

INTERVENTIONS PRÉ-MOBILISATION EN POSITION VENTRALE

TYPES DE PRÉCAUTIONS RESPIRATOIRES (EPI)

- Précaution **aérienne-contact avec protection oculaire**
 - Masque N95
 - Protection oculaire (lunette ou visière)
 - Blouse
 - Gants
 - Bonnet
 - Couvre-chaussures

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA MOBILISATION EN POSITION VENTRALE

- Indication
 - $PaO_2 / FiO_2 < 150$ malgré ventilation protective
- Contre-indications absolues
 - HTIC
 - Grossesse
- Contre-indications relatives
 - Trachéothomie
 - Instabilité hémodynamique
 - Hémoptysie
 - Embolie pulmonaire
 - Obésité morbide
 - Drain thoracique (DT) qui bulle

1. Une heure avant la mobilisation

- Assembler le matériel nécessaire pour le positionnement
 - Coussin de mousse en forme de beigne pour la tête
 - 1 couverture de flanelle (pourra au besoin être utilisée sous le coussin de tête pour avoir position neutre du cou)
 - 5 oreillers
 - Alèse de transfert
 - 2 draps verts (draps comme à l'urgence)
 - Ambu ou partial set (à la discrétion du médecin) branché et en fonction
 - Piqué pour recueillir les sécrétions buccales de l'utilisateur lorsqu'il sera en position ventrale
 - Neurostimulateur
 - Pince pour clamber le TET (si la déconnection de l'utilisateur du circuit lors de la Mobilisation est prévue : à la discrétion du médecin)

- Arrêter le gavage et drainer l'estomac
- Retirer la succion ou la tubulure à gavage du tube gastrique et fermer celui-ci avec une valve anti-reflux

2. Sécuriser tous les dispositifs (tubes, tubulures et drains)

- Interventions infirmières
 - Refaire la fixation du tube gastrique au besoin
 - Refaire les pansements sur les accès IV
 - Si présence d'un drain thoracique, s'assurer que la tubulure est assez longue pour effectuer la mobilisation sans qu'il n'y ait de traction sur le drain et tubulure

Si la tubulure n'est pas assez longue, une rallonge doit être ajoutée. Dans le contexte du COVID et du risque de génération d'aérosols via le drain thoracique qui n'est plus connecté sur la succion, le drain doit être CLAMPÉ AVANT L'AJOUT DE LA RALLONGE. Dès que la rallonge est connectée sur le drain, celui-ci peut être déclampé (Discuté avec Dr. Roy : d'accord pour clampage de courte durée pour cette manœuvre)

- Interventions inhalothérapeutes
 - Vérifier la profondeur d'insertion du TET aux lèvres et la noter
 - Refaire la fixation du TET avec la fixation Holister
 - S'assurer de la présence d'un filtre HEPA entre le TET et le capnographe
 - S'assurer que tous les points de déconnexions sont sécurisés avec un tape

***** SI LE MÉDECIN DÉSIRE DÉCONNECTER LE CIRCUIT POUR LA MOBILISATION (VOIR PRÉCAUTIONS DANS LA SECTION " PROTOCOLE DE MOBILISATION EN POSITION VENTRALE"), RETIRER LE TAPE ENTRE LE FILTRE HEPA ET LE CAPNOGRAPHE**

 - Vérifier la fonctionnalité de la succion en circuit fermé
 - Fixer le tube gastrique au TET à l'aide d'un tape
 - Approcher le chariot d'intubation à la porte d'entrée de la zone tampon (demeure à l'extérieur de la zone tampon)

3. Administer les soins préparatoires au déplacement

- Interventions infirmières
 - Aspirer les sécrétions buccales et effectuer les soins de bouche usuels
 - Vider les sacs de drainage (si s'applique)
 - Refaire les pansements de plaies (si s'applique)
 - Retirer les électrodes sur le thorax et les installer en postérieur
 - S'assurer d'avoir au chevet de l'usager la médication nécessaire (sédation, curare, vasopresseurs)
- Interventions inhalothérapeutes
 - Mettre du lubrifiant dans les yeux de l'usager et fermer les paupières à l'aide d'un tape de type micropore
 - Aspirer les sécrétions endotrachéales puis la débrancher de la succion murale
 - S'assurer que la langue est dans la cavité buccale
 - Ajuster les paramètres ventilatoires selon l'ordonnance médicale
 - Mettre la FiO₂ à 100% au moins 10 minutes avant la procédure

4. Organiser l'espace

- Interventions infirmières et inhalothérapeutes conjointement
 - Éloigner du lit tout matériel non utilisé pour le déplacement (table de chevet, chaise...)
 - Tirer les lit vers le centre de la pièce pour dégager l'espace à la tête de l'usager
 - Retirer la tête du lit (si s'applique)

- Interventions infirmières
 - Faire glisser les tubulures de drainage le long des membres inférieurs de l'usager et les placer au pied du lit (sonde urinaire+/- drain thoracique)
 - Voie centrale : mettre les perfusions qui se trouvent du côté du cathéter à la tête du lit
 - Mettre les perfusions qui se trouvent de l'autre côté du cathéter central au pied du lit
 - Retirer PNI, débrancher jambières pneumocompressives et enlever l'oreiller de tête

- Interventions inhalothérapeutes
 - Dégager le circuit de ventilation du bras de support
 - Rapprocher le respirateur le plus près possible du lit
 - Fermer et débrancher l'aspiration sous-glottique

5. Immédiatement avant de procéder au déplacement

- Médecin
 - Vérifier le grade d'IET au dossier
 - Mentionner à l'inhalothérapeute si désire de déconnecter ou non le circuit pour la mobilisation de l'usager (choix à la discrétion du médecin mais garder en tête le risque d'extubation accidentelle si l'usager reste connecté au circuit)
 - S'assurer que la sédation de l'usager est suffisante **ET CURARISER L'USAGER** (vérification de la curarisation préalable avec le neurostimulateur)

- Interventions infirmières
 - Placer la tête du lit à 0 degré
 - Inscrire les signes vitaux
 - Retirer la jaquette de l'usager et le couvrir d'un drap vert en s'assurant que le pénis est orienté vers les membres inférieurs et de l'absence de plis
 - Mettre les bras de l'usager le long de son corps, face palmaire de la main appuyée sur la cuisse

- Interventions inhalothérapeutes
 - Inscrire les paramètres affichés sur le ventilateur

- Mettre l'alèse de transfert sous l'usager

***Ce protocole est inspiré du protocole de HDL élaboré par le Dr Jean-Francois Bellemare et Isabelle Michel (2014) ainsi que du protocole suivant : https://www.fcm.ac.uk/sites/default/files/prone_position_in_adult_critical_care_2019.pdf?fbclid=IwAR18KjaqBmOKHeXy2wellNxcOLGolxytGUo3LhmByc21fp1dK3PlcShFKdo