

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

SUJET : Prévention et prise en charge des plaies de pression

RÈGLE DE SOINS : 7

OBJET :

La présente règle de soins vise à :

- Baliser la pratique infirmière dans la prévention et la prise en charge des plaies de pression à l'Institut de Cardiologie de Montréal.

INTERVENANTS CONCERNÉS :

- Infirmières des unités de soins de l'ICM

CONDITIONS D'APPLICATION :

- L'infirmière peut « déterminer le plan de traitement infirmier lié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements qui s'y rattachent » sans ordonnance individuelle ni collective si elle possède les connaissances et les compétences nécessaires.

ÉLÉMENT DE L'EXERCICE :

PRÉVENTION

ÉVALUATION

L'infirmière :

1. Évalue, à l'aide de l'échelle de Braden (Annexe 1), le risque de développer une plaie de pression :
 - Dans les 24h suivant l'admission pour tous les patients
 - Le mercredi et samedi pour les patients hospitalisés
 - Tous les jours pour les patients nécessitant des soins intensifs
 - Lorsque l'état de santé du patient se modifie
 - Selon son jugement clinique
2. Inscrit le score obtenu à l'échelle de Braden (Annexe 1) dans l'espace prévu des notes d'observation infirmière.

INTERVENTION

L'infirmière :

1. Met en place des interventions afin de réduire le risque de développer une plaie de pression en lien avec les facteurs de risques spécifiques du patient (Annexe 2).
2. Évalue aux 8h la peau du patient afin de déceler une atteinte de la peau
3. Consigne au dossier du patient les interventions mises en place
4. S'assure du suivi des interventions par les autres membres de l'équipe (rapport interservice, kardex, PTI, etc.).

5. Assure la collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante selon les besoins du patient (nutritionnistes, physiothérapeutes, médecins, préposés aux bénéficiaires, etc.).
6. Informe le patient et sa famille de son risque de développer une plaie de pression et lui enseigne les actions à mettre en place afin de le réduire le cas échéant.

PRISE EN CHARGE

Advenant le cas où, malgré les interventions de prévention mises en place, le patient développe une plaie de pression :

L'infirmière :

1. Détermine le stade de la plaie de pression et le consigne dans les notes d'observations de l'infirmière au dossier du patient.
2. Détermine le plan de traitement selon l'objectif de soin (Annexe 3)
3. Déclare la plaie de pression sur le formulaire de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) et l'achemine selon le processus habituel.
4. Évalue la plaie et consigne ses observations au formulaire « soins de plaie » (#84-791-505) en utilisant une feuille pour chaque plaie et en débutant une nouvelle feuille à chaque changement de traitement de la plaie.
5. Détermine les mesures d'asepsie requises en se référant à l'Annexe 1 de la règle de soins #5 sur les plaies.
6. Procède au soin de la plaie selon le plan de traitement déterminé
7. Évalue la condition clinique du patient afin de déterminer les facteurs étiologiques de la plaie de pression et les facteurs qui peuvent influencer la guérison.
8. Détermine les mesures de réduction des facteurs de risque à mettre en place pour le patient
9. Coordonne le suivi multidisciplinaire (physiothérapeute, nutritionniste, médecin) du patient présentant une plaie de pression.
10. Réévalue régulièrement l'évolution de la plaie et ajuste le plan de soin au besoin
11. Inclut le patient et sa famille dans les soins de la plaie et la prévention de l'aggravation ou de la récurrence.
12. Poursuit les étapes d'évaluation et d'intervention afin de prévenir les plaies de pression
13. Assure le suivi de la prise en charge de la plaie de pression au congé du patient
14. Fait appel aux infirmières responsables des soins de plaies au besoin

APPROUVÉ PAR :	EN VIGUEUR LE :
Direction des soins infirmiers: janvier 2016 CII: janvier 2016	Janvier 2016
DATE DE RÉVISION :	

ANNEXE 1

ÉCHELLE DE BRADEN®

<p>Perception Sensorielle</p> <p>Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression</p>	<p>1. Complètement limitée: Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.</p>	<p>2. Très limitée: Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. OU A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.</p>	<p>3. Légèrement limitée: Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. OU A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.</p>	<p>4. Aucune atteinte: Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.</p>
<p>Humidité</p> <p>Le degré d'humidité auquel la peau est exposée.</p>	<p>1. Constamment humide: La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La moiteur est notée à chaque fois que la personne est changée de position.</p>	<p>2. Très humide: La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.</p>	<p>3. Occasionnellement humide: La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.</p>	<p>4. Rarement humide: La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.</p>
<p>Activité</p> <p>Le degré d'activité physique</p>	<p>1. Alité: Confinement au lit.</p>	<p>2. Confinement au fauteuil: La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou au fauteuil roulant.</p>	<p>3. Marche à l'occasion: Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.</p>	<p>4. Marche fréquemment: Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil.</p>
<p>Mobilité</p> <p>Capacité de changer et de contrôler la position de son corps</p>	<p>1. Complètement immobile: Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.</p>	<p>2. Très limitée: Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.</p>	<p>3. Légèrement limitée: Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.</p>	<p>4. Non limitée: Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.</p>
<p>Nutrition</p> <p>Profil de l'alimentation habituelle</p>	<p>1. Très pauvre: Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.</p>	<p>2. Probablement inadéquate: Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.</p>	<p>3. Adéquate: Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. OU Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels</p>	<p>4. Excellente: Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.</p>
<p>Friction et cisaillement</p>	<p>1. Problème: Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.</p>	<p>2. Problème potentiel: Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.</p>	<p>3. Aucun problème apparent : Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil.</p>	

Copyright Barbara Braden; Nancy Bergstrom, 1988© Version française approuvée par les auteurs; Traduction et validation : Diane St-Cyr; Nicole Denis 2004©

ANNEXE 2

PARTIE 2

LES PLAIES CHRONIQUES

TABEAU 9.7 INTERVENTIONS PRÉVENTIVES PAR NIVEAU DE RISQUE ET PAR TYPE DE RISQUE SELON L'ÉCHELLE DE BRADEN

RISQUE FAIBLE – RÉSULTAT : DE 15 À 18

- Tourner le client régulièrement
 - Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions)
 - Utiliser des mesures pour protéger les talons
 - Contrôler l'humidité, maintenir une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement
 - Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression si le client est alité ou confiné dans un fauteuil
- * Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risque importants sont présents (âge avancé, fièvre, apport nutritionnel en protéines inadéquat, pression diastolique inférieure à 60, instabilité hémodynamique)

RISQUE ÉLEVÉ – RÉSULTAT : DE 10 À 12

- Augmenter la fréquence des changements de position
 - Prévoir de petites rotations de position supplémentaires
 - Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression
 - S'assurer que le positionnement respecte un angle de 30° par rapport au matelas en ajoutant des coussins de mousse triangulaires
 - Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions)
 - Utiliser des mesures pour protéger les talons
 - Contrôler l'humidité, assurer une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement
- * Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risque importants sont présents

RISQUE MODÉRÉ – RÉSULTAT : 13 OU 14

- Planifier un horaire de positionnement
 - S'assurer que le positionnement respecte un angle de 30° par rapport au matelas en ajoutant des coussins de mousse triangulaires
 - Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression
 - Optimiser les mobilisations (fréquence, rotation des positions)
 - Utiliser des mesures pour protéger les talons
 - Contrôler l'humidité, assurer une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement
- * Considérer le niveau de risque suivant si d'autres facteurs de risque importants sont présents

RISQUE TRÈS ÉLEVÉ – RÉSULTAT : 9 OU MOINS

- Toutes les interventions listées ci-haut et
 - Utiliser une surface d'appui qui soulage la pression si le client présente :
 - une douleur non soulagée ou
 - une douleur importante exacerbée par les changements de position ou
 - des facteurs de risque additionnels
- * Le lit à faible perte d'air ne remplace pas les changements de position réguliers

INTERVENTIONS POUR CONTRÔLER L'HUMIDITÉ

- Utiliser une barrière cutanée
- Utiliser des produits d'incontinence qui gardent la peau au sec
- Traiter la cause, si cela est possible
- Offrir le bassin de lit ou l'urinair et un verre d'eau au moment des changements de position

INTERVENTIONS POUR DIMINUER LA FRICTION ET LE CISAILLEMENT

- Ne pas élever la tête de lit à plus de 30°
- Utiliser un trapèze, si cela est indiqué
- Utiliser une alèse de positionnement au moment des mobilisations
- Protéger les coudes et les talons en présence de friction

INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER L'ÉTAT NUTRITIONNEL

- Augmenter l'apport en protéines
- Augmenter l'apport en calories pour préserver les protéines
- Ajouter un supplément de multivitamines (y compris les vitamines A, C et E)
- Agir rapidement pour corriger les carences
- Consulter une diététiste

INTERVENTIONS ADDITIONNELLES

- Ne pas masser des proéminences osseuses qui présentent de l'érythème
- Ne pas utiliser de coussin en forme d'anneau (boigne)
- Maintenir une bonne hydratation
- Éviter l'assèchement de la peau

Source : Prevention Plus, NE (www.bradenscale.com) ; Braden et Blanchard (2007). Permission de © HMP Communications.

ANNEXE 3



Traitement

DES PLAIES DE PRESSION

> Le jugement de l'infirmière prévaut suite à l'évaluation des besoins spécifiques du patient



**INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL**

	Stade	Objectif	Pansement
I	 <ul style="list-style-type: none"> — Peau intacte avec rougeur qui ne blanchit pas à la pression du doigt — Persiste plus de 30 min après le retrait de la pression — Peut être difficile à détecter chez les patients à la peau foncée 	<ul style="list-style-type: none"> — Éliminer le facteur causal — Protéger 	<ul style="list-style-type: none"> — Aucun (laisser découvert) — Pellicule transparente — Hydrocolloïde mince — Protecteur ou barrière cutanée
II	 <ul style="list-style-type: none"> — Perte complète de l'épiderme — Sans cavité — Exsudat léger — Se présente sous forme de phlyctène avec liquide clair ou abrasion superficielle avec lit de la plaie rouge/rose exempt de tissu nécrosé 	<ul style="list-style-type: none"> — Éliminer le facteur causal — Protéger — Favoriser la granulation — Gérer l'exsudat — Prévenir l'infection 	<ul style="list-style-type: none"> — Hydrocolloïde (ou Triad®) — Pansement acrylique — Hydrogel — Pansement mousse — Pansement antimicrobien
III	 <ul style="list-style-type: none"> — Perte complète de l'épiderme et du derme — Pas de structure profonde exposée (os, tendons, muscles, etc.) — Présente souvent cavité, sinus ou espace sous-jacent — Présente souvent tissu nécrotique (jaune, gris, noir, brun, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> — Éliminer le facteur causal — Comblir la cavité — Prévenir l'infection — Favoriser la granulation — Gérer l'exsudat — Débrider** si tissus nécrotiques ou fibrineux 	<ul style="list-style-type: none"> — Alginate de calcium — Hydrogel — Compresses fluffées ou mèche — Pansement mousse — VAC (ordonnance médicale)
IV	 <ul style="list-style-type: none"> — Perte complète de l'épiderme et du derme avec des structures profondes exposées (os, tendon, muscle, etc.) — Présente souvent cratère, sinus, espace sous-jacent — Présente souvent des tissus nécrotiques secs ou humides (jaune, brun, gris, noir) 	<ul style="list-style-type: none"> — Éliminer le facteur causal — Comblir la cavité — Prévenir l'infection — Favoriser la granulation — Gérer l'exsudat — Débrider** si tissus nécrotiques ou fibrineux 	<ul style="list-style-type: none"> — VAC (ordonnance médicale) — Hydrogel — Pansement mousse — Compresses fluffées ou mèche — Pansement antimicrobien
X	 <ul style="list-style-type: none"> — Perte tissulaire recouverte de tissus nécrotiques (humides ou secs) — Le stade de la plaie ne peut être déterminé avant le débridement 	<ul style="list-style-type: none"> — Éliminer le facteur causal — Prévenir l'infection — Débridement autolytique ou mécanique** — Débridement chirurgical (par le médecin seulement) 	<ul style="list-style-type: none"> — Pansement mousse — Hydrogel — Santhyl (ordonnance médicale) — Alginate de calcium — Pansement antimicrobien
LTPS*	 <ul style="list-style-type: none"> — Peau intacte — Se présente sous forme d'une zone de décoloration violacée ou marron ou d'une phlyctène sanguine — Possibilité de douleur — Possibilité de consistance gélatineuse au toucher avec présence d'œdème 	<ul style="list-style-type: none"> — Éliminer le facteur causal — Protéger 	<ul style="list-style-type: none"> — Pansement d'acrylique — Pellicule transparente — Protecteur ou barrière cutanée

* LTPS: le site de tissu profond suspecté

** Débridement autolytique: Débridement à l'aide de pansements qui favorisent le retrait des tissus nécrotiques
Débridement mécanique: Débridement à l'aide de la seringue, un cathéter et du NaCl 0,9 %

1E11502