

ORDONNANCE COLLECTIVE

INITIATION D'UNE PRESSION POSITIVE CONTINUE (PPC) EN SALLE DES NAISSANCES

Date d'entrée en vigueur 2023-09-27

Incluant un protocole Oui ☐ Non ☐

Adopté par Direction des Services Professionnels, DSP
Direction des Services Multidisciplinaires, DSM

Date de révision 2023-09-20

Date de fin de la période de validité 2026-09-20

1. Objet

1.1 Description

- Initier une pression positive continue au moment approprié lors de l'application de l'algorithme de réanimation néonatale.

1.2 But

- Accélérer la prise en charge du nouveau-né lors de l'adaptation à la vie extra-utérine.

2. Professionnels habilités

- Inhalothérapeutes

3. Activités réservées

3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- Inhalothérapeute
 - Évaluer la condition cardiorespiratoire d'une personne symptomatique
 - Effectuer l'assistance ventilatoire.
 - Exercer une surveillance de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation-analgésie ou sous assistance-respiratoire.

4. Secteurs d'activités visés

- Hôpital Fleurimont
 - Chambre, unité de maternité
 - Salle de césarienne, bloc obstétrical
 - Salle de césarienne, bloc majeur
 - Salle accouchement difficile
 - Salle de stabilisation

5. Médecin répondant

- Pédiatres de garde membres du CMDP, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Hôpital Fleurimont.

6. Indications et conditions d'initiation

6.1 Groupes de personnes visées

- Ensemble des nouveau-nés dans les dix minutes suivant la naissance et nécessitant une réanimation néonatale.

6.2 Conditions à l'application de l'ordonnance

- Étapes initiales complétées.
- Fréquence respiratoire adéquate et fréquence cardiaque supérieur ou égale à 100/min
Mais avec respiration laborieuse ou cyanose persistance. Voir annexe A.

7. Contre-indications et limites

IMPORTANT

- En présence d'un nouveau-né avec apnée, gasps ou ayant une fréquence cardiaque inférieure à 100/min, l'ordonnance collective NE doit PAS être utilisée.
- Utiliser les codes d'urgences appropriés selon la procédure de l'établissement.

8. Procédure

1. Après la réalisation des étapes initiales décrites dans le programme de réanimation néonatale, évaluer le nouveau-né. Voir annexe 1.
2. En présence du tableau clinique suivant :
 - 2.1. Fréquence respiratoire adéquate mais laborieuse ou avec cyanose persistance.
 - 2.2. Fréquence cardiaque égale ou supérieur à 100/min.Puis, débiter la surveillance de la SpO₂ au membre supérieur droit, si ce n'est pas déjà fait.
3. Administrer de l'oxygène d'appoint si la valeur obtenue ne se situe pas à l'intérieur des plages ciblées.

Cible de saturation	
Temps	Valeurs cibles
1 min	60-65%
2 min	65-70%
3 min	70-75%
4 min	75-80%
5 min	80-85%
5-10 min	85-95%

4. En présence de geignement, battement des ailes du nez ou tirage, initier une PPC à 5 cmH₂O à l'aide des dispositifs suivants :

4.1. Insufflateur néonatal

4.2. Néo-TEE

Respecter les modalités techniques de chaque appareil. Des méthodes de soins concernant chaque dispositif sont disponibles au service d'inhalothérapie générale.

5. Poursuivre la surveillance de la SpO₂ et du travail respiratoire. Au besoin, si le tirage ou le geignement persiste :
- 5.1. Ausculter le nouveau-né afin de s'assurer de la symétrie au niveau de chaque plage pulmonaire.
- 5.2. Augmenter la PPC par incrément de 1 cmH₂O, en réévaluant la réponse au traitement après chaque modification et ce, jusqu'à un maximum de 8 cmH₂O,

6. En l'absence du pédiatre ou du médecin de famille dans la pièce, demander à un autre intervenant de le contacter. Effectuer un rapport sommaire et discuter des étapes à venir. Trois options possibles :

6.1. Surveillance directe pour environ 15 minutes et tenter de sevrer le CPAP.

6.2. Évaluation par le médecin en salle des naissances.

6.3. Le médecin effectue une demande d'observation sur l'unité de néonatalogie sans évaluation initiale en salle d'accouchement ou de césarienne, à la suite du transfert d'information de l'inhalothérapeute et se rend directement en néonatalogie.

En cas de détérioration, utiliser les codes d'urgences appropriés selon les procédures de l'établissement.

7. Si la thérapie est poursuivie à l'unité d'observation de la néonatalogie, contacter l'inhalothérapeute responsable de l'unité, via le téléavertisseur 3531, afin d'effectuer le transfert de responsabilité et assurer le suivi ventilatoire ainsi que la surveillance clinique associée auprès l'utilisateur selon les procédures et méthodes de soins du service d'inhalothérapie générale.

9. Sources

- Société Canadienne de Pédiatrie, Programme de réanimation néonatale, 8ième édition.

10. Processus d'élaboration**10.1 Rédaction**

Nom :	Grondin	Prénom :	Karine	, Coordonnateur clinique en inhalothérapie	Date : Novembre 2022
-------	---------	----------	--------	--	----------------------

10.2 Consultation/collaboration

Nom :	Gauthier	Prénom :	Karina	, Conseillère-cadre clinique Multi santé physique, DSM	Date : Novembre 2022
-------	----------	----------	--------	--	----------------------

Nom :		Prénom :		, Titre du collaborateur	Date :
-------	--	----------	--	--------------------------	--------

Nom :		Prénom :		, Titre du collaborateur	Date :
-------	--	----------	--	--------------------------	--------

10.3 Validation

Nom :	Langlais	Prénom :	Caroline	, Pédiatre	Date : Novembre 2022
-------	----------	----------	----------	------------	----------------------

Nom :	Massé	Prénom :	Édith	, Néonatalogiste	Date : Novembre 2022
-------	-------	----------	-------	------------------	----------------------

10.4 Approbation

- ☐ Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- ☒ Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires

11. Processus d'adoption

Nom, prénom :	Bolduc, Brigitte	Signature :	Document original signé	, Président du CMDP	Date : 2023-04-11
---------------	------------------	-------------	-------------------------	---------------------	-------------------

Nom, prénom :	Martel, Sylvie	Signature :	Document original signé	, Directrice des services multidisciplinaires	Date : 2023-09-27
---------------	----------------	-------------	-------------------------	---	-------------------

Nom, prénom :	Grégoire, Édith	Signature :	Document original signé	, Directrice des services professionnels	Date : 2023-09-21
---------------	-----------------	-------------	-------------------------	--	-------------------

12. Historique des révisions

Nom :		Prénom :		Date :
-------	--	----------	--	--------

Nom :		Prénom :		Date :
-------	--	----------	--	--------

Nom :		Prénom :		Date :
-------	--	----------	--	--------

Nom :		Prénom :		Date :
-------	--	----------	--	--------

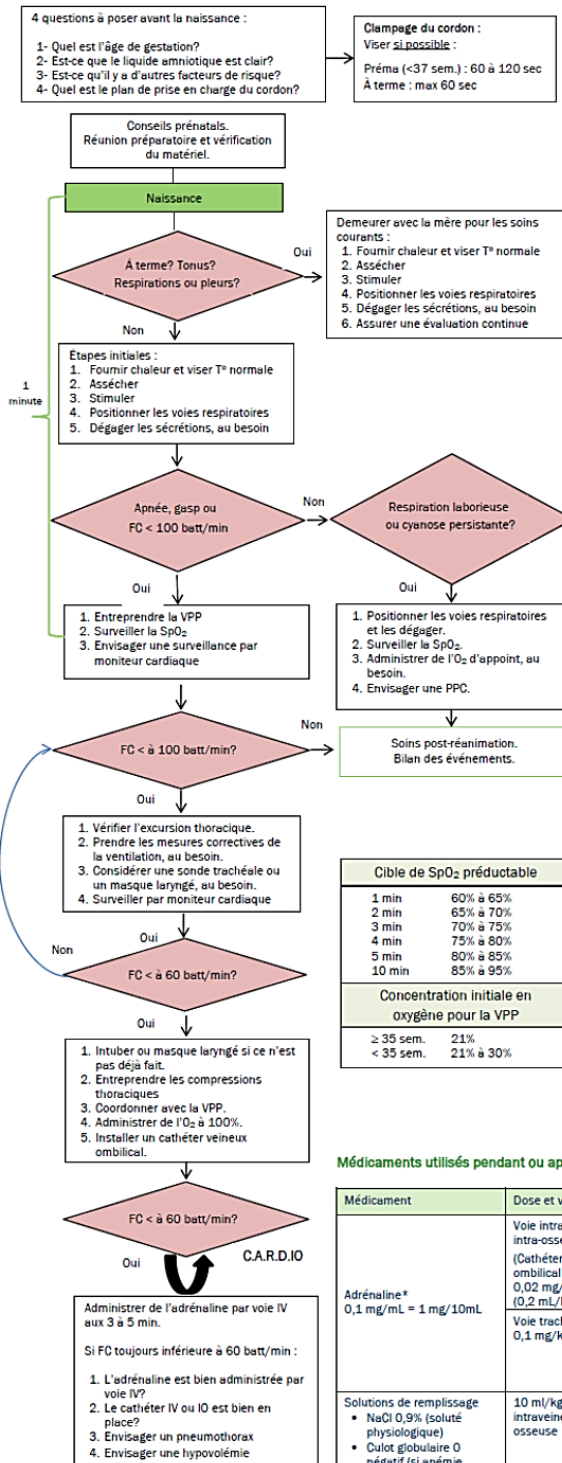
Nom :		Prénom :		Date :
-------	--	----------	--	--------

Nom :		Prénom :		Date :
-------	--	----------	--	--------

Annexe A - Algorithme de réanimation néonatal

Programme de réanimation néonatale 8^e édition – Tableau de référence

La ventilation des poumons du bébé est la mesure la plus importante et la plus efficace de la réanimation néonatale.



Mesures correctives MR SOPA

M et R	Régler le masque et remettre la tête en position.
S et O	Aspirer les sécrétions des voies respiratoires, ouvrir la bouche.
P	Accroître la pression en augmentant de 5 à 10 cmH ₂ O. Prématuré : MAX 30 cmH ₂ O. Terme : MAX 40 cmH ₂ O
A	Utiliser une autre méthode de ventilation (sonde trachéale ou masque laryngé).

Intubation trachéale

Âge gestationnel (en semaines)	Profondeur d'insertion de la sonde trachéale aux lèvres (en cm)	Poids (en g)	Dimension de la sonde trachéale (diamètre interne)/grosseur de lame
23 à 24	5,5	500 à 600	2,5 mm/lame 00 ou 0
25 à 26	6,0	700 à 800	<1000g ou <28 sem.
27 à 29	6,5	900 à 1000	3,00 mm/lame 0
30 à 32	7,0	1100 à 1400	1000 à 2000g ou 28 à 34 semaines
33 à 34	7,5	1500 à 1800	
35 à 37	8,0	1900 à 2400	
38 à 40	8,5	2500 à 3100	3,5 mm/lame 1
41 à 43	9,0	3200 à 4200	>2000g ou >34 sem.

La partie ombilicale du tableau est adaptée de Kamrany ST, Morone JV, Petrone FL. Endotracheal tube length for neonatal intubation. Resuscitation. 2009;77(3): 389-73

CARDIO

5 questions à se poser si la FC demeure <60 batt/mm malgré une ventilation et des compressions thoraciques coordonnées

1. C : La Cage thoracique se soulève-t-elle?
2. A : Est-ce qu'une voie Aérienne Alternative est utilisée (tube endotrachéal ou masque laryngé)?
3. R : Rythme de 3 compressions : 1 ventilation sur 2 secondes est appliqué?
4. D : Descente du thorax lors des compressions est le 1/3 du diamètre antéro-postérieur du thorax?
5. IO : Inspiration en Oxygène est bien à 100%?

DOPE

Questions à se poser lorsqu'il y a une Détérioration ou non amélioration après une intubation endotrachéale

- D : Déplacement de la sonde endotrachéale
O : Obstruction de la sonde endotrachéale
P : Pneumothorax
E : Équipement défectueux

Cible de SpO ₂ préductable	
1 min	60% à 65%
2 min	65% à 70%
3 min	70% à 75%
4 min	75% à 80%
5 min	80% à 85%
10 min	85% à 95%
Concentration initiale en oxygène pour la VPP	
≥ 35 sem.	21%
< 35 sem.	21% à 30%

Médicaments utilisés pendant ou après la réanimation du nouveau-né

Médicament	Dose et voie	Poids	Dose (volume)	Précautions
Adrénaline* 0,1 mg/mL = 1 mg/10mL	Voie intraveineuse ou intra-osseuse (Cathéter veineux ombilical favorisé) 0,02 mg/kg (0,2 mL/kg)	1 kg 2 kg 3 kg 4 kg	0,02 mg (0,2 mL) 0,04 mg (0,4 mL) 0,06 mg (0,6 mL) 0,08 mg (0,8 mL)	Administrer rapidement; faire suivre la dose intraveineuse de 3 mL de soluté physiologique. Reprendre toutes les 3 à 5 minutes si la FC < 60 batt/min malgré les compressions thoraciques.
	Voie trachéale 0,1 mg/kg (1 mL/kg)	1 kg 2 kg 3 kg 4 kg	0,1 mg (1 mL) 0,2 mg (2 mL) 0,3 mg (3 mL) 0,4 mg (4 mL)	Après la dose trachéale, possibilité d'administrer de l'adrénaline par voie intraveineuse dès que la voie intraveineuse est établie.
Solutions de remplissage • NaCl 0,9% (soluté physiologique) • Culot globulaire O négatif (si anémie suspectée)	10 mL/kg par voie intraveineuse ou intra-osseuse	1 kg 2 kg 3 kg 4 kg	10 mL 20 mL 30 mL 40 mL	Ne répond pas aux étapes de la réanimation et présente des signes d'état de choc ou une histoire de perte de sang aigüe. Administrer sur une période de 5 à 10 minutes.

*Note : Il se peut que le dose trachéale ne donne pas une concentration efficace du médicament dans le plasma. Il faut donc obtenir l'accès vasculaire le plus rapidement possible. La dose de médicament administrée par voie trachéale doit être plus élevée que par voie intraveineuse.

Adapté du « Programme de réanimation néonatale - Tableau de référence » de American Academy of Pediatrics, Société canadienne de pédiatrie et American Heart Association