

ÉVALUATION INFIRMIÈRE

Anamnèse

- Explorer les diagnostics et les antécédents afin de repérer les problèmes de santé ou pathologies susceptibles de provoquer de l'embarras ;
- Consulter le profil médicamenteux et si modifications récentes (ajout, ajustement, retrait). Connaître la médication prescrite pour soulager l'embarras ;
- Afin de cibler le portrait clinique le plus juste de la personne, considérer les observations des proches et de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

PQRSTU (non exhaustif)

- Comment l'embarras s'est installé ? Depuis quand ?
- Réussissez-vous à vous dégager ? Si oui, à quoi ressemblent vos expectorations ?
- Est-ce que l'embarras respiratoire vous incommode ?
- Ressentez-vous d'autres symptômes ? (p.ex : asthénie, dyspnée, toux, anxiété, anurie, etc.)

Examen physique

Signes vitaux selon la pertinence

Respiration

- Fréquence (prise sur une minute)
- Rythme (régulier ou irrégulier)
- Amplitude (normale, superficielle, profonde, variable)

Examen état mental : état de conscience, capacité d'attention, orientation, organisation de la pensée, etc.

Inspection

- Bruits respiratoires audibles : stridor, wheezing, embarras
- Tirage (muscles accessoires du cou, sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal, sous-costal, sous-sternal)
- Cyanose péribuccale et des extrémités
- Œdème périphérique, œdème du haut du corps (suspicion syndrome veine cave supérieure)
- Signes d'inconfort : tension au niveau du visage et des membres, gémissement, agitation, etc.

Auscultation pulmonaire : rechercher des murmures vésiculaires diminués, bruits surajoutés : sibilances, ronchis, crépitants

Évaluation quantitative de l'embarras respiratoire selon l'échelle de Victoria

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



La **saturation** ne témoigne pas l'inconfort de la personne. Sa mesure doit être utile au plan clinique.



Des symptômes respiratoires non surveillés et non soulagés peuvent rapidement évoluer vers une détresse respiratoire

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Interventions infirmière

- Expliquer que l'embarras est un processus normal et attendu en fin de vie;
- Expliquer que l'embarras ne cause pas d'inconfort à la personne comateuse ou sédationnée;
- Expliquer les causes de l'embarras et le plan de traitement envisagé : effets indésirables des anticholinergiques et que leur efficacité peut être limitée;
- Expliquer les signes d'inconforts à surveiller et à rapporter à l'équipe de soins;
- Connaître les propriétés pharmacologiques des médicaments, les administrer de manière judicieuse;
- Assurer la pharmacovigilance requise et effectuer le suivi infirmier.

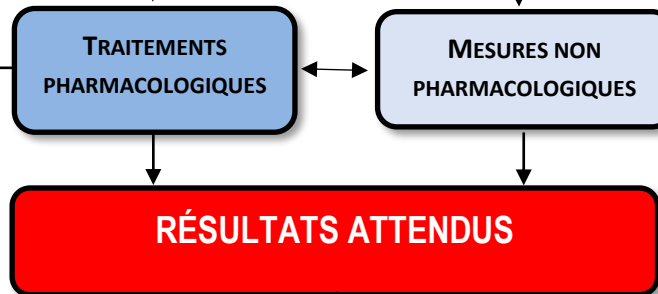
Anticholinergiques

Diminuent la production de sécrétions trachéo-bronchiques

- Glycopyrrolate (Robinul^{MD}) si l'embarras est léger et non incommodant
- Hyoscine (Scopolamine^{MD}) si l'embarras est incommodant et sédation souhaitée

Effets secondaires

- Xérostomie
- Xérophtalmie
- Rétention urinaire
- Constipation
- Confusion, etc.



RÉSULTATS ATTENDUS

- Soulagement optimal tout en ayant un minimum d'effets secondaires
- Absence de signe d'inconfort même si l'embarras persiste

- Limiter les apports per os aux personnes dysphagiques et adapter les textures
- **Si toux efficace**
 - Encourager l'hydratation et humidifier l'air
- **Si toux inefficace**
 - Limiter l'hydratation orale et parentérale
 - Cesser l'humidification de l'air inspiré si oxygénothérapie
- Enseigner les exercices de toux efficace
- Positionner selon confort
- Éviter l'aspiration des sécrétions
- Prodiger des soins de bouche fréquemment