

# 1 2 3 Prévenez !

## Diminuer l'apparition des plaies de pression, c'est l'affaire de tous !

### 1 Évaluer le risque

#### Fréquence et moment de l'évaluation :

- Urgence : dès qu'un usager «est couché», réévaluation 2 fois par semaine les mardi et vendredi et prn selon la condition clinique.
- Unité de soins : à l'admission, réévaluation 2 fois par semaine les mardi et vendredi et prn selon la condition clinique.
- Soins intensifs et unité coronarienne : évaluation die.

#### ÉCHELLE DE BRADEN ©

<b>PERCEPTION SENSORIELLE</b> Capacité de répondre de manière significative à l'inconfort causé par la pression	<b>1. COMPLÈTEMENT LIMITÉE</b> Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, due à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. <b>OU</b> A une incapacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps.	<b>2. TRÈS LIMITÉE</b> Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. <b>OU</b> A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps.	<b>3. LÉGÈREMENT LIMITÉE</b> Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. <b>OU</b> A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	<b>4. AUCUNE ATTEINTE</b> Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.
<b>HUMIDITÉ</b> Le degré d'humidité auquel la peau est exposée	<b>1. CONSTAMMENT HUMIDE</b> 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.	<b>2. TRÈS HUMIDE</b> La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.	<b>3. OCCASIONNELLEMENT HUMIDE</b> La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	<b>4. RAREMENT HUMIDE</b> La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.
<b>ACTIVITÉ</b> Le degré d'activité physique	<b>1. ALITÉ</b> Confinement au lit.	<b>2. CONFINEMENT AU FAUTEUIL</b> 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.	<b>3. MARCHÉ À L'OCCASION</b> 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.	<b>4. MARCHÉ FRÉQUEMMENT</b> 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.
<b>MOBILITÉ</b> Capacité de changer et de contrôler la position de son corps	<b>1. COMPLÈTEMENT IMMOBILE</b> Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	<b>2. TRÈS LIMITÉE</b> 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.	<b>3. LÉGÈREMENT LIMITÉE</b> Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	<b>4. NON LIMITÉE</b> Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.
<b>NUTRITION</b> Profil de l'alimentation habituelle	<b>1. TRÈS PAUVRE</b> 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. <b>OU</b> Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	<b>2. PROBABLEMENT INADÉQUATE</b> Mange rarement un repas complet et ne 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. <b>OU</b> Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage.	<b>3. ADÉQUATE</b> 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 s'il est offert. <b>OU</b> Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels.	<b>4. EXCELLENTE</b> 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.
<b>FRICION ET CISAILLEMENT</b>	<b>1. PROBLÈME</b> L'usager 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 le fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	<b>2. PROBLÈME POTENTIEL</b> L'usager 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.	<b>3. AUCUN PROBLÈME APPARENT</b> L'usager 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.	

## ② Faire le constat d'évaluation et le suivi clinique

- Déterminer le score pour chacun des facteurs de risque sur l'autocollant prévu à cet effet, puis apprécier le risque global de développer une plaie de pression :

Résultat	Risque
15 à 18	Risque faible
13 à 14	Risque modéré
10 à 12	Risque élevé
≤ 9	Risque très élevé

- Inscrire au PTI « Risque de plaie de pression ».
- Documenter dans les notes infirmières le niveau de risque: absence, faible, modéré, élevé ou très élevé.
- Instaurer des interventions préventives standards **dès que l'utilisateur présente un risque faible**. La directive « Effectuer les soins standards pour prévenir les plaies de pression » est inscrite au PTI.

Ces interventions sont :

1. Surveiller les proéminences osseuses et l'intégrité de la peau.
2. Instaurer une horloge de positionnement et alterner les positions aux 2 heures.
3. Réduire la pression sur les proéminences osseuses (particulièrement talon et sacrum).
4. Réévaluer le risque de plaie de pression 2 fois par semaine pour les unités de soins et l'urgence, et une fois par semaine pour les unités de soins intensifs et l'unité coronarienne et prn selon la condition clinique.

## ③ Déterminer les directives particulières

- Instaurer des interventions préventives supplémentaires **quand l'utilisateur présente un risque modéré à très élevé**. Celles-ci sont choisies en fonction des facteurs de risque les plus importants pour chaque usager. La liste suivante contient des suggestions d'interventions qui peuvent être inscrites au PTI à titre de directives infirmières.
- D'autres facteurs non évalués par l'échelle de Braden peuvent influencer le risque de développer une plaie de pression, par exemple : diabète, âge avancé, maladie vasculaire artérielle périphérique, instabilité hémodynamique, dénutrition, atteinte cognitive, déshydratation, etc. Ils nécessitent des mesures préventives adaptées. L'infirmière les établit en fonction de son jugement clinique.

<b>Perception sensorielle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soulager la douleur, viser douleur ≤ 3</li> <li>• Utiliser un mode de communication adapté</li> </ul>
<b>Humidité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer un horaire d'élimination</li> <li>• Amener aux toilettes selon l'horaire d'élimination</li> <li>• Offrir le bassin de lit</li> <li>• Vérifier la protection d'incontinence aux changements de position aux 2 heures</li> <li>• Appliquer le protocole d'incontinence de l'HMR</li> <li>• Appliquer des soins d'hygiène avec un nettoyant pour l'incontinence</li> <li>• Utiliser une barrière cutanée sur la peau saine et/ou irritée</li> <li>• Changer la literie au besoin</li> </ul>
<b>Activité/Mobilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager l'utilisateur à se mobiliser en fonction de ses capacités</li> <li>• Soulager la douleur afin de favoriser la mobilité ; viser douleur ≤ 3</li> <li>• Asseoir au fauteuil aux repas</li> <li>• Installer un oreiller sur le sens de la longueur sous les mollets afin de soulager la pression sur les talons</li> <li>• Positionner latéralement avec des oreillers et des coussins</li> </ul>
<b>Nutrition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'aide aux repas et planifier l'assistance requise</li> <li>• Encourager l'apport en protéines et en calories</li> <li>• Stimuler l'hydratation (1500 ml die sauf si restriction liquidienne)</li> <li>• S'informer des préférences alimentaires et en informer la technicienne en nutrition</li> <li>• Mettre en place un dosage des ingestas et excréta</li> </ul>
<b>Friction et cisaillement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir la tête de lit le plus bas possible (maximum 30 degrés) selon la tolérance de l'utilisateur</li> <li>• Utiliser un piqué lors des mobilisations, l'installer des épaules aux genoux</li> <li>• Protéger les proéminences osseuses lors des changements de position</li> <li>• Éviter la position assise à 90 degrés au lit sur une longue période</li> </ul>