

## I. PROFESSIONNELS VISÉS

Les inhalothérapeutes de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) ayant complété la formation et l'intégration du secteur clinique

## II. OBJECTIFS

- Assurer une prise en charge sécuritaire de la ventilation mécanique
- Sevrage rapide et efficace de la ventilation afin de favoriser une extubation précoce

## III. VENTILATION MÉCANIQUE

Modes initiaux

- Patient sans effort inspiratoire = VCRP ou autres modes à ventilation contrôlée
- Patient avec effort inspiratoire = PC Automode ou VS

Paramètres initiaux

- VT = 8 mL/kg
- FR  $\geq$  10/min → EtCO<sub>2</sub> = 35 mmHg - 45 mmHg (si contrôlé)
- SpO<sub>2</sub>  $\geq$  95 % avec FiO<sub>2</sub>  $\leq$  50 %
- PEEP = 5 cmH<sub>2</sub>O – 10 cmH<sub>2</sub>O

## IV. ALERTES INHALOTHÉRAPEUTE

- Sont exclus de cette ordonnance :

- Patient dont une conduite à tenir et/ou des paramètres ventilatoires sont spécifiés par le médecin
- Patient sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO)

- Sont exclus du recrutement :

- Patient avec tension artérielle moyenne (TAM) < 60 mmHg
  - Patient sous Norepinephrine (Levophed<sup>MD</sup>) > 0,1 mcg/kg/min et/ou > 2 vasopresseurs
- Patient présentant bulles d'emphysème
- Suspicion de tube endotrachéal endobronchique et/ou pneumothorax
- Avis du médecin

- Aviser le médecin si :

- Augmentation soudaine d'un des paramètres suivants :
  - Pression de crête
  - PEEP
  - FiO<sub>2</sub>
  - Aide inspiratoire
- Pression de plateau > 30 cmH<sub>2</sub>O
- Pression de crête > 40 cmH<sub>2</sub>O
- FiO<sub>2</sub> > 80 %

#### V. LIMITATION AU SEVRAGE

- Instabilité hémodynamique (signes d'ischémie → hémodynamie)
- Possible réintervention chirurgicale (tamponnade, reprise pour saignement, etc.)

#### VI. PROCÉDURE

À l'arrivée d'un patient de la salle d'opération

- L'inhalothérapeute des soins intensifs écoute le rapport de transfert de l'anesthésiologiste
  - Au même moment, l'inhalothérapeute du bloc opératoire amorce le ventilateur et peut quitter
- L'inhalothérapeute des soins intensifs effectue la 1<sup>re</sup> tournée ventilatoire
  - Vérification du tube endotrachéal, auscultation, mesure des mécaniques pulmonaires, recrutement si aucune contre-indication, TOF, ajustement des paramètres, ajustement des alarmes et vérification du ballon réanimateur
- Saturométrie et capnographie en continue
- Maintenir la **tête de lit** entre 30° et 45° en tout temps (BIA limité à 20° - 30°)
- Conserver  $ETCO_2 < 50$  mmHg
- Analyser tous les gaz artériels : à l'arrivée et 30 min post extubation
- Évaluer la tolérance au sevrage du respirateur et à l'extubation
- Le médecin prescrit l'extubation qui doit se retrouver sur la feuille d'ordonnance

##### Critères à l'extubation :

- Se référer au protocole 3.29

#### \*Méthode de recrutement\*

- Mesure de la mécanique pulmonaire pré et post recrutement
- TAM > 60 mmHg pour débiter le recrutement
- Test de la tolérance au recrutement 20 sec → Peep = 12 cmH<sub>2</sub>O, **cesser le recrutement si la TAM < 60 mmHg**
- Recrutement
  - Peep = 12 cmH<sub>2</sub>O
  - FR = 12/min
- Vt = 12 mL/kg
  - **Cesser le recrutement si la TAM < 60 mmHg**
- Observer la compliance dynamique et continuer le recrutement tant qu'elle augmente (maximum 2 minutes)