

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE DE L'EMBARRAS RESPIRATOIRE SANS DÉTRESSE

Selon l'évaluation de l'infirmière, la personne présente une respiration embarrassée

Conséquences

- Altère la qualité de vie
- A des impacts psychologiques : anxiété, panique, angoisse, peur d'étouffer
- Génère nausées, vomissements, toux, dyspnée, agitation
- Est pénible pour les proches/famille
- Peut induire la détresse respiratoire

À discuter avec le médecin

- Médication à réviser/cesser
- Ordonnance individuelle usager en fin de vie (OI-05)
- Ordonnance individuelle protocole de détresse (OI-06)

Interventions

- Aviser les proches/famille de la possibilité d'apparition d'embarras respiratoire et ce avant même qu'il ne survienne
- Effectuer des interventions précoces dès l'apparition de l'embarras respiratoire pour le surveiller, le diminuer et/ou limiter sa progression

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

RÉSULTATS ATTENDUS

↓ Volume des sécrétions
Présente aucun signe d'inconfort même si l'embarras demeure persistant, et ce, malgré une médication optimale

- Exercer une surveillance clinique étroite de l'état respiratoire **minimalement 2 fois par quart de travail**
- Ajuster la fréquence d'évaluation selon l'état de santé et le jugement clinique
- Aviser le médecin si apparition de signes d'inconfort (gémissements, toux, tachypnée, agitation, visage crispé, etc.)

Anticholinergiques

Diminuent les sécrétions

- Glycopyrrolate
- Scopolamine si glycopyrrolate inefficace et/ou sédation souhaitée

Effets indésirables les plus fréquents des anticholinergiques

Bouche sèche, rétention urinaire, vision embrouillée, confusion, constipation, etc.

- Adopter une attitude calme et sécurisante dans nos interventions
- Écouter, expliquer, explorer les peurs : « Avez-vous peur d'étouffer ? »
- Expliquer que l'embarras est un processus normal et non inattendu en fin de vie
- Expliquer les limites de la médication en présence d'un embarras persistant
- Aviser les proches/famille que l'embarras est souvent peu inconfortable pour la personne en état comateux
- Positionner et repositionner
- **Éviter succion traumatique**
- Prodiger des soins de bouche fréquemment

DÉMARCHE CLINIQUE LORS D'UNE SITUATION D'EMBARRAS RESPIRATOIRE SANS DÉTRESSE

Évaluation clinique de l'infirmière

- Connaître l'histoire de santé, ATCD médicaux, profil médicamenteux
- Évaluer la personne capable de communiquer et de s'autoévaluer par le PQRST-U
- Procéder à l'évaluation quantitative de l'embarras respiratoire : échelle de Victoria

Surveillance clinique et la fréquence des évaluations

- Évaluer la respiration **minimalement 2 fois par quart de travail**
- Ajuster la fréquence d'évaluation, selon l'état de santé et le jugement clinique
- Évaluer avant et après l'administration de la médication anticholinergique
- Aviser le médecin si apparition des signes d'inconfort

Évaluation des paramètres de la respiration ¹

- Fréquence (nombre de respirations/min)
- Rythme (régulier ou irrégulier)
- Amplitude (normale, superficielle, profonde, variable)
- Tirage (muscles accessoires du cou, sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal, sous-costal, sous-sternal)
- Bruits respiratoires audibles (sibilances, stridor, ronchi, ronflements)
- Coloration de la peau : cyanose périphérique (extrémités, lèvres) ou centrale (muqueuses buccales, partie interne de la paupière inférieure)

Observer/rechercher des signes d'inconfort : gémissements, tension musculaire, crispation du visage, agitation, etc.

- Comment et à la suite de quoi l'embarras s'est installé?
- La personne réussit-elle à se dégager ou non?
- Est-elle incommodée ou non?
- Accompagné de douleur thoracique, dyspnée, toux, de détresse respiratoire?

Examen physique respiratoire selon le stade de la maladie et le jugement clinique

N.B. : La saturation ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire (ex : changement de la fréquence respiratoire, pauses respiratoires), mais seulement ses conséquences tardives

Constat au PTI, directives infirmières, note au dossier à chaque quart de travail

Échelle de Victoria

0	pas d'embarras
1	on entend un embarras à moins de 30 cm du malade
2	on entend un embarras lorsqu'on est au pied du lit
3	on entend l'embarras à la porte de la chambre

(Victoria Respiratory Congestion Scale. Victoria Hospice Society 2006)

Intervenantes concernées : infirmière ou l'infirmière auxiliaire

Procédure :

- Réduire autant que possible les bruits de la chambre (ex. : radio, télévision)
- Écouter les respirations sur 30 secondes aux trois endroits suivants :
 - À 30 cm au niveau du thorax
 - Au pied du lit
 - À la porte de la chambre
- Inscrire le résultat à la note au dossier

N.B. :

- Un ronflement et une tachypnée ne sont pas des indicateurs d'une respiration embarrasée
- La réévaluation doit être exécutée dans les mêmes conditions que l'évaluation initiale (référer à l'algorithme de l'embarras respiratoire sans détresse)

¹ Source : PRN Comprendre pour intervenir, Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières OIIQ 2010, p. 33-34