

Organigramme décisionnel du Sevrage Ventilatoire



[Entité]

[TYPE DE DOCUMENT]

[P_SignetProcessus]

[code] V[version]

Date d'application : [xx/xx/xx]

Page : 1/3

1 - Objet

- Mise en place, développement et évolution d'un protocole de sevrabilité ventilatoire en service de réanimation polyvalente.
- Réduire au maximum la durée de ventilation mécanique (VM) invasive
- Diminuer les risques de complications
- Réduire la durée d'hospitalisation et les coûts

2 - Personnes concernées

- * IDE réanimation
- * Kinésithérapeutes
- * Réanimateurs
- * Internes de réanimation

3 - Généralités

Le sevrage ventilatoire représente 40 à 50% de la durée de la VM. 2 patients sur 3 peuvent être sevrés dès la première tentative.

La sevrabilité du respirateur est régulièrement sous-estimée car 50 % patients autoextubés ne sont pas réintubés.

(Betsebe et al, CCM 1998; Epstein SK, Am J Respir Crit Care Med 2000)

La mise en place d'un protocole multidisciplinaire de sevrage de la VM au sein de chaque unité de réanimation est indispensable. Ce protocole doit intégrer la recherche systématique et quotidienne de critères simples, permettant la réalisation de l'épreuve de ventilation spontanée.

Le protocole de sevrage doit être associé à un protocole de sédation-analgésie.

Le sevrage de la sédation et de la ventilation sont envisagés en simultané et le plus tôt possible, probablement dès l'intubation et/ou l'admission.

(SEVRAGE DE LA VENTILATION MECANIQUE ; Ségolène Mrozek, Jean-Michel Constantin ; Conférence d'actualisation © 2012 Sfar)

4 - Protocole

Prérequis à évaluer à chaque tour de surveillance

- 1- Absence ou faible dose d'inotrope (Dobutamine < 5 µg/kg/mn) et/ou de vasopresseur (noradrénaline < 0,2 µg/Kg/mn)
- 2- Absence de sédation ou faible dose de Propofol™ pour objectif RASS 0
- 3- Réponse cohérente aux ordres simples
- 4- FiO₂ ≤ 50%
- 5- PEP < 6 cm H₂O

SFAR, Consensus 2001, 2007



OUI

Epreuve de ventilation spontané

Arrêt du Propofol™, si présent

Au choix :

- AI +8 cm H₂O, PEP = 0

Durée = 90 min

Information du Médecin Sénior et/ou interne

SFAR, Consensus
2001, 2007


Observation

Dépistage signes de mauvaise tolérance

- Fréquence > 35 cycles/min
- SpO₂ < 90%
- Variation > de 20% de la Fc et/ou PaS
- Sueurs, agitation, troubles de la vigilance

SFAR, Consensus
2001, 2007


Oui



NON

Reprise Ventilation Mécanique avec les paramètres antérieurs
Signaler au Médecin Sénior et /ou interne



Non

Recherche des critères d'extubation

- Toux efficace
- Fréquence des aspirations > 2h
- Test de fuite selon procédure



Oui

Extubation

- information du Médecin sénior
- confirmation de l'extubation avec présence du kinésithérapeute, si possible

5 - Application

- Idéalement, le matin après la toilette et réinstallation du patient et avant la visite médicale.
- Après chaque nurse, en journée
- En début de nuit, avant minuit

6 - Extubation

Se référer au protocole extubation, paragraphe 8

7 - Documents associés

- ✓ Protocole extubation

8 - Documents de référence

- ✓ **Mise en place, développement et évolution d'un protocole de sevrabilité ventilatoire en service de réanimation polyvalente** ; Dr GEORGES Bernard ; équipe IDE : VENTURA P., GUIRAL L., HERVIOU N., GUESNE F ; CHU Rangueil Toulouse ; Présentation CREUF 2011 St Malo
- ✓ **SEVRAGE DE LA VENTILATION MECANIQUE**, Ségolène Mrozek, Jean-Michel Constantin ; Médecins. Conférence d'actualisation © 2012 Sfar.
- ✓ **Sevrage de la ventilation mécanique** (à l'exclusion du nouveau-né et du réveil d'anesthésie) (CC 2001) XXIème conférence de consensus de la SRLF.
- ✓ **Le sevrage de la ventilation mécanique : une nouvelle responsabilité infirmière ?**; SRLF, Publié le 07/03/2014 Réactu Bibliographie

Diffusion

- Services concernés : Réanimation

Rédaction	Yann COICAUD, IDEC	[Date de signature]
Vérification	Marlène MILLET, IDEC ; Julien BADARD, IDEC	[Date de signature]
Approbation	Docteur Michel MULLER ; Docteur Michel SIRODOT	[Date de signature]