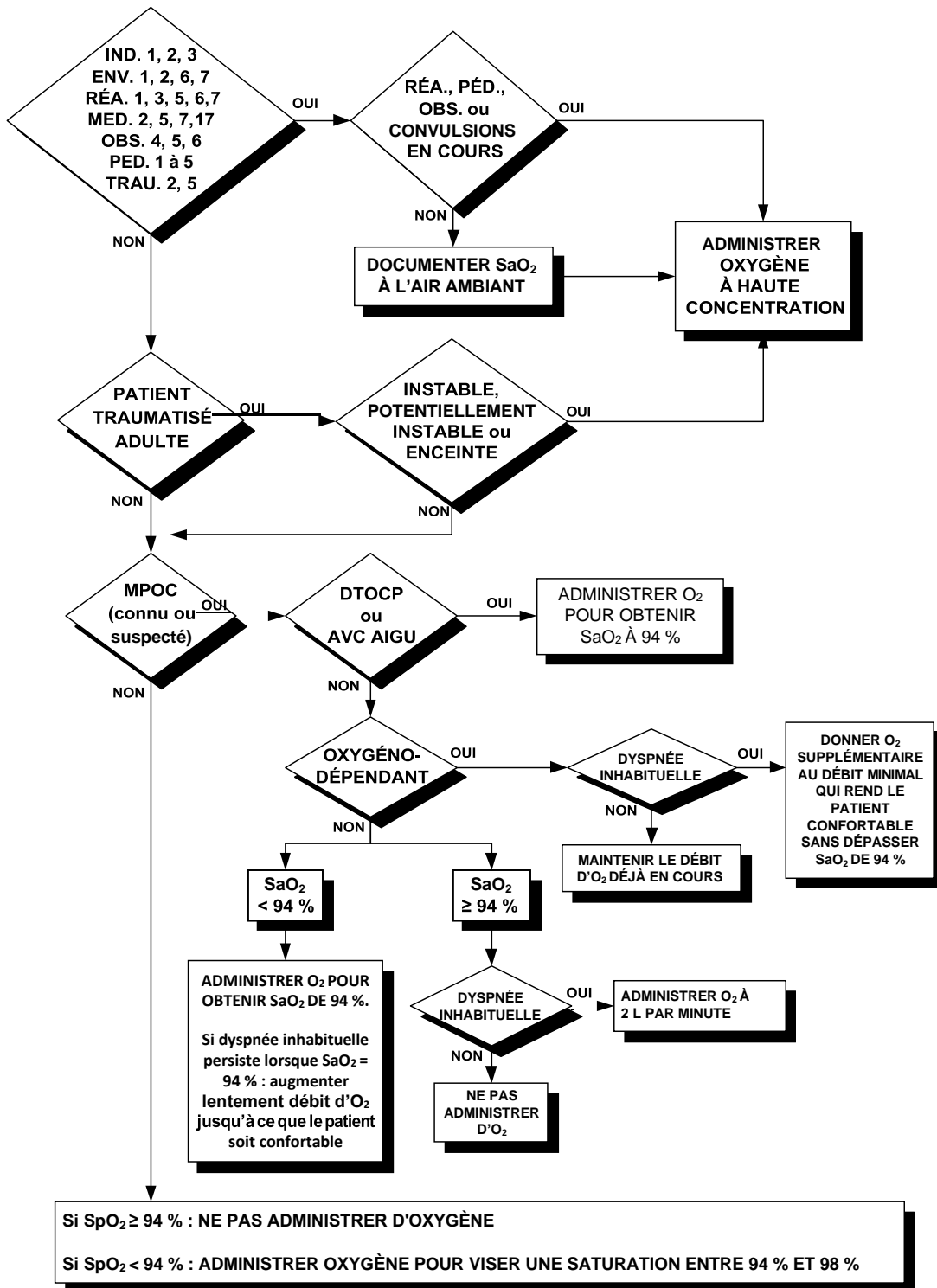


TECH.10 OXYGÈNE / SATUROMÉTRIE



1. Administration d'oxygène à haute concentration au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :**INDUSTRIELS ET ENVIRONNEMENTAUX**

IND. 2	Exposition cutanée à des substances toxiques.
IND. 3	Inhalation de vapeurs ou de substances toxiques.
ENV. 1	Accident de plongée.
ENV. 2	Brûlure.
ENV. 6	Hypothermie.
ENV. 7	Submersion.

RÉANIMATION

RÉA. 1, 3, 5 6, 7	Arrêt cardiorespiratoire, hypoventilation ou assistance respiratoire / ventilatoire.
----------------------	--

MÉDICAUX

MED. 2	Atteinte de l'état de conscience; lorsque le patient est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU.
MED. 5	Choc non traumatique.
MED. 7	Convulsions; lorsque convulsions actives seulement.
MED. 17	Réaction allergique/anaphylactique (lors de réaction anaphylactique seulement).

OBSTÉTRICAUX ET PÉDIATRIQUES

OBS. 2	Accouchement imminent.
OBS. 4	Appréciation et soins au nouveau-né, dans certaines situations.
OBS. 5	Convulsions du troisième trimestre - Éclampsie.
OBS. 6	Procidence du cordon.
PED. 1 à 5	Tous les protocoles pédiatriques, non traumatiques*.
TRAU. 2	Traumatisme chez la femme enceinte.
TRAU. 5	Traumatisme pédiatrique.

Remarque – Patients requérant de l'oxygène à haute concentration :

Sauf lors arrêt cardio-respiratoire (ACR), en pédiatrie (< 10 ans) ou lors de situations d'obstétrique ou lors de convulsions en cours, documenter la saturométrie à l'air ambiant avant de débiter l'administration d'oxygène. Ensuite, toujours maintenir le monitoring de cette dernière en continu.

*L'oxygénation du patient pédiatrique qui n'est pas inclus dans un protocole pédiatrique spécifique doit se faire selon le protocole adulte correspondant. (Si le patient adulte doit recevoir de l'oxygène, le patient pédiatrique doit en recevoir 100 %).

2. Si le protocole spécifique demande un supplément d'oxygène, procéder de la façon suivante pour toutes les situations sauf les situations spéciales :

Si SpO₂ ≥ 94 % : ne pas administrer d'oxygène, sauf si dyspnée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 4 L/min.

Si SpO₂ < 94 % : administrer de l'oxygène; viser une saturation entre 94 % et 96 %.

3. Situations spéciales

A. Patient ADULTE traumatisé :

- **Instable/potentiellement instable et femme enceinte :** administrer de l'oxygène à haute concentration sans documenter préalablement la saturation.
- **Stable :** administrer de l'oxygène selon le point 2 lorsque le saturomètre est disponible (ex. : une fois dans le véhicule ambulancier).

B. Patient réanimé post ACR :

- **État de conscience « A » ou « V » :** procéder selon le point 2.
- **État de conscience « P » ou « U » (avec ventilation assistée ou non) :** administrer de l'oxygène à haute concentration.

C. Patient MPOC non-oxygénodépendant :

Si SpO₂ ≥ 94 % : - ne pas administrer d'oxygène;
- si dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 2 L/min.

Si SpO₂ < 94 % : - Administrer la plus petite concentration d'oxygène possible jusqu'à ce que le patient soit confortable, viser une saturation de 94 %.

Si présence d'une DTOCP ou AVC nouveau : administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

D. Patient maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) oxygénodépendant :

- Maintenir le débit d'oxygène déjà en place.
- Si plainte de dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène supplémentaire en donnant la plus petite concentration possible jusqu'à ce qu'il soit confortable sans dépasser une saturation de 94 %;

Si présence d'une douleur thoracique d'origine cardiaque probable (DTOCP) ou un accident vasculaire cérébral (AVC) nouveau : administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

Remarques

Hormis les patients chez qui l'oxygène est administré à haute concentration et les patients MPOC, le technicien ambulancier paramédic (TAP) titre l'oxygène pour que la saturation se situe entre 94-96 %. Ceci implique que le TAP peut diminuer la FiO₂ administrée.

Ceci est aussi applicable lorsque le TAP prend en charge un patient qui s'est vu administrer de l'oxygène par un premier intervenant ou premier répondant et que la saturation dépasse la cible dictée plus haut pour sa condition clinique.

Patients MPOC

Chez le patient MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation soit toujours la plus basse possible en tenant compte du confort du patient. Il est important d'ajuster la concentration d'oxygène à la baisse si le patient avec les traitements (ex. : salbutamol) s'améliore cliniquement. Cet ajustement de la concentration d'oxygène est important et demande une surveillance constante de l'état clinique et de la saturation.

Lorsque le patient MPOC oxygénodépendant ou non est traité principalement pour un traumatisme significatif ou un choc non traumatique, de l'oxygène à haute concentration doit être initialement administré. Le besoin du maintien de l'oxygène à haute concentration sera évalué dans le transport selon l'évolution de la condition clinique globale.

Le patient asthmatique ne doit pas être inclus dans la catégorie des MPOC. Aux fins d'application de ce protocole, le patient asthmatique est défini de la façon suivante : diagnostiqué asthmatique et doit être âgé de moins de 40 ans.

Fiabilité de la saturométrie

La vérification de la présence du pouls radial sur le côté où le saturomètre est installé est requise préalablement à l'installation de l'appareil.

La valeur peut être considérée fiable si :

- il y a présence d'un pouls radial;
- en absence de pouls radial bilatéral, l'indicateur de pulsation correspond au pouls carotidien ou fémoral;
- absence de possibilité d'intoxication au monoxyde de carbone ou autre produit toxique;

Malgré la présence d'un pouls radial, le TAP doit considérer que la perfusion distale peut être diminuée (vasoconstriction) et affecter la fiabilité de la valeur. Ceci doit être considéré si :

- les extrémités sont froides;
- le patient présente des signes de choc.

En présence d'une valeur jugée non fiable par le TAP, il est indiqué d'administrer de l'oxygène par masque à haute concentration.

Principes pour l'ajustement FiO_2 désiré en fonction de la saturométrie

La saturométrie doit minimalement être évaluée à toutes les 3 à 5 minutes.

Chez le patient médical potentiellement instable ou instable, la surveillance de la saturométrie en continu est requise à partir du début de l'intervention.

L'ajustement du débit d'oxygène doit respecter les cibles visées de saturation décrites précédemment.

Lors d'un changement de débit, on peut s'attendre à une modification de la saturation en moins d'une minute, d'où l'importance de respecter la fréquence des vérifications. Une omission de vérification peut mener à une hypoxygénéation comme à une hyperoxygénation qui, dans les deux cas, peuvent être délétères pour le patient.

Il est donc possible que le TAP doive changer le masque à haute concentration pour une lunette nasale durant l'intervention et vice-versa, ou simplement ajuster le débit d'oxygène de cette dernière afin d'obtenir la valeur de saturométrie recherchée. Il se peut également que l'arrêt de l'administration de l'oxygène soit nécessaire afin de respecter la saturométrie recherchée.

Toute modification du débit d'oxygène doit être notée au rapport d'intervention préhospitalière (RIP).

Pourcentage d'oxygène administré en fonction de l'outil utilisé		
Lunette nasale (litre par minute)	FiO₂	% approximatif
1	0,24	24 %
2	0,28	28 %
3	0,32	32 %
4	0,36	36 %
5	0,40	40 %
6	0,44	44 %
Haute concentration		
12 à 15	0,80 à 0,85*	80 à 85 %*
Ballon-masque		
12 à 15	1,0*	100 %*

*avec réservoir gonflé en tout temps

TECH. 10 avec particularités MRSI

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence des particularités de MRSI, le protocole usuel s'applique.

Généralités :

- Mettre un masque de procédure au patient lorsque la lunette nasale est installée (si toléré).

Interventions à adapter :

1. Ne pas administrer plus de 5L/min lorsqu'une lunette nasale est en place.
2. Si désaturation à 5L/min, installer un masque à haute concentration au patient.