

I. PROFESSIONNELS VISÉS

Les infirmières, inhalothérapeutes et physiothérapeutes de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM).

II. CLIENTÈLE VISÉE

Tous les patients, sauf les patients avec MPOC sévère et les maladies cardiaques cyanogènes. Il faut alors se référer au médecin.

III. OBJECTIFS

- Assurer une oxygénation adéquate
- Débuter le sevrage de l'oxygène (O₂)
- Minimiser les effets secondaires de l'oxygénothérapie

IV. INDICATIONS

- A. Patient stable avec une saturation d'oxygène (SpO₂) inférieure à 90 %
- B. Patient stable avec une SpO₂ supérieure à 90 % et recevant de l'O₂

V. PROCÉDURE**A - Patient stable avec une saturation d'oxygène (SpO₂) inférieure à 90 %**

- Mesurer la SpO₂ lors de la prise des signes vitaux et PRN
- Mettre O₂ via canule nasale et augmenter le débit graduellement jusqu'à un maximum de 5 L/min pour obtenir une SpO₂ ≥ 90 % mais maximum à 96 %
- Si SpO₂ < 90 % avec O₂ à 5 L/min: installer un VentiMask à 40 % ou 50 %
- Si SpO₂ < 90 % avec le Ventimask 50 % :
 - Aviser le médecin
 - Considérer l'Optiflow^{MD} : fait par l'inhalothérapeute
- Un masque d'O₂ sans réinspiration (couramment appelé masque O₂100 %) peut être installé PRN entre les étapes
- Advenant une désaturation rapide ou importante : devancer les étapes

B - Sevrage de l'oxygène (O₂)

- Débuter le sevrage de l'O₂ lorsque le patient est stable et que la SpO₂ est supérieure à 90%
- Diminuer l'O₂ de 2 L/min q 30 min à 1 h, ou plus rapidement, selon l'état clinique du patient
- Réévaluer l'état respiratoire 1 h après la diminution du débit d'oxygène ou le sevrage complet.