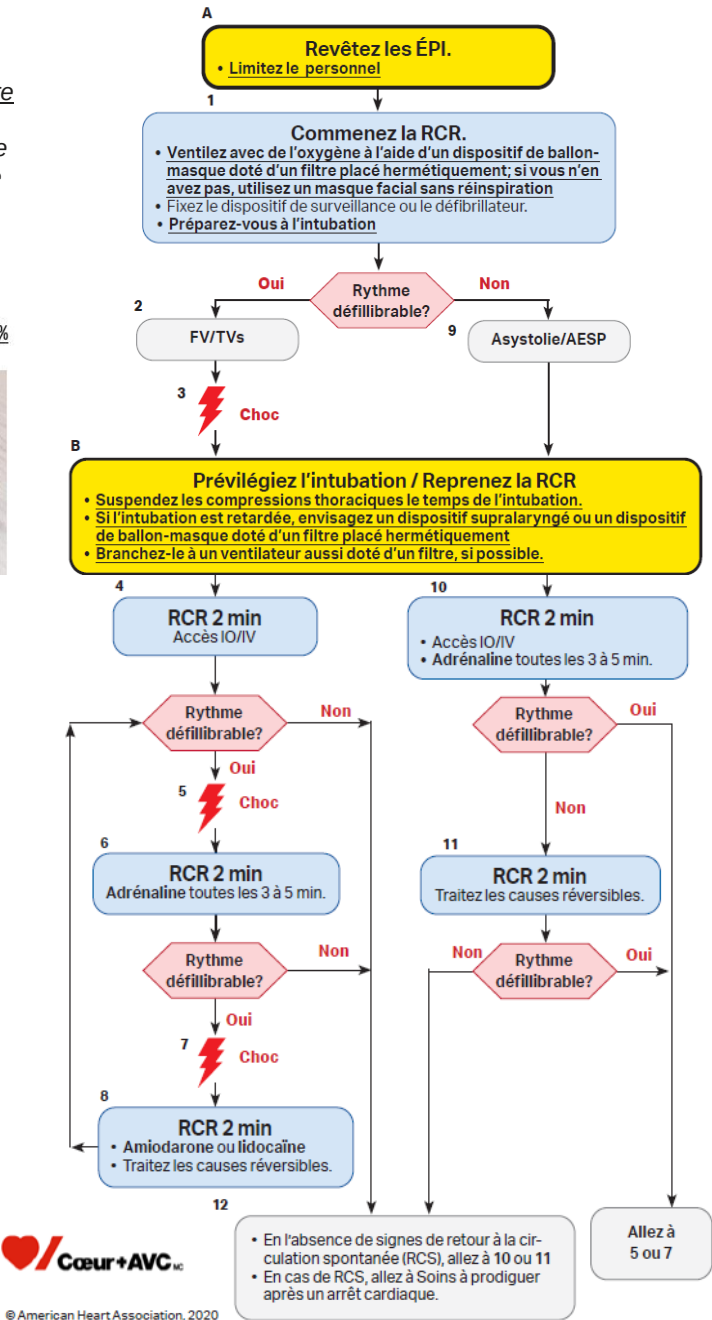
Particularités COVID-19 :

Privilégier l'utilisation d'un filtre entre le masque et l'appareil manuel de ventilation. Lors de déconnection, le filtre protège l'environnement des risques d'aérosolisation.

Montage Ayre's avec Barrierbaby Dar Filter 99,99%



Montage Néopuff avec Barrierbaby Dar Filter 99,9



Qualité de la RCR

- Poussez fort ($\geq \frac{1}{2}$ 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 d'entretien: Perfusion de 20 à 50 µg/kg par minute (répéter la dose de bolus si la perfusion a commencé > 15 minutes après le bolus initial).
- Dose IO/IV de lidocaïne :**
Dose initiale: 1 mg/kg en dose d'attaque. Dose d'entretien: Perfusion de 20 à 50 µg/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

Références :

- Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine (avril 2020), Protocole de code bleu avec COVID-19 confirmé ou suspecté.
- Edelson et al., (2020), Interim Guidance for Basic and advanced life support in Adults, Children, and neonates with suspected of confirmed COVID-19, *Circulation AHA*, Repéré à : <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.04746>
- Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill (2020), Protected COVID-19 Code pink procedures.
- Ministère de la santé et des services sociaux (22 avril 2020), Guide de procédures techniques Soins intensifs et Urgence SARS-CoV-2 (Covid-19). Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-98W.pdf>
- Fondation des maladies du cœur (2020), Mise à jour des algorithmes de la RCR chez les patients avec COVID-19 confirmée. Repéré à : <https://cpr.heartandstroke.ca/s/article/COVID-19-Interim-CPR-Algorithms?language=fr>

Direction émettrice	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Entrée en vigueur :	2020-07-02
AMC-DSIEU-6059 (Rév. 2021-10)		Révision :	2021-10-12