

Prévenir les plaies de pression en équipe



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

Jacinthe Girard
Conseillère intérimaire &
Janique Beauchamp
Conseillère clinicienne en soins spécialisés

DDPP - Mars 2014

Plan de présentation

- **Questionnaire de connaissances en prévention des plaies de pression pré et post formation**
- **Contexte de formation et de pratique en prévention des plaies de pression**
 - Agrément Canada (suivi, conformité à la POR)
 - Post -inspection professionnelle OIIQ
- **Prévenir les plaies de pression**
 - Connaissance de base sur les plaies de pression
 - Définition
 - Localisation des zones vulnérables à l'apparition d'une plaie de pression
 - Signe d'alarme
 - **Facteurs de risque de développer des plaies de pression (intrinsèques et extrinsèques)**
- **Approche interdisciplinaire dans la prévention des plaies de pression:**
 - Ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, médecin
- **Contexte: pratique contemporaine en équipe de soins**
 - Champs de compétences et activités cliniques
 - Infirmière
 - Infirmière auxiliaire
 - PAB
 - Compétences d'assistance du PAB

Plan de présentation

- Prévention
 - Évaluer et déterminer les facteurs de risque de plaie de pression. Moyens d'évaluation :
 - Histoire clinique
 - Échelle de Braden (niveau de risque)
 - Examen physique – examen visuel de la peau
 - Les constats de l'évaluation
 - Les modalités (Comment? Quand? Fréquence? Traces dans la documentation clinique, **exemple PTI**)
- Interventions préventives
 - Interventions préventives générales
 - Interventions préventives spécifiques selon le niveau et type de risque
- Réévaluer
- Références
- Questions

Objectifs

- Acquérir des connaissances générales de base en matière d'intégrité de la peau et en prévention des plaies de pression
- Connaître et identifier les régions fréquemment touchées par les plaies de pression
- Identifier les facteurs de risque de développer des plaies de pression
- Être en mesure d'observer/d'évaluer (selon mon rôle) l'intégrité de la peau et d'intervenir de façon efficace pour éviter sa dégradation
- Utiliser l'échelle de Braden « un moyen » afin d'évaluer adéquatement le niveau de risque de développer des plaies de pression (ou collaborer dans mon rôle à son utilisation)

Objectifs

- Favoriser une approche interdisciplinaire dans la prévention des plaies de pression
- Connaître et appliquer les interventions, en collaboration avec les membres de l'équipe de soins (inf, inf aux., PAB), pour prévenir ou éviter la dégradation d'une plaie de pression
 - Selon mon rôle et mes responsabilités
- Connaître, compléter ou appliquer conformément à la pratique attendue, selon mon rôle et mes responsabilités, les indicateurs dans la documentation clinique
 - Complétude de l'échelle de Braden
 - Inscription au PTI le constat de l'évaluation du niveau de risque de développer une plaie de pression ainsi que les directives infirmières
 - Plan de travail
 - Notes d'évolution clinique
- Être en mesure de procéder à l'enseignement pertinent auprès de l'utilisateur, ses proches et les membres de l'équipe de soins

Agrément Canada

POR: Prévention des plaies de pression

- À qui s'adresse la POR?
 - À tout le personnel infirmier de l'Institut et particulièrement à l'unité médico-chirurgicale, aux **UTO**, au programme de Gérontopsychiatrie
- Objectif de la POR :
 - Les stratégies efficaces de prévention des plaies de pression peuvent considérablement réduire l'incidence des plaies de pression et sont une indication d'une qualité supérieure de soins et de services

Agrément Canada

POR : Prévention des plaies de pression

Nous sommes conformes lorsque :

- **L'équipe effectue une première évaluation du risque de développer des plaies de pression à l'admission (incluant admission suite à un transfert) au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé et normalisé (Échelle de Braden retenu à l'Institut/Critère 8.4.1);**
- L'équipe **évalue à nouveau** le risque de développer des plaies de pression pour chaque patient à **intervalles réguliers** et quand il y a un changement important dans l'état de l'usager;
- L'équipe met en œuvre des protocoles et procédures documentés, fondés sur **les lignes directrices en matière de meilleures pratiques**, pour prévenir le développement de plaies de pression.
- L'équipe appuie la formation des prestataires de soins de santé, des usagers et des familles ou des aidants sur les facteurs de risque et les stratégies pour la prévention des plaies de pression;
- L'équipe a un système en place pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des plaies de pression et utilise les résultats qui en découlent pour apporter des améliorations.

Inspection professionnelle (OIIQ) et pratiques attendues

Qu'est-ce qu'une plaie de pression ?

- Lésion circonscrite de la peau et des tissus sous-jacents
- Située généralement sur les proéminences osseuses (compression prolongée des tissus entre deux plans durs : surface du lit, du fauteuil et de l'os)
- Causée par une pression combinée à de la friction ou à du cisaillement
 - La pression exercée sur les tissus ralentit la circulation du sang et diminue l'apport en nutriment et en oxygène, ce qui entraîne la mort des tissus
- Premier signe d'alarme : rougeur au point d'appui

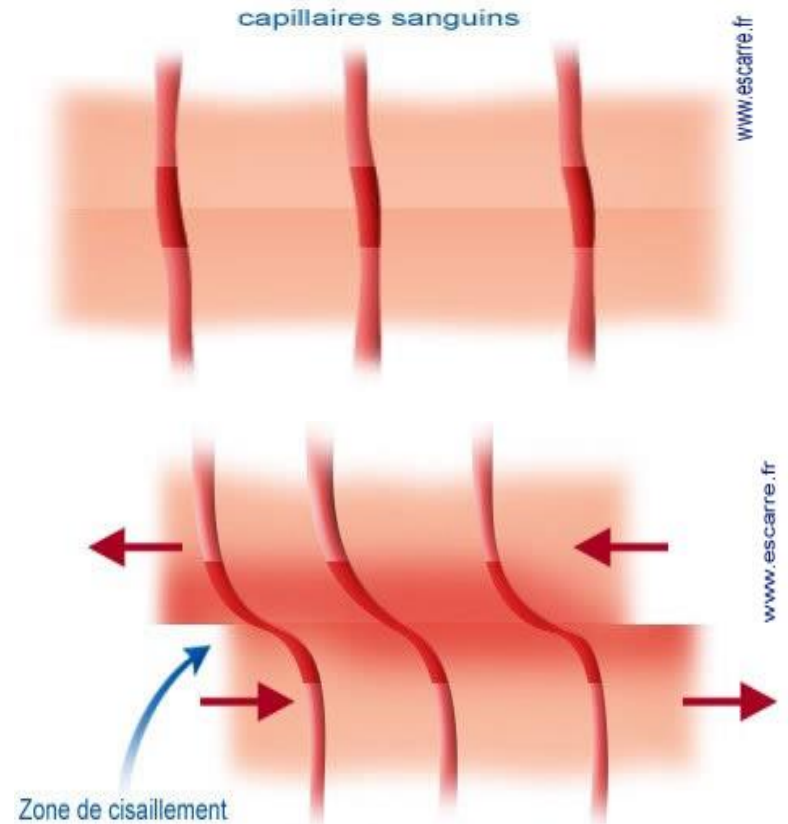
Proéminences osseuses

- Saillies osseuses
- Site où la pression est la plus élevée
- Moins de tissus adipeux

Friction et cisaillement

Cette force agit parallèlement sur les couches de la peau et déforme les vaisseaux sanguins

La friction est visible à la surface de la peau (peau amincie par évaporation anormale d'eau,accolement de la peau aux draps) alors que le cisaillement atteint les couches profondes des tissus (plaie de forme irrégulière, souvent au sacrum et aux talons)



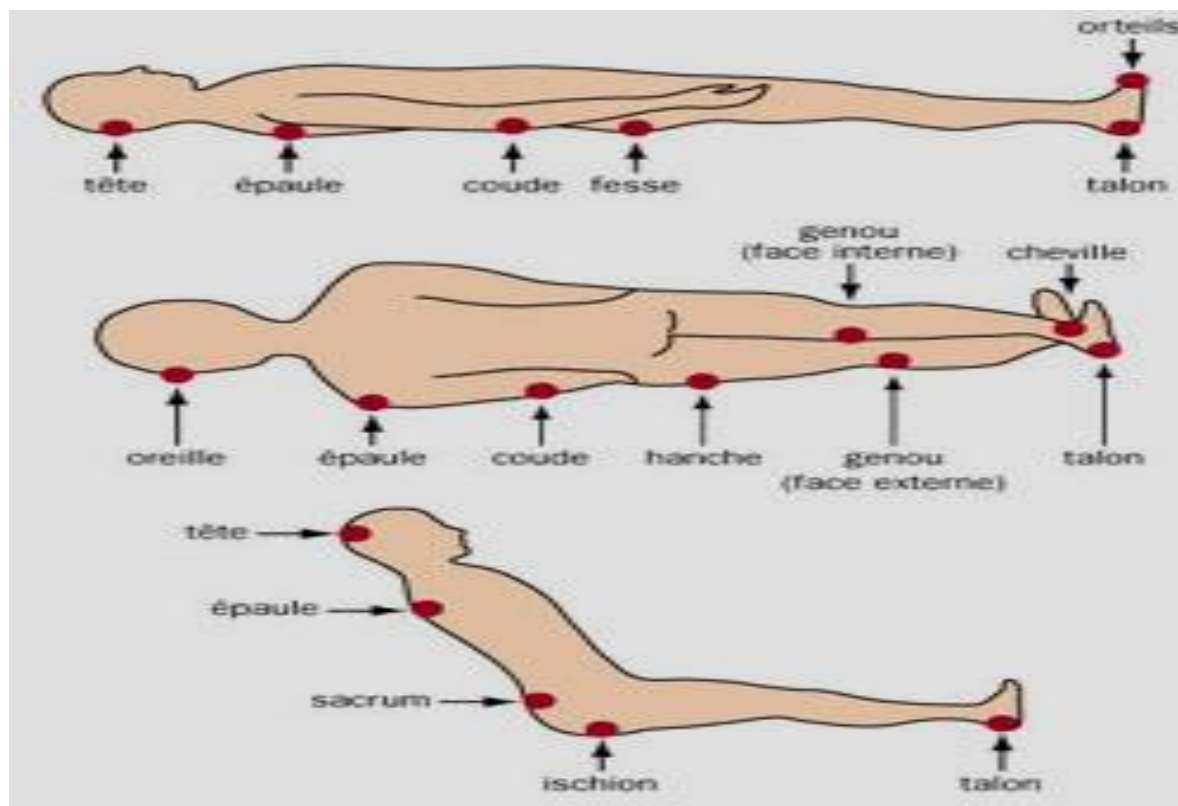
Pression capillaire normale

- L'intensité de la pression capillaire normale chez l'adulte en santé est nécessaire pour garder le flux sanguin dans les artérioles cutanées est de 32 mmHg
- La pression peut être influencée par les variations de TA
- Important : Toute pression externe supérieure à la pression capillaire est nocive

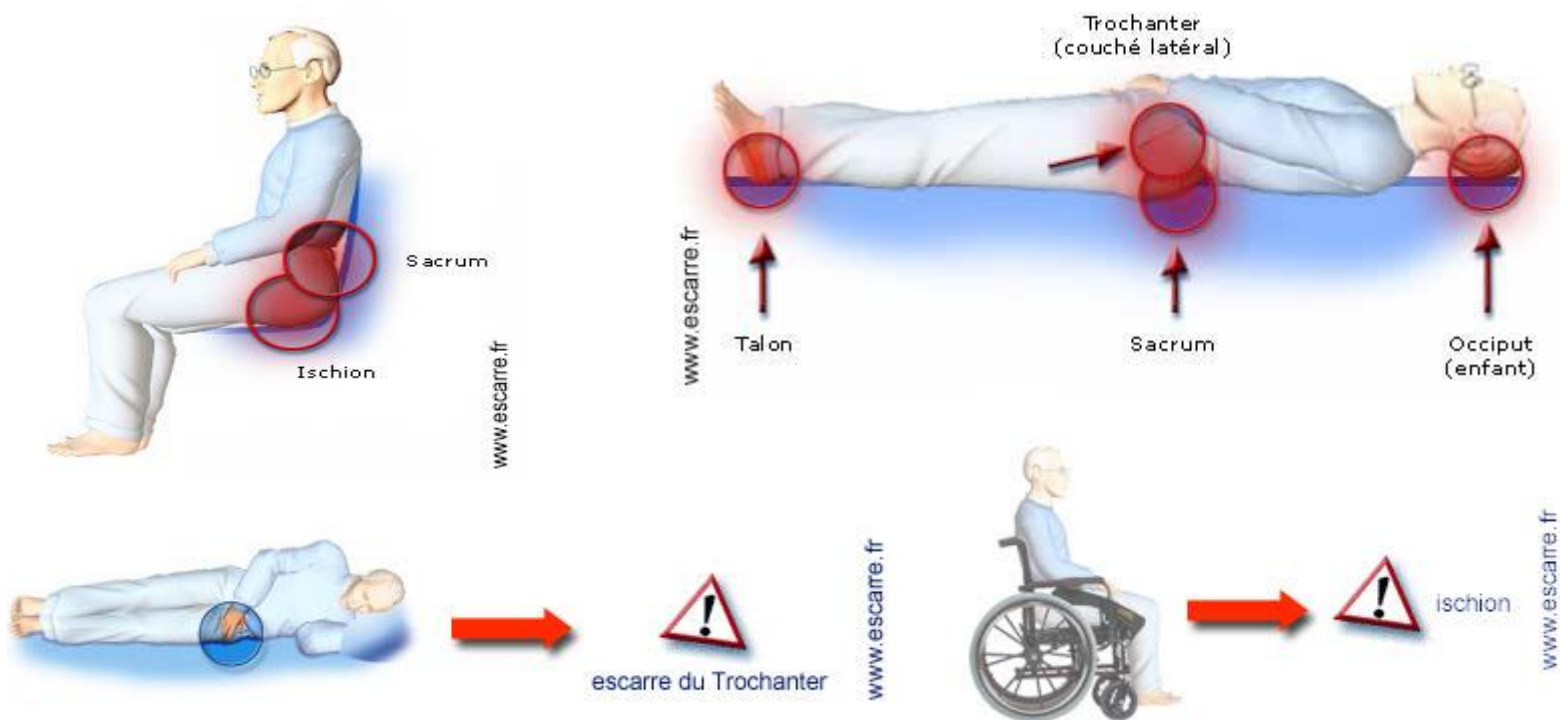
Localisation des zones exposées à la pression

- En position dorsale : talons, sacrum, coudes, omoplates, crâne, ischions
- En position latérale : chevilles, genoux, hanches, épaules, oreilles, malléoles internes et externes
- En position assise : ischions et talons
- Intensité de la pression selon les positions :
 - Position dorsale :
 - Talons 30 à 50 mmHg
 - Sacrum 80 mmHg
 - Ischions 100 mmHg
 - Position assise :
 - Ischions 300 mmHg

Régions fréquemment touchées par les plaies de pression



Régions fréquemment touchées selon les positions



Quelques statistiques...

- 57 à 60 % des usagers avec une plaie de pression l'ont développée :
 - Dans un établissement de soins de courte durée
 - Durant les deux premières semaines suivant l'admission
- Usagers en soins prolongés développent une plaie de pression:
 - 80 % dans les deux premières semaines
 - 96 % dans les trois premières semaines (Braden & Blanchard, 2007)
 - 70 % des plaies de pression chez les personnes âgées
- Coûts et traitements d'une plaie de pression pour 3 mois :
 - 27 632 \$ à domicile (Allen & Houghton, 2004)
 - 24 050 \$ dans un centre de soins prolongés (Association canadienne du soin des plaies, sd) www.cawc.net (juin 2013)

Signe d'alarme

- Le premier signe d'alarme est une rougeur localisée au point d'appui qui ne blanchit pas à la pression.

Attention :

- L'évolution peut être rapide. Une fois les tissus en état d'hypoxie, ils se dégradent très vite. Le passage du stade d'érythème (rougeur cutanée) à celui d'ulcère (plaie ouverte) peut prendre quelques heures
- La surveillance doit donc être fréquente afin de détecter tout érythème, signe de plaie de pression en formation. On doit retrouver le niveau de risque de plaie de pression au PTI à titre de constat.
 - **Les directives infirmières doivent inclure la surveillance à exercer ainsi que la fréquence.**
- La participation et la contribution de l'utilisateur, de son entourage et des membres de l'équipe, à cette surveillance ainsi qu'aux interventions préventives générales constituent une aide précieuse. Il est important de bien préciser leur rôle au PTI (directives infirmières)

Facteurs de risque de développer des plaies de pression liés à l'état de santé de l'usager (ou facteurs de risque intrinsèques)

- Augmentation de l'âge
(changements multiples dans l'anatomie et la physiologie de la peau : minceur et lente (re)génération. Plus de conditions concomitantes comme la malnutrition et la déshydratation)
- Problèmes de santé causant de l'immobilité : séquelles motrices d'AVC, trauma, fixations orthopédiques, etc.
- Altération du niveau de collaboration
(involontaire ou non : coma, apathie, dépression, confusion, effets secondaires de la médication : narcotiques, sédatifs, stéroïdes, immunosuppresseurs)
- État nutritionnel altéré
 - Dénutrition protéino-énergétique, anémie ferriprive, déshydratation
 - Difficulté à s'alimenter (situation fréquente chez les usagers en soins de longue durée)

Facteurs de risque de développer des plaies de pression liés à l'état de santé de l'usager (ou facteurs de risque intrinsèques)

- Maladies : compromission du terrain vasculaire, ex :
 - diabète, artériosclérose, insuffisance veineuse, thrombophlébite, etc.
 - Atteinte neurologique (neuropathies sensorielles, maladie vasculaire)
 - Déficience immunitaire (cancer, vasculite)
- Douleur (diminution de la mobilité, vasoconstriction, analgésiques pouvant altérer le niveau de conscience)
- Tabagisme (diminution de la perfusion et l'oxygénation)
- Température
- Diminution de la perfusion sanguine (en soins critiques, les tissus profonds sont plus susceptibles aux dommages tissulaires, hypotension, choc, déshydratation)
- Intervention chirurgicale Chirurgie (dépend de la durée de la chirurgie, il faut repositionner l'usager ou utiliser un matelas adapté)
- Incontinence urinaire, fécale, mixte

Facteurs de risque de développer des plaies de pression liés à l'état de santé de l'usager (ou facteurs de risque extrinsèques)

- Surface de contact du lit ou du fauteuil non adaptée à la morphologie et aux besoins de la personne
 - Surfaces peuvent nuire à l'évaporation de l'humidité (transpiration, exsudat, incontinence urinaire et fécale, délai du nettoyage de l'épisode d'incontinence)
 - Un milieu humide prolongé augmente **de 5 fois** le risque de développer une plaie de pression
 - Incontinence urinaire, fécale ou mixte : Augmente l'humidité, diminue la résistance tissulaire, ph plus alcalin, risques augmentés si incontinence mixte. L'urée se transforme en ammoniacque au contact des bactéries. Les toxines sont des irritants chimiques
- Positionnement au lit et au fauteuil entraînant de la pression

Facteurs de risque de développer des plaies de pression liés à l'environnement de soins (ou facteurs de risque extrinsèques)

- Manipulations physiques inadéquates (cisaillement de la peau et frictions)
 - Friction
 - Peau amincie par la friction; évaporation anormale d'eau; accolement de la peau aux draps; 290 mm Hg vs 45 mm Hg avec friction; moins de tolérance au cisaillement; Intolérance aux traumatismes répétés
 - Cisaillement
 - Plaies de formes irrégulières
 - Souvent au sacrum et aux talons
- Usage de contentions physiques sans réévaluation quotidienne (pertinence)
- Compétence de l'équipe de soins*

Approche interdisciplinaire dans la prévention des plaies de pression

*C'est par une vigilance et une connaissance approfondie de l'étiologie, de la physiopathologie, des facteurs de risque, des interventions préventives, le positionnement, les surfaces d'appui et des soins et traitements locaux des plaies que l'infirmière et **l'équipe interdisciplinaire** peuvent diminuer l'incidence des plaies.*

OIIQ (2007)

Approche interdisciplinaire dans la prévention des plaies de pression

- Favoriser une approche interdisciplinaire dans la prévention des plaies de pression. La demande d'évaluation ou d'intervention à l'ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste et autre professionnel repose sur le jugement clinique
 - À l'ergothérapeute pour tout le **matériel adapté** et les **éléments environnementaux**, par exemple:
 - Utilisation de surfaces thérapeutiques (appui) qui diminuent la pression
 - Adaptation et positionnement au lit et au fauteuil (adaptation du fauteuil)
 - Exercices et techniques de transfert
 - À la nutritionniste pour toutes les personnes présentant un score plus petit que 18 points à l'Échelle de Braden et susceptibles de présenter des apports protéino-énergétique et hydrique insuffisants ou présentant de la difficulté à s'alimenter

Contexte :

pratique contemporaine des soins

- La nouvelle loi sur les infirmières et infirmiers du Québec
- La loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c, 33 / loi 90)
- La nouvelle définition de l'exercice de l'infirmière auxiliaire (OIIAQ, 2004).
- Le plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2006, norme, p.3)
 - Tous les membres de l'OIIQ doivent connaître la norme de documentation de plan thérapeutique infirmier et l'appliquer (page 5, OIIQ, 2006)

Champs de compétences et activités cliniques de l'infirmière

- Évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique*
 - Examen clinique : histoire de santé, poser des questions
 - Examen physique, examen visuel de la peau
 - Évaluer les principaux facteurs de risque (plaies, etc.)
 - Facteurs intrinsèques et extrinsèques
- La surveillance clinique, incluant le monitoring et les ajustements au PTI*
 - Utiliser efficacement les outils (Braden) et les méthodes d'évaluation
 - Mesurer et observer rigoureusement les paramètres pertinents à la situation
 - Détecter tout changement ou signe de détérioration
 - Formuler les constats de son évaluation au PTI et y consigner les besoins nécessitant un suivi clinique
- Le suivi infirmier (clinique) des personnes présentant des problèmes de santé complexes*
 - Planifier les interventions judicieuses
 - Identifier les stratégies d'intervention efficaces
 - préciser dans les directives infirmières la surveillance, la fréquence de l'évaluation et l'enseignement à prodiguer.
 - Détermine les conditions de réalisation en tenant compte des habilitations légales des membres de l'équipe de soins
 - Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments

Champs de compétences et activités cliniques de l'infirmière

- La continuité et la qualité des soins
 - Transmettre l'information pertinente, au moment opportun, au professionnel concerné et aux membres de l'équipe de soins, afin d'assurer un suivi clinique sécuritaire et de qualité
 - Consigne l'ensemble de l'information relative aux soins infirmiers de la personne, dans son dossier et voir à sa mise à jour
 - Communiquer les décisions cliniques au PTI
 - Justifier ses décisions cliniques au dossier
- Coordonne les interventions de l'équipe de soins en tenant compte de la condition de la personne (leadership)
 - Respecte la compétence, l'autonomie professionnelle et les habilitations légales des autres intervenants, lors de la détermination des activités de soins;
 - S'attribue le suivi infirmier de la personne présentant des problèmes de santé complexes
 - **S'assure de la qualité des soins confiés au personnel auxiliaire à partir des résultats obtenus.**

Champs de compétences

Infirmière auxiliaire

- **Contribue à l'évaluation** de la santé physique et mentale et **prodigue des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, en vertu du plan thérapeutique (PTI)**, du plan de traitement ou selon une ordonnance, et ce, en conformité avec ses activités réservées.
Contribuer signifie l'aide apportée à l'exécution de l'évaluation, mais ne permet pas d'initier l'évaluation ni de l'exercer en toute autonomie, mais plutôt d'agir en collaboration. Les activités de contribution à l'évaluation peuvent comprendre :
 - la consultation du dossier
 - l'observation des signes et symptômes
 - la prise des signes vitaux, neurologiques, état de conscience, glycémie capillaire
 - l'initiation et l'exécution de directives données par l'infirmière dans une perspective d'évaluation
 - les discussions et les informations données sur les changements cliniques qui ont été observés chez l'utilisateur
 - la consignation au dossier des observations des données objectives et subjectives en décrivant l'état et le comportement (verbal et non verbal) sans porter de jugement clinique

Champs de compétences

Soignants non professionnels (PAB)

- Met en œuvre ses **compétences d'assistance** en matière d'hygiène et de protection de l'intégrité de la peau selon le plan de travail ou les directives verbales données par l'infirmière et rapporte ses observations à l'infirmière
- Les PAB font parties de l'équipe soignante et doivent se conformer aux directives infirmières
(verbales ou via le plan de travail)

Compétences d'assistance du PAB

- L'inspection visuelle (observation) quotidienne de la peau est capitale
 - Durant le bain
 - L'habillement
 - L'assistance aux toilettes
 - Lors de transfert du lit au fauteuil et vice versa
 - Lors des mobilisations
- Assurer une hygiène rigoureuse et régulière de la peau, durant les soins d'hygiène, porter une attention particulière :
 - Sous les bas anti-emboliques
 - Sous la traction ou du matériel orthopédique
 - Près des bords des attelles ou plâtre
 - Si utilisation de contentions physiques
 - Sous et au pourtour des bottes de décharge, etc.

Compétences d'assistance du PAB

- Maintenir la personne au sec et aviser du décompte de culottes et literie (selles, urine), transpiration excessive, la moiteur
- Éviter les plis dans les draps
- Surveiller étroitement les points d'appui (surtout si confinement au lit ou fauteuil)
- Hydrater la personne selon PTI (via directive verbale ou au plan de travail)
- Changer la personne selon l'horaire de positionnement (via directive verbale ou au plan de travail)
- Mobiliser ou encourager les changements de position au fauteuil
- Assurer une surveillance étroite de la prise d'aliments durant les repas
- Aviser l'infirmière de vos observations, elles sont précieuses

Compétences d'assistance du PAB

- Aider la personne à se soulever et éviter que la peau frotte sur les draps ou qu'elle glisse contre les draps ou au fauteuil
- Écouter les remarques et respecter la pudeur de la personne
- Utiliser les dispositifs de réduction de la pression (recommandés par l'ergothérapeute), les matelas, coussinets, arceaux cerceaux adéquatement, coussin sous les chevilles et les bras pour surélever les talons et le coude
- Utiliser adéquatement les produits de soins et d'hygiène selon la routine
- Aviser l'infirmière si présence de la moindre rougeur, lésion de la peau, déchirure, etc.
- Aviser l'infirmière si la personne se plaint de douleur ou semble souffrante
- Maintenir une bonne hygiène corporelle et une bonne hydratation de la peau à l'aide des produits d'hygiène

Prévention (par l'infirmière)

- **1^e étape :**
 - Évaluation rigoureuse de l'état de santé afin d'identifier les facteurs de risque et par le moyen d'évaluation: Échelle de Braden
- **2^e étape :**
 - Déterminer chez tous les usagers le niveau de risque des plaies (score obtenu à l'échelle de Braden) et dans le cas d'un risque, formuler un constat PTI
- **3^e étape :**
 - Recueillir les données et observations nécessaires à l'évaluation, réévaluation et au suivi, dont les facteurs de risque
- **4^e étape :**
 - Déterminer ou ajuster le PTI. Formuler des directives infirmières en matière de surveillance et d'interventions préventives en précisant la cible de chaque directive infirmière et la modalité de transmission.
 - Ex.: Mobiliser q 2 heures (dir.verbale PAB)

Déterminer le niveau de risque de plaie de pression

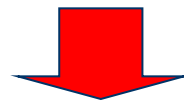
Moyens d'évaluation :

Histoire clinique

Échelle de Braden ©

Examen visuel de la peau

- Antécédents du patient : facteurs intrinsèques et extrinsèques
- Condition de santé actuelle
- Trajectoire du patient
- Résultats des tests diagnostiques
- Évaluation de la plaie



Aucun risque

Risque faible
à modéré

Risque élevé
à très élevé
(ou sévère)

Présence de
plaie de
pression

Constat de l'évaluation au Plan thérapeutique
infirmier (PTI)

Comment évaluer les facteurs de risque... un moyen

- Échelle de Braden : Outil d'évaluation fiable et validé à compléter permettant de déterminer le risque de développer une plaie de pression. Les interventions prévues en fonction du niveau de risque identifié sont justifiées par des résultats probants.
 - 6 paramètres d'évaluation
 - Perception sensorielle (4 points)
 - Humidité (4 points)
 - Activité physique (4 points)
 - Mobilité (4 points)
 - Alimentation (4 points)
 - Friction et cisaillement (3 points)
 - Total (23 points)
 - Attention : un outil d'évaluation ne remplace jamais le jugement clinique de l'infirmière
 - Important : Aviser l'infirmière de vos observations dans les plus brefs délais (inf.aux. et PAB)

Échelle de Braden

- Niveau de risque : pointage possible le plus bas 6, le plus élevé 23
 - Le résultat est inversement proportionnel au niveau de risque
 - Faible risque = 15 à 18 points
 - Risque modéré = 13 ou 14 points
 - Risque élevé = 10 à 12 points
 - Risque très élevé ou sévère = 9 points et moins

Présentation de l'échelle de Braden modifiée et Échelle de Braden voir version papier (formulaire)

CRITÈRES	OBSERVATIONS	PONDÉRATION
Perception sensorielle (capacité à répondre à un inconfort dû à la pression)	<ul style="list-style-type: none"> ● Complètement limitée ● Très limitée ● Légèrement limitée ● Intacte 	1 2 3 4
Humidité (degré d'exposition de la peau à l'humidité)	<ul style="list-style-type: none"> ● Constamment humide ● Souvent humide ● Occasionnellement humide ● Rarement humide 	1 2 3 4
Degré d'activité physique	<ul style="list-style-type: none"> ● Confiné au lit ● Confiné au fauteuil roulant ● Marche occasionnellement ● Marche régulièrement 	1 2 3 4
Mobilité (capacité à changer de position)	<ul style="list-style-type: none"> ● Complètement morbide ● Mobilité très limitée ● Mobilité légèrement limitée ● Aucune limitation de mobilité 	1 2 3 4
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ● Mauvaise ● Probablement inadéquate ● Suffisante ● Excellente 	1 2 3 4
Friction et cisaillement	<ul style="list-style-type: none"> ● Situations souvent présentes ● Situations occasionnellement présentes ● Pas de problèmes de positionnement 	1 2 3

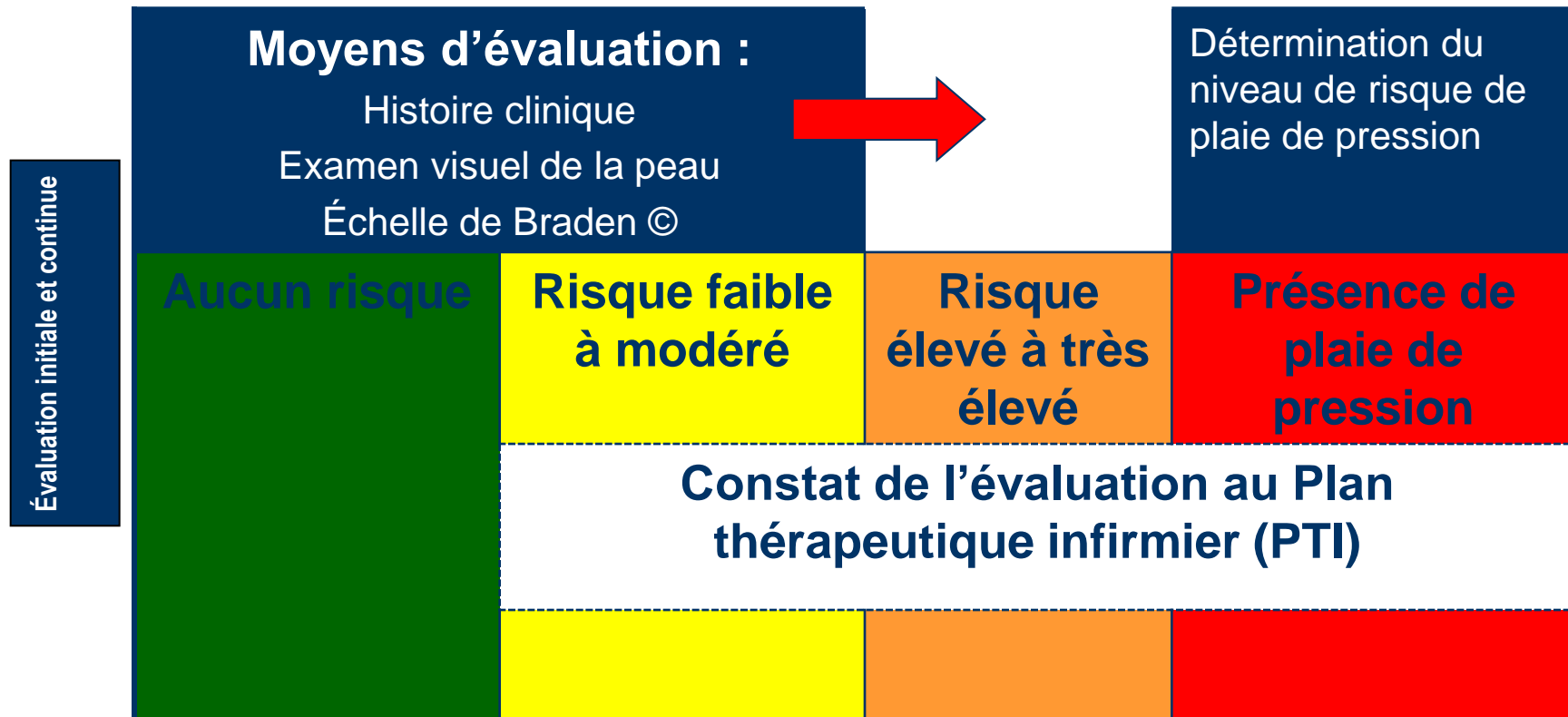
Évaluer les facteurs de risque de développer une plaie de pression

Comment ? Quand ?

Et traces dans la documentation clinique

- **Évaluation initiale par l'infirmière** dans les 24 heures suivant l'admission dans une unité (inclus les transferts d'unité, le retour à l'unité suite à un transfert d'un autre Hôpital, etc.) de tous les usagers
 - Au moyen d'un outil d'évaluation des risques validé :
Utilisation systématique de l'Échelle de Braden lors de l'évaluation pour tous les usagers
 - Utilisation de l'échelle de Braden dûment complété au dossier
 - Identification dans la note au dossier des facteurs contribuant au risque de l'utilisateur de développer une plaie de pression
 - Élaboration d'un constat (au PTI) approprié, si un risque est identifié à partir de l'échelle de Braden (risque faible, modéré, élevé, très élevé/sévère).

Déterminer le niveau de risque de plaie de pression



Évaluer les facteurs de risque de développer une plaie de pression : Fréquence ? Et traces dans la documentation clinique

- Réévaluation périodique ou évaluation en cours d'évolution selon chaque type de clientèle. La fréquence des évaluations doit être adaptée selon l'évaluation initiale et la condition de santé de l'usager. Médecine et chirurgie
 - ex: médecine chirurgie: Toutes les 48 heures
- **Soins de longue durée (ex.: unités 108, 208, 204)**
 - Évaluation hebdomadaire, i.e. toutes les semaines pour un mois à compter de l'admission. L'infirmière procède à une évaluation en cours d'évolution et à une inscription au dossier du niveau de risque et des facteurs de risque de plaie de pression
Et ensuite
 - Mensuelle ou trimestrielle
 - Lors d'un changement significatif dans la condition de santé

Évaluer les facteurs de risque de développer une plaie de pression : Comment? Quand? Fréquence? Et traces dans la documentation clinique

- En cas de risque de plaie de pression (faible, modéré, élevé ou très élevé/sévère), dans la section constats de l'évaluation **au PTI**, on doit retrouver:
 - un constat de risque de plaie de pression avec le niveau de risque selon l'échelle de Braden – laquelle doit être dûment remplie au dossier
 - Le changement significatif en ce qui a trait au risque de plaie de pression, le cas échéant ou la résolution du problème
 - La fréquence de réévaluation du risque de plaie de pression (section suivi clinique au PTI)
 - *Réévaluation du risque de plaie de pression avec l'Échelle de Braden tous les jeudis pendant un mois*
 - Toutes les directives infirmières cruciales visant à prévenir l'apparition de plaies de pression ainsi que les ajustements (ajout, cessation) en fonction de l'évolution du risque de plaie de pression

Planification : objectifs et interventions

	Aucun risque	Risque faible à modéré	Risque élevé à très élevé	Présence de plaie de pression
Évaluation initiale et continue				
	Constat de l'évaluation au Plan thérapeutique infirmier (PTI)			
	Détermination du plan de soins et traitements infirmiers			
Planification : Objectifs et interventions				
	Détermination du suivi clinique au PTI et interventions préventives spécifiques			
				Interventions curatives et palliatives

Documenter l'évaluation du risque de plaie de pression (la preuve de l'évaluation clinique, rappel)

- Le résultat du niveau de risque de plaie de pression doit figurer systématiquement au dossier :
 - Au formulaire officiel de l'Échelle de Braden de l'Institut;
 - Dans la note d'évolution clinique, incluant la mention des facteurs contribuant au risque de développer une plaie de pression :
 - En présence d'un constat de risque de plaie de pression, le constat doit se retrouver au PTI, avec le suivi clinique à effectuer via les directives infirmières (dont les interventions)

Interventions préventives générales
et par niveau de risque et par type de risque
selon l'échelle de Braden

pouvant faire l'objet de
directives infirmières au
PTI



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

Interventions préventives générales pour la personne alitée ou en fauteuil roulant

- Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression si la personne est alitée ou en fauteuil
- Favoriser un horaire de positionnement q 2 heures ou plus fréquemment si la personne est à haut risque
- Encourager la personne à se mobiliser régulièrement au lit
- Procéder à des exercices passifs ou actifs pendant les AVQ, les soins ou les traitements
- Enseigner à la personne assise dans un fauteuil des exercices de transfert de poids qu'elle effectuera q 20 minutes
- Repositionner toutes les heures la personne immobile dans son fauteuil et ne pouvant effectuer elle-même ses exercices de transfert de poids
- Alimenter au fauteuil et non au lit
- Utiliser le levier mécanique si problème à la mobilisation/transfert
- Adapter le fauteuil adéquatement avec la collaboration de l'ergothérapeute
- Utiliser une alèse de positionnement au moment des mobilisations
- Protéger, en l'absence de surface thérapeutique, les coudes et les talons et les malléoles en présence de friction avec des protecteurs (utilisant le matériel fourni par l'ergo)

Risque faible – résultat de 15 à 18

- Tourner la personne régulièrement (préciser fréquence)
- Optimiser les mobilisations (préciser fréquence, rotation des positions)
- Contrôler l'humidité, maintenir une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement
- Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression si la personne est alitée ou en fauteuil
 - Considérer le niveau de risque suivant (modéré) si d'autres facteurs de risque importants sont présents (âge avancé, fièvre, apport nutritionnel en protéines inadéquat, etc.)

Interventions préventives

Risque modéré – résultat de 13 ou 14

- Planifier un horaire de positionnement (préciser)
- Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression
- Optimiser les mobilisations (préciser fréquence, rotation des positions)
- Utiliser les mesures pour protéger les talons (préciser)
- Contrôler l'humidité, maintenir une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement
 - Considérer le niveau de risque suivant (élevé) si d'autres facteurs de risque importants sont présents

Interventions préventives

Risque élevé – résultat de 10 à 12

- Augmenter la fréquence des changements de position (préciser)
- Prévoir de petites rotations de position supplémentaires (préciser fréquence)
- Utiliser une surface d'appui qui réduit la pression
- Optimiser les mobilisations (préciser fréquence, rotation des positions)
- Utiliser les mesures pour protéger les talons (préciser)
- Contrôler l'humidité, maintenir une bonne alimentation, réduire la friction et le cisaillement
 - Considérer le niveau de risque suivant (très élevé) si d'autres facteurs de risque importants sont présents

Interventions préventives

Risque très élevé\severe – résultat : 9 ou moins

- Toutes les interventions précédentes
- Utiliser une surface d'appui qui soulage la pression si la personne 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 préventives pour contrôler l'humidité

- Laver la peau au savon doux, dès que souillée, rincer à l'eau tiède, bien assécher, incluant les plis cutanés
- Garder la literie propre, sans humidité, sans pli et exempte de corps étranger
- Utiliser des produits cutanés qui protègent la peau (barrière cutanée) telles que les crèmes à base d'oxyde de zinc, de silicone, de gelée de pétrole
- Utiliser l'écran protecteur. (ex.: Dès le début des souillures par selles et/ou urine en tout temps)
- Établir une routine d'élimination sur la chaise d'aisance post repas à 8 h 30, 12 h 30, 17 h 30, 21 h
- Offrir le bassin de lit ou l'urinoir et un verre d'eau au moment des changements de position
- Visiter l'utilisateur chaque heure et changer immédiatement si souillé
- Utiliser des produits d'incontinence qui gardent la peau au sec
- Enseigner à l'utilisateur l'importance d'informer immédiatement le personnel lorsque sa culotte d'incontinence est souillée.

Interventions préventives pour améliorer l'état nutritionnel pouvant faire l'objet de directives infirmières au PTI

- S'assurer que la personne s'alimente adéquatement
- Assister la personne durant l'alimentation et aviser l'infirmière des refus (dir.écrite au plan de travail PAB)
- Noter les informations concernant l'alimentation et l'hydratation
- S'assurer du bon positionnement (tête-tronc)
- Offrir des collations à 10 h, 14 h et 19 h (dir.écrite au plan de travail PAB)
- Aviser l'inf. si (toux, difficulté à avaler, garde les aliments dans ses joues, inconfort, etc.)
- S'assurer du port des prothèses dentaires si nécessaires
- Agir rapidement pour corriger les problèmes alimentaires en avisant l'infirmière (dir.écrite au plan de travail PAB)

Demande d'intervention à la nutritionniste si nécessaire

Interventions additionnelles

- Ne pas masser des proéminences osseuses
- Ne pas utiliser de coussin en forme d'anneau (beigne)
- Maintenir une bonne hydratation
- Éviter l'assèchement de la peau
- **Il est important de dépister, évaluer et soulager la douleur pour améliorer l'activité et la mobilité**

Enseignement important pour la prévention

- **Enseigner :**
 - Comment les différentes forces mécaniques (pression, friction et cisaillement) jouent un rôle pour causer les plaies de pression
 - Importance du positionnement, des soins de la peau, du contrôle de l'humidité, du contrôle de la douleur, d'une alimentation optimale dans la prévention
 - Les modalités de transferts du lit au fauteuil
- **Enseignement à l'usager, ses proches, les membres de l'équipe de soins**
- **Favoriser la participation du patient et de sa famille et les informer des interventions préventives**

Rappel

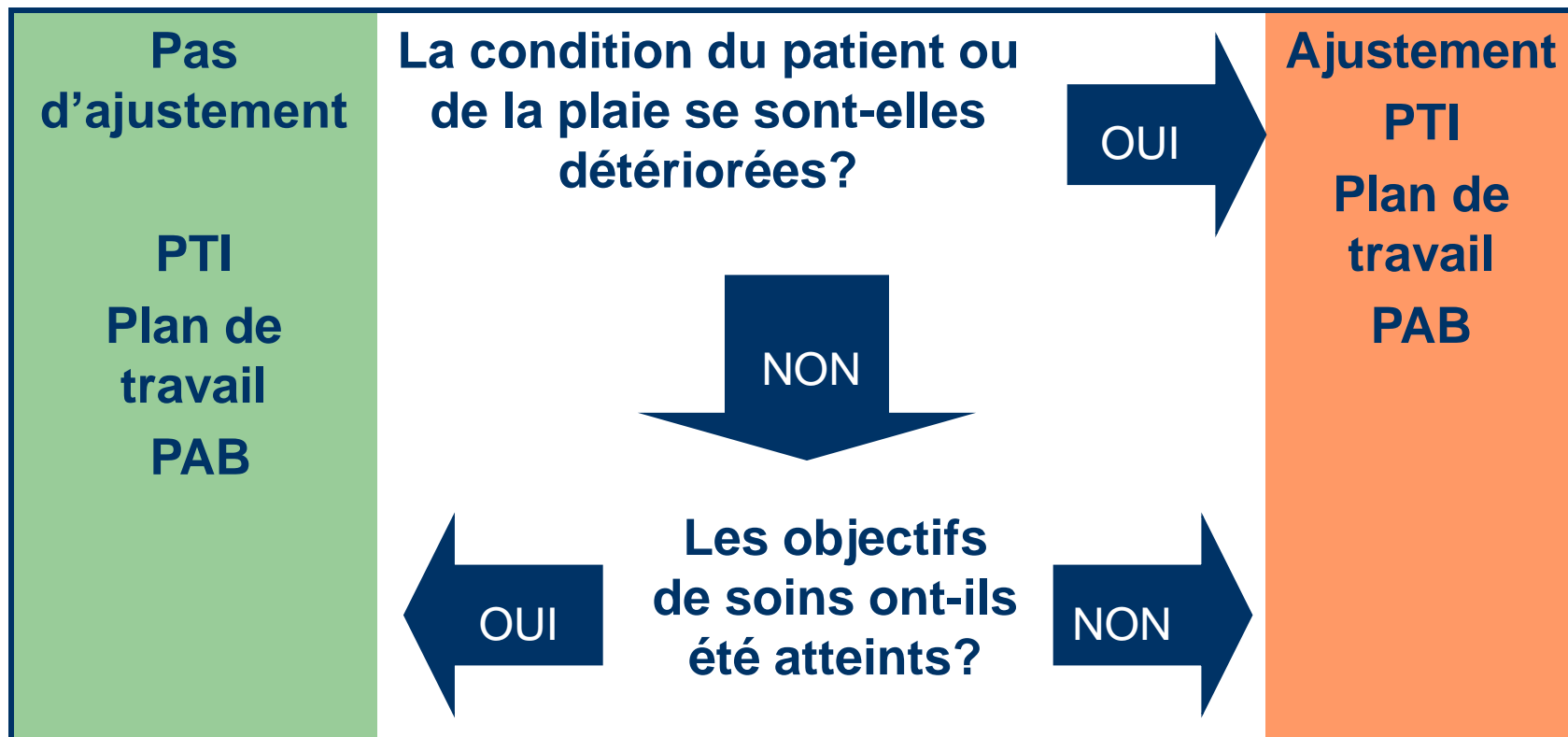
Objectifs et interventions spécifiques

Facteurs	Exemples d'interventions
Pression : durée et intensité	↑ mobilité, rappels fréquents d'alternance de la pression
Tolérance tissulaire due aux facteurs extrinsèques	Contrôle et diminution de l'humidité, de la friction, du cisaillement
Tolérance tissulaire due aux facteurs intrinsèques	↑ de l'apport protéino-énergétique et hydrique, favoriser la circulation

Planification : objectifs et interventions

	Aucun risque	Risque faible à modéré	Risque élevé à très élevé	Présence de plaie de pression
Évaluation initiale et continue				
	Constat de l'évaluation au Plan thérapeutique infirmier (PTI)			
	Détermination du plan de soins et traitements infirmiers			
Planification : Objectifs et interventions				
	Détermination du suivi clinique au PTI et interventions préventives spécifiques			
				Interventions curatives et palliatives

Réévaluer



Références intéressantes à consulter pour votre pratique professionnelle

- msi.aqesss.qc.ca
 - Évaluation des facteurs de risque en utilisant le formulaire d'évaluation du risque selon l'échelle de Braden (et section: Grille et Outils)
 - Prévention et prise en charge des plaies de pression: cadre de référence
- Contenu de cette présentation bientôt disponible dans Intranet, chemin: Documentation/communication // Volet clinique-Règles et procédures de soins //Contenu de formations//Prévention des plaies de pression

Références

- Allen, J. et Houghton, P.E. (2004). « A case study for electrical stimulation on a stage III pressure ulcer », *Wound Canada*, vol.2, no 1, p.34-36.
- Association canadienne du soin des plaies, www.cawc.net (juin, 2013)
- Braden, B.J. et Blanchard, (2007). « Risk assessment in pressure ulcer prevention », *Chronic Wound Care: A clinical Source Book for Healthcare Professionals*, 4^{ème} édition, Malvern (PA), HMP Communications, p. 593-608.
- Pieper, B. (2007). « Mechanical forces Pressure, shear, and friction ». *Acute and Chronic Wound: Current Management Concepts*, 3^{ème} édition, St-Louis, Mosby Elsevier, p.205-234.
- OIIQ (mai 2013). *Activité de formation continue: Les plaies de pression: de la prévention à l'intervention* .
- OIIQ. (2007). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier*, de l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter p.168-173.
- **MSSS** www.msss.gouv.qc.ca
 - **Plaie de pression**