

## Rétroaction

Au début de la simulation, vous aviez sous vos soins Rose Marchand. Elle était hospitalisée pour un AVC. Elle est connue pour MPOC sévère et O<sub>2</sub> dépendante. À votre arrivée, vous pouviez constater plusieurs manifestations cliniques de détérioration.

Tout d'abord, le début de fièvre est expliqué par la pneumonie d'aspiration. Mme Marchand était dysphagique, mais puisqu'elle n'avait pas encore reçu son test de dysphagie, elle devait demeurer NPO. Pendant la nuit, sa fille en voulant aider lui a donné de l'eau. Mme Marchand, dysphagique, s'est étouffée et a subi une pneumonie d'aspiration encore non diagnostiquée. Cela a causé une diminution de sa saturation et une sensation de dyspnée chez Mme Marchand. Sa fille, voulant encore aider et ne voulant pas déranger les infirmières, a pris sur elle d'augmenter l'oxygène à 8L/m, n'étant pas consciente des risques encourus.

Ensuite, il y avait la saturation qui était à 99% avec 8L/m d'O<sub>2</sub> via une lunette nasale alors que la saturation visée était de 88% - 92%. Chez les patients MPOC, la respiration est régie par la concentration en oxygène dans le sang. Lorsque la saturation diminue, une respiration est déclenchée, ce qui permet de faire entrer de l'oxygène, mais aussi de faire sortir du CO<sub>2</sub>. Puisque Mme Marchand recevait beaucoup d'oxygène via la lunette nasale, la concentration en oxygène dans son sang diminuait plus lentement, ce qui diminuait la fréquence des respirations ce qui a causé l'accumulation du CO<sub>2</sub>. C'est cette accumulation de CO<sub>2</sub> qui a causé la narcose chez Mme Marchand. Cela explique la diminution de l'état de conscience et la diminution de la fréquence respiratoire.

Les ronchi sont expliqués par la pneumonie d'aspiration

Après avoir regardé le niveau d'oxygène ou les signes vitaux, une collègue faisant son apparition pour vous dire qu'un médecin désirait vous voir pour un autre de vos patients. Vous deviez refuser de quitter le chevet de la patiente, car elle était considérée instable. Si vous décidiez d'aller voir le médecin, vous reveniez un peu plus tard et la patiente s'était détériorée davantage et sa fille était prise de panique.

Une fois équipé de ces informations, l'intervention prioritaire était de tenter de réveiller Mme Marchand. Cela allait dicter la suite des choses. Si la patiente ne s'était pas éveillée, les

interventions auraient été très différentes. Ici, vous étiez en mesure de réveiller Mme Marchand. Réveiller Mme Marchand est donc, dans ce cas-ci, autant une intervention qu'une évaluation.

Une fois cela fait la priorité était de ramener l'oxygène à la prescription, de monter la tête de lit et de l'encourager à prendre de grandes respirations. La raison pour l'oxygène a été expliquée dans un paragraphe précédent. La raison pour la tête de lit est que cela permet un dégagement des voies respiratoires, afin de faciliter la respiration. En encourageant la respiration, cela permet d'évacuer le CO<sub>2</sub> en excès. La technique de respiration des lèvres pincées aurait aussi pu être enseignée en fonction de la capacité du patient à comprendre avec son altération de l'état de conscience.

Une fois ces interventions faites, Mme Marchand commençait à se sentir mieux et les signes vitaux le reflétaient. Après vous être assurée que la patiente était stable, vous pouviez sortir, mais la patiente vous demandait pour boire de l'eau, il était important de refuser, pour les raisons énoncées plus haut.

Il sera aussi pertinent, dans un avenir très rapproché, de valider l'enseignement et les consignes relatifs aux traitements avec la famille afin d'éviter que d'autres situations comme celle-ci se reproduisent.

Bravo, vous avez terminé.