

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 $\geq 10/\text{min}$ → EtCO₂ = 35 mmHg - 45 mmHg (si contrôlé)
- SpO₂ $\geq 95\%$ avec FiO₂ $\leq 50\%$
- PEEP = 5 cmH₂O – 10 cmH₂O

IV. ALERTES INHALOTHÉRAPEUTE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Sont exclus de cette ordonnance : <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient dont une conduite à tenir et/ou des paramètres ventilatoires sont spécifiés par le médecin ■ Patient sous oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) | <ul style="list-style-type: none"> ■ Aviser le médecin si : <ul style="list-style-type: none"> ■ Augmentation soudaine d'un des paramètres suivants : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pression de crête ➤ PEEP ➤ FiO₂ ➤ Aide inspiratoire ■ Pression de plateau > 30 cmH₂O ■ Pression de crête > 40 cmH₂O ■ FiO₂ > 80 % |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Sont exclus du recrutement : <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient avec tension artérielle moyenne (TAM) < 60 mmHg <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient sous Norepinephrine (Levophed^{MD}) > 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 | |

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^{re} 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 $\text{ETCO}_2 < 50 \text{ mmHg}$
- 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 cmH₂O, **cesser le recrutement si la TAM < 60 mmHg**
- Recrutement
 - Peep = 12 cmH₂O
 - 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)