

POINTS IMPORTANTS

- Il est important de prendre le temps d'évaluer toutes les données disponibles lors de la prise en charge des patients. Chacune de celles-ci peut avoir une importance significative sur le devenir du patient.
- La collecte des données nous permet d'avoir une idée objective du tableau clinique et nous permet d'administrer les soins appropriés.

L'interprétation des données et la surveillance clinique peuvent faire la différence.

Le programme d'amélioration continue des interventions (PACI) de l'ASSSM a objectivé, dans les derniers mois, quelques interventions présentant une surveillance clinique non optimale. Ceci ne concerne que quelques interventions, mais puisque celles-ci auraient pu avoir des conséquences pour le patient, nous préférons faire quelques rappels formatifs.

PROBLÉMATIQUE

La problématique majeure remarquée concerne la collecte des données cliniques et l'interprétation de celles-ci reliées à l'état du patient. On remarque souvent que les intervenants, lors de la prise en charge du patient, effectuent les actions demandées dans un premier temps, mais par la suite, les actions ne sont pas en lien avec les données récoltées. Par exemple :

1. Lors de l'installation de la pince de saturométrie, les TAP semblent souvent observer le premier chiffre apparaissant sur le moniteur. Or, il faut savoir que pour avoir une lecture efficace, la captation de la saturométrie doit être constante sur plusieurs secondes (confirmé par l'écoute du « bip » pulsatif), et l'on doit s'assurer de la présence d'un pouls radial. Comme nous l'avons appris également, la température des membres, lorsque trop froide, risque de fausser la lecture indiquée.
2. La prise de tension artérielle pour sa part est dans la plupart des cas faite automatiquement avec le MDSA. Avec l'historique que nous avons concernant la prise de la pression artérielle automatisée, les faits nous démontrent qu'elle est souvent non fiable, par exemple, lorsqu'elle est basse ou que le patient bouge. Lorsqu'on doit s'assurer d'une pression artérielle fiable du patient (lors d'hypotension, d'administration de TNG, etc.) il est impératif de confirmer celle-ci avec un appareil manuel, afin de s'assurer de la validité de celle-ci. De plus, la première prise de pression artérielle, puisque celle-ci détermine souvent la conduite au niveau de l'application des protocoles, doit être prise manuellement.
3. Il a aussi été remarqué que le monitoring cardiaque des patients, pour une raison ou une autre, n'est pas effectué ou est appliqué tardivement lors de l'intervention. Aussi, ne pas oublier que lors de la prise en charge d'un patient instable, l'application des électrodes de défibrillation doit être faite dans les plus brefs délais afin de répondre efficacement en cas d'ACR du patient. Une variante peut être présente lors de la nécessité d'acquérir un ECG en 12 dérivations pour les patients avec douleur thoracique ou présentant un tableau clinique cardiaque. Nous avons observé des interventions où le patient monitoré tardivement, présentait une dysrythmie expliquant son état clinique.

Communication du Directeur médical régional des SPU de la Montérégie

Information clinique

4. Lors de l'application des électrodes de défibrillation sur un patient instable, il est important de bien coller celles-ci sur le thorax du patient. Une mauvaise adhésion des électrodes peut modifier le rythme électrique à l'écran du MDSA, spécialement lors de cas d'ACR. Cet état de fait peut induire en erreur l'interprétation de ce rythme. Par exemple, nous avons observé quelques cas où le patient ne présentant pas une FV/TV, a été défibrillé suite à une mauvaise interprétation du rythme par le moniteur en raison d'artefacts secondaires à la mauvaise adhérence des électrodes.

En conclusion, prendre le temps de bien évaluer les patients même lors d'appel de routine est un élément important de toute intervention préhospitalière. La révision des interventions nous laisse croire que l'optimisation de celles-ci peut se faire par une attention particulière aux données recueillies et à la surveillance clinique.

Pour terminer, nous précisons que les communiqués de ce type ne sont que des rappels formatifs reliés à l'étude de nos interventions. Ce qui est décrit précédemment ne reflète absolument pas l'excellente qualité de la majorité des soins prodigués dans l'ensemble de notre région.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce communiqué.

Cordialement,



Dave Ross, M.D.

Recherche et préparation effectuées par René-Pierre Bergeron, technicien ambulancier paramédic instructeur