

RÔLES INFIRMIER DANS LA STRATÉGIE VENTILATOIRE DU PATIENT EN ÉTAT DE CHOC

SENECHAL EMMANUEL

INFIRMIER SISU

CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE
GOSSELIES



**IL EST IMPORTANT DE NE PAS NÉGLIGER LA VENTILATION
D'UN PATIENT CHOQUÉ EN COURS
DE STABILISATION.**



**AFIN D'ASSURER UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DU
PATIENT, IL EST INDISPENSABLE D'AVOIR, POUR
L'ENSEMBLE DU PERSONNEL INFIRMIER, UNE
LIGNE DE CONDUITE À SUIVRE ET DES
OBJECTIFS À ATTEINDRE DURANT
LES 24 À 48 PREMIÈRES HEURES.**



IL FAUT ASSURER À VOTRE PATIENT

1. Une ANALGÉSIE suffisante (Sufentanyl).



IL FAUT ASSURER À VOTRE PATIENT

1. Une **ANALGÉSIE** suffisante (Sufentanyl).
2. Une **SÉDATION** optimale (Diprivan vs Dormicum).

Objectif: $30 < \text{BIS} < 40$



IL FAUT ASSURER À VOTRE PATIENT

1. Une **ANALGÉSIE** suffisante (Sufentanyl).
2. Une **SÉDATION** optimale (Diprivan vs Dormicum).

Objectif: $30 < \text{BIS} < 40$

3. Une **CURARISATION** (Nimbex).



IL FAUT ASSURER À VOTRE PATIENT

1. Une ANALGÉSIE suffisante (Sufentanyl).
2. Une SÉDATION optimale (Diprivan vs Dormicum).

Objectif: $30 < \text{BIS} < 40$

3. Une CURARISATION (Nimbex).

Rôles des infirmier(e)s:

- Surveillance.
- Adapter si besoins.





OBJECTIF: $30 < \text{BIS} < 40$



IL EST IMPÉRATIF DE TRAVAILLER EN VOLUME CONTRÔLÉ !



IL EST IMPÉRATIF DE TRAVAILLER EN VOLUME CONTRÔLÉ !

A. Paramètres non modifiables par l'infirmier(e).

B. Paramètres modifiables par l'infirmier(e).



IL EST IMPÉRATIF DE TRAVAILLER EN VOLUME CONTRÔLÉ !

A. Paramètres non modifiables par l'infirmier(e):

Déterminés par le médecin en fonction du patient:

- Volume Tidal (6 mL/Kg de poids idéal).
- Peep (10 à 15 cm H₂O).



IL EST IMPÉRATIF DE TRAVAILLER EN VOLUME CONTRÔLÉ !

A. Paramètres non modifiables par l'infirmier(e):

Déterminés par le médecin en fonction du patient:

- Volume Tidal (6 mL/Kg de poids idéal).
- Peep (10 à 15 cm H₂O).

Limite maximale de **PRESSION PLATEAU** à ne pas dépasser:

30 cm H₂O !



IL EST IMPÉRATIF DE TRAVAILLER EN VOLUME CONTRÔLÉ !

A. Paramètres non modifiables par l'infirmier(e):

Déterminés par le médecin en fonction du patient:

- Volume Tidal (6 mL/Kg de poids idéal).
- Peep (10 à 15 cm H₂O).

Limite maximale de **PRESSION PLATEAU** à ne pas dépasser:
30 cm H₂O !

Rôle des infirmier(e)s: *Uniquement de la surveillance!*



B. Paramètres modifiables par l'infirmier(e):



B. Paramètres modifiables par l'infirmier(e):

1. FiO2:

Objectifs:

- $60 < PaO_2 < 70$ mmHg
- $92 < SpO_2 < 94$ %



INTÉRÊT DES MANŒUVRES DE RECRUTEMENTS ?

OUI !

ACTE MEDICAL!

Risque d'instabilité hémodynamique du patient!

Plateau inspiratoire de 40 cm H₂O pendant 40 secondes!



2. Fréquence respiratoire:

Généralement assez élevée ($> 20/\text{min.}$).

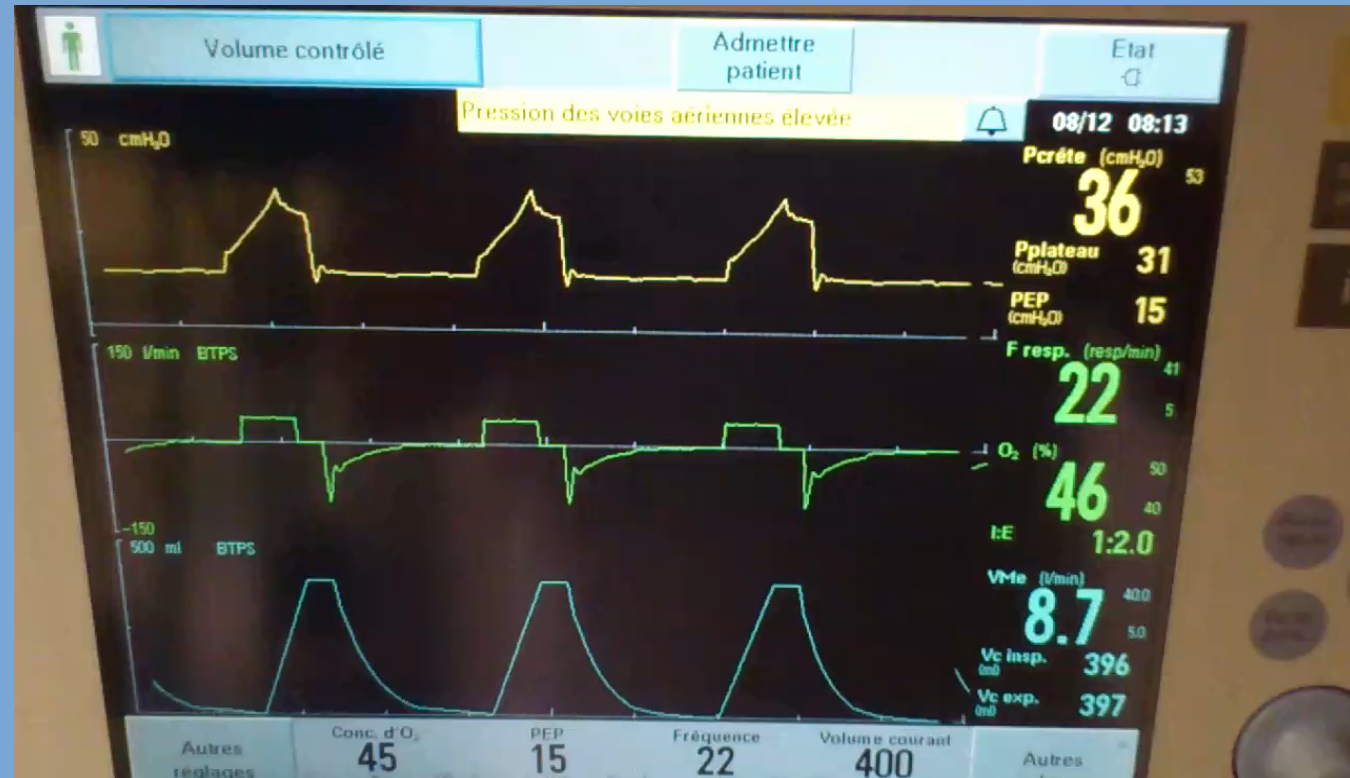
Si acidose respiratoire ($\text{Ph} < 7.3$), on peut augmenter la fréquence respiratoire jusqu'à un MAXIMUM de « $30/\text{min.}$ ».

La F.R. Max. est toujours déterminée par le médecin!

Pour la PaCO_2 : être permissif; voire indifférent!



FRÉQUENCE RESPIRATOIRE ÉLEVÉE AVEC COURBE DE DÉBIT EXPIRATOIRE ACCEPTABLE.



FRÉQUENCE RESPIRATOIRE TRÈS ÉLEVÉE AVEC COURBE DE DÉBIT INACCEPTABLE.



Rôles des infirmier(e)s:



Rôles des infirmier(e)s:

- *Suivi gazométrique régulier afin d'adapter la F.R. et la FiO2 dans le but d'atteindre rapidement les objectifs médicaux fixés!*



Rôles des infirmier(e)s:

- *Suivi gazométrique régulier afin d'adapter la F.R. et la FiO2 dans le but d'atteindre rapidement les objectifs médicaux fixés!*
- *Surveillance des courbes sur le respirateur.*



Rôles des infirmier(e)s:

- *Suivi gazométrique régulier afin d'adapter la F.R. et la FiO2 dans le but d'atteindre rapidement les objectifs médicaux fixés!*
- *Surveillance des courbes sur le respirateur.*
- *Limiter si possible l'hypercapnie en réduisant l'espace mort instrumental et en utilisant un humidificateur chauffant!*



Rôles des infirmier(e)s:

- *Suivi gazométrique régulier afin d'adapter la F.R. et la FiO2 dans le but d'atteindre rapidement les objectifs médicaux fixés!*
- *Surveillance des courbes sur le respirateur.*
- *Limiter si possible l'hypercapnie en réduisant l'espace mort instrumental et en utilisant un humidificateur chauffant!*
- *Utiliser un système d'aspiration endotrachéale en circuit fermé pour ne pas déconnecter le patient afin de ne pas le « dérecruter ».*

ET SI L'HYPOTOXIE SÉVÈRE ET/OU L'ACIDOSE RESPIRATOIRE PERSISTENT ?

Peep élevée.

Fréquence à 30/min.

Volume Tidal de 6 mL/Kg.

FiO₂ élevée et un rapport PaO₂/FiO₂ < 150.





LA POSITION VENTRALE

CONTRE-INDICATIONS:

- Choc non maîtrisé avec PAM < 65 mmHg sous amines.
- Hémoptysie massive.
- HTIC (> 30 mmHg) ou PPC < 60 mmHg.
- Traumatisme facial ou chirurgie faciale < 15 jours.
- Chirurgie trachéale ou sternotomie < 15 jours.
- Fracture instable de la colonne vertébrale, fémur, bassin,...
- Femme enceinte.

EN PRATIQUE:

- Nécessite une procédure écrite, spécifique et présente dans le service.
- Charge de travail assez importante mais une équipe expérimentée s'accorde à dire que c'est une technique assez facile à mettre en œuvre!
- Durée de la position:
 - 16 h sur 24;
 - à répéter pendant minimum 48 à 72 h; voir plus en fonction de l'évolution!
- Ne pas oublier d'expliquer la thérapie à la famille.



Préparation à la mise en décubitus ventral.

L'objectif de cette phase est de limiter le risque d'incidents et de complications au cours de la manœuvre et durant toute la période de décubitus ventral.

- Vérifier les fixations des différentes sondes et voies d'abords; surtout le tube endotrachéal!
- Anticiper la longueur des tubulures.
- Préparer le matériel nécessaire: coussins, électrodes, draps propres,...
- Réaliser les soins qui ne peuvent être effectués en position ventrale (fermer les yeux, pansements,...).

- Disposer le personnel autour du lit du patient:
 - adapter l'équipe en fonction de l'expertise du service et du poids du patient;
 - minimum trois soignants formés;
 - un kinésithérapeute est également fortement conseillé;
 - un médecin se positionnera à la tête afin de diriger la manœuvre et assurera la surveillance des différentes sondes et cathéters.

Le retournement.

- La première étape consiste à déplacer le patient à une extrémité du lit.
- Ensuite, on le tourne sur le côté.
- Changement des électrodes, placement d'un nouveau drap et terminer la rotation.
- Les bras sont placés le long du corps.

- La tête est tournée sur le côté en faisant attention aux points d'appui car risques d'escarres!
 - Changement de côté toutes les 3 heures afin de limiter les pressions sur la face sauf en cas d'impossibilité morphologique liée au patient ou technique liée au matériel en place!
 - Vérifier la pression du ballonnet du tube endotrachéal (30 mmHg).

- La sonde d'intubation doit rester accessible afin d'assurer les AET.
Sécrétions abondantes dans un premier temps suite à la mobilisation!
Réaliser des AET plus fréquemment!
- La position déclive 20° est recommandée pour une meilleure tolérance digestive, une diminution des pressions et des œdèmes.
 - **SAUF** si hémodynamique limite!

CONCLUSIONS

- Important de protéger les poumons de tous nos patients en appliquant les éléments fondamentaux d'une bonne stratégie ventilatoire.



CONCLUSIONS

- Important de protéger les poumons de tous nos patients en appliquant les éléments fondamentaux d'une bonne stratégie ventilatoire.
- Intérêt d'avoir au quotidien des objectifs médicaux précis afin d'assurer une prise en charge infirmier(e) optimale.



CONCLUSIONS

- Important de protéger les poumons de tous nos patients en appliquant les éléments fondamentaux d'une bonne stratégie ventilatoire.
- Intérêt d'avoir au quotidien des objectifs médicaux précis afin d'assurer une prise en charge infirmier(e) optimale.
- Dédramatiser la position ventrale pour que cette pratique soit plus souvent mise en place.
commencer dès les premières heures!
de sensibiliser le personnel infirmier à surveiller régulièrement rapport PaO₂ / FiO₂.



CONCLUSIONS

- Important de protéger les poumons de tous nos patients en appliquant les éléments fondamentaux d'une bonne stratégie ventilatoire.
- Intérêt d'avoir au quotidien des objectifs médicaux précis afin d'assurer une prise en charge infirmier(e) optimale.
- Dédramatiser la position ventrale pour que cette pratique soit plus souvent mise en place.
commencer dès les premières heures!
de sensibiliser le personnel infirmier à surveiller régulièrement rapport PaO₂ / FiO₂.

BUT = AMÉLIORER LE PRONOSTIC DU PATIENT!



MERCI DE VOTRE ATTENTION

