

**LIMITER LES SOURCES DE STRESS...**

**Respecter le protocole "Pour accueil et installation" et :**

**1. Installation du patient :**

**Le premier contrôle peut se faire dans les bras des parents** FR, satu, tirages visibles, coloration des téguments (profiter que l'enfant est le plus calme possible)

☒ Déshabillage de l'enfant

- En général fait par les parents
- Ôter surtout les habits recouvrant le haut du corps afin de voir le thorax

☒ Installation du patient

- Position
  - Semi assise (et/ou dans les bras des parents selon l'âge)
  - Ne pas laisser l'enfant couché à plat
  - Chez le grand enfant : dans la position le plus confortable pour lui
- Expliquer / rassurer enfant/parents

**2. Contrôles :**

☒ Contrôle des signes vitaux

- FR (sur une minute enfants < 1 an)
- Satu O<sub>2</sub> à laisser en continu si
  - Dyspnée
  - Satu < 95 %
- FC
- T° (peut être prise axillaire de manière à ne pas "énervé" l'enfant)
- TA chez le grand enfant (chez le petit enfant ou bébé, lorsqu'il est calme)

☒ Évaluation de la gravité

- État de conscience (calme, agité, prostré, somnolent, etc.)
- Signes de détresse respiratoire
  - Tachypnée (quand enfant calme et pas de EF)
  - Tirage (cf. schéma), balancement thoraco-abdominal
  - Battement des ailes du nez (BAN)
  - Bruits respiratoires
    - Sifflements audibles, expiration prolongée, grunting, stridor
  - Mouvements de la cage thoracique (apnée, respiration de Kussmaul, etc.)
  - Essoufflement (difficulté à faire des phrases sans reprendre sa respiration)
  - Douleur thoracique et/ou abdominale, respiro-dépendante
  - Toux : rauque, grasse, sèche, incoercible, en quinte
  - Voix rauque
- Coloration des téguments / TRC (temps de recoloration)
- Bave, n'arrive pas à avaler (signaler rapidement au médecin [épiglotite, corps étranger])

☒ Anamnèse

- Apparition brutale ?
- L'enfant mange-t-il ? Finit-il son biberon ?
- Vomissements, inappétence
- Les parents/frères/sœurs sont-ils malades ? Rhume ? Toux ?
- Retour de voyage ?

☒ Matériel

- S'assurer du bon fonctionnement de : O<sub>2</sub>, aspiration, ventilation
- Sonnette à disposition si patient instable ou seul

### 3. Transmission des informations obtenues :

- ☒ Prévenir immédiatement un médecin si
  - Satu < 92% (si médecin ne peut pas venir, mettre sous O<sub>2</sub> avec lunettes ou masque)
  - Dyspnée importante (BAN, cyanose, tirage, grunting, sifflement, etc.)

### 4. Suivi du patient :

- ☒ Contrôles / surveillances
  - Paramètres respiratoires (FR, satu, puls)
    - Avant chaque traitement
    - 15 à 30 min après le traitement (push ou aérosol)
    - Contrôle selon l'état de l'enfant (minimum toutes les deux heures)
- ☒ Prévention
  - Profiter de l'occasion du passage au SAUP pour faire passer un message de prévention.
  - Conseil d'éviter l'exposition à la fumée (parent fumeur, se laver les mains/visage avant d'approcher l'enfant, changer de pull/chemise/veste, etc.)
  - Éviter les cacahuètes, les petits objets (jouets)
  - Distribuer la/les "Fiches de conseils aux parents" adéquates
    - Asthme – Bronchiolite - Faux croup – Pneumonie – Rhume - Toux
  - Enseignement
    - Aérosol (vortex, babyhaler, volumatic, parimaster)
    - Mouche bébé
    - Aération et T° de la chambre

Signification des bruits respiratoires anormaux chez les enfants		Tableau des tirages
<b>Bruits respiratoires</b>	<b>Significations</b>	
Stridor (bruit inspiratoire)	Causé par une obstruction des voies respiratoires supérieures. Ton aigu dans les faux croups et les aspirations de corps étrangers.	
Wheezing ou sifflement (habituellement expiratoire, mais peut être inspiratoire)	Causé par une obstruction des voies respiratoires inférieures. Un wheezing bilatéral suggère une maladie respiratoire réactive comme l'asthme ou les bronchiolites; unilatéral, il suggère une aspiration de corps étranger.	
Bruits respiratoires diminués, absents ou unilatéraux	Causés par une obstruction des voies respiratoire, un pneumothorax, un hémithorax, une effusion pleurale, une infiltration, ou une atélectasie.	
Grunting	Causé par une fermeture prématurée de la glotte pendant l'expiration ainsi que des contractions de la paroi thoracique. Ceci augmente la pression expiratoire, évite un affaissement des voies respiratoires, et crée une pression positive de la fin de l'expiration (PEEP). Le grunting est un signe avancé de la détresse respiratoire.	