

SOINS DE LA PEAU

Mise en situation (suite)

En raison d'un érythème fessier, une crème TRIAD peut être appliquée au siège. Puisque vous êtes dans la chambre et déjà avec l'équipement de protection individuelle, l'infirmière vous demande d'appliquer cette crème lors du prochain soin d'hygiène.



Selon vous...

- Pouvez-vous exécuter cette demande?
- Quelles sont les conditions pouvant mener à une lésion de pression?



Image repérée à
: <https://pixabay.com/images/search/lotion/>

Soins de la peau: présentation narrée



La prévention et le traitement des lésions de pression, c'est PEAU-CIBLE!



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides**

Québec 

Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique

**Formation à
l'intention des
préposés aux
bénéficiaires d'une
durée de 30 minutes**

**octobre
2017**





Objectif de la formation

Offrir des soins de *qualité et sécuritaires* par l'application d'un *programme interdisciplinaire de prévention des lésions de pression.*

Cette formation s'inscrit dans le cadre des pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada



De 70 à 90 % des lésions de pression peuvent être prévenues

(WoundsCanada, 2017)





INTRODUCTION





INTRODUCTION

Une lésion de pression peut se former en quelques heures mais prendre des mois et même des années à guérir.

Selon une étude effectuées sur les coûts de traitements, les lésions de pression nosocomiales peuvent entraîner des coûts variant de 44 000\$ pour une lésion de stade 2 à 90 000\$ pour une lésion de stade 4 (Wounds Canada, 2017).

Conséquences nombreuses:

- **Infection, ostéomyélite, septicémie, fistule, cancer, amputation, perte de protéines, douleur, décès.**





PLAN DE LA PRÉSENTATION

Définition
Physiopathologie
Facteurs de risque
Les principaux sites
Mesures préventives
Rôle du PAB

DÉFINITION

Une lésion de pression est une région localisée de nécrose tissulaire qui tend à se développer lorsque des tissus mous sont comprimés entre une proéminence osseuse (ex. : calcanéum du talon, coccyx, ischions) et une surface extérieure dure (ex. : matelas, fauteuil roulant, plâtre, tubulure) durant une période prolongée (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016).

Synonymes : plaie de pression, ulcère de décubitus ou plaie de lit.

Selon les nouvelles lignes directrices, « lésion de pression » est le terme à utiliser (RNAO, 2016; NPUAP, 2016)





PHYSIOPATHOLOGIE

Trois variables déterminantes des effets pathologiques de la pression :

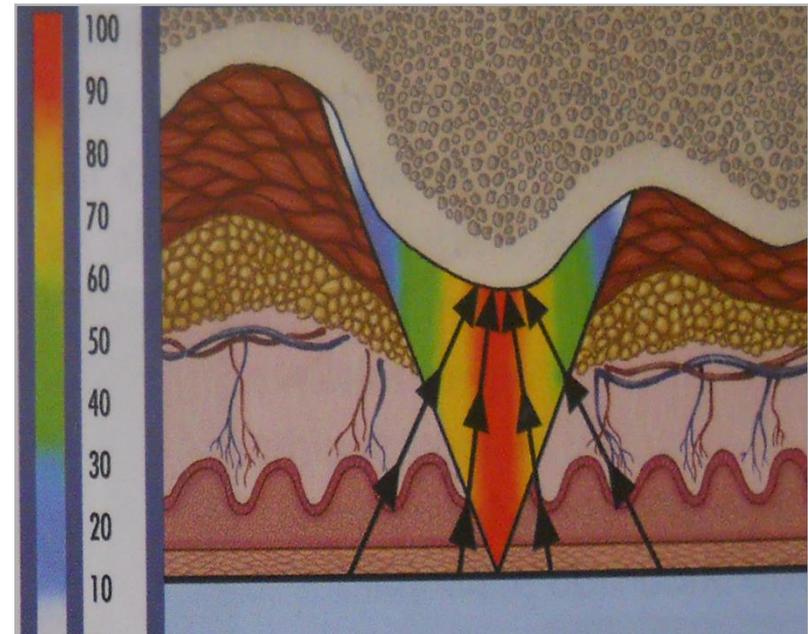
- La résistance des tissus
- L'intensité de la pression
- La durée de la pression

*En assurant la **mobilisation** des usagers, aux **deux heures**, nous réduisons la durée de la pression et nous prévenons des lésions de pression.*

PHYSIOPATHOLOGIE

L'effet de cône ou gradient de pression :

La lésion se développe en profondeur au niveau de la saillie osseuse et évolue ensuite vers la périphérie.



Pression OIIQ, 2007

FACTEURS DE RISQUE

Facteurs intrinsèques (impossibles ou difficiles à modifier):

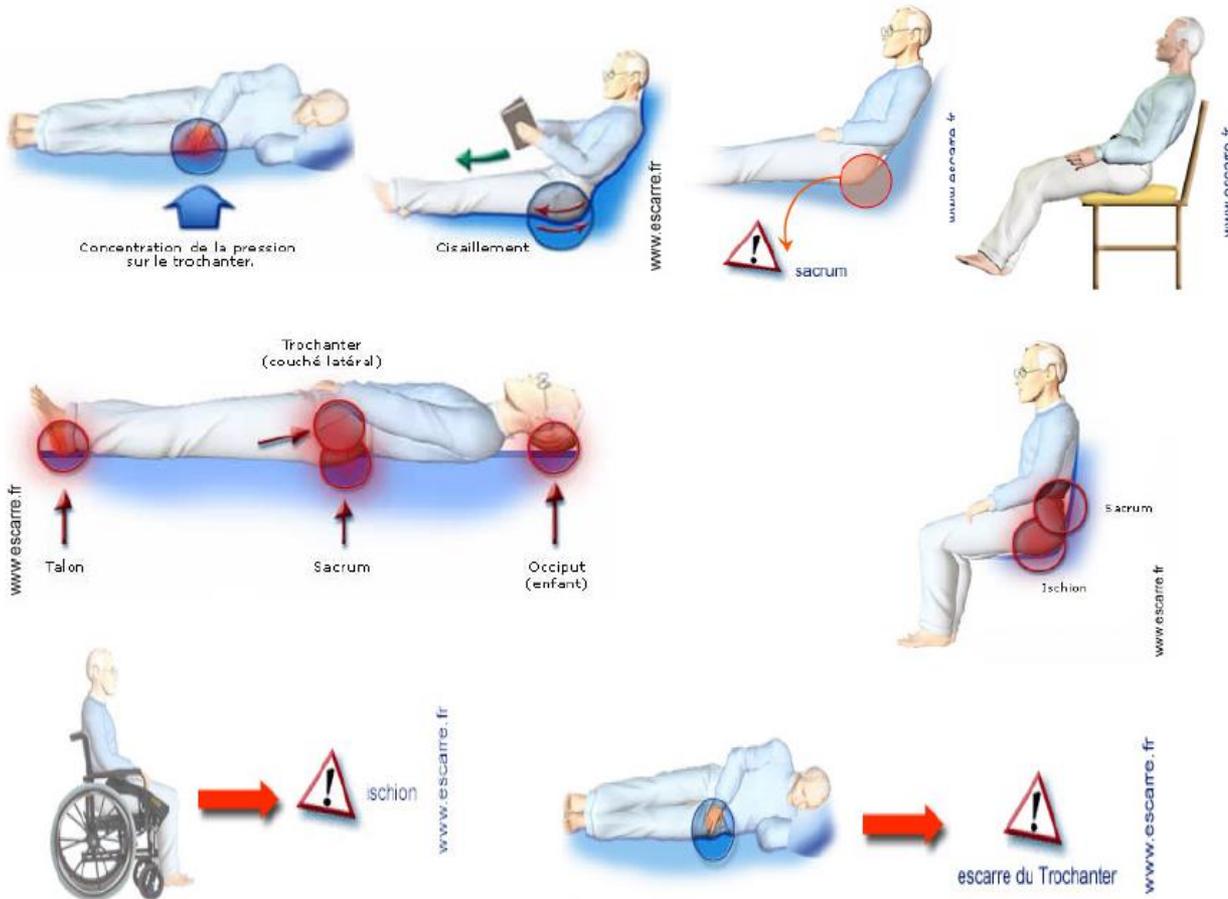
- L'âge, les chirurgies (ex. : PTH), les maladies concomitantes (ex. : MPOC, DB, MAP), la médication, le tabagisme et la douleur
- La perception sensorielle et l'état de conscience (ex. : AVC)
- La mobilité et les activités (ex. : quadraplégie)
- L'état nutritionnel et l'hydratation

Facteurs extrinsèques : (facteurs modifiables)

- La pression
- Le cisaillement
- La friction
- L'humidité



PRESSION



Décubitus dorsal :
Coccyx : 40 – 70 mmHg
Talons : 30 – 40 mmHg

Position latérale :
Hanche : 70 – 95 mmHg

Position assise :
Ischion : 300 – 500 mmHg

Attention à certains sites plus marginaux tel que le bord du méat urinaire, l'oreille, le nez, les vertèbres, un moignon.



FRICTION

La friction est une force mécanique qui s'exerce lorsque la peau bouge parallèlement contre une surface (drap, alèse, chaussures, etc.). Sous l'effet de la friction, la peau s'irrite et devient plus fragile à l'apparition de plaies (abrasion de l'épiderme). La friction augmente les dommages causés par la pression sur la peau.



Source: <https://destinationsante.com/chaussures-neuves-eviter-ampoules-aux-pieds.html>



CISAILLEMENT

Le cisaillement survient lorsque deux forces s'opposent (ex. : la gravité entraîne le corps dans une direction et l'adhérence de la peau aux draps le retient dans l'autre direction). Le cisaillement augmente les dommages causés par la pression.



HUMIDITÉ

L'exposition prolongée à des liquides ou vapeur d'eau entraîne la macération de la peau, ce qui diminue sa résistance et favorise la prolifération des bactéries.

Par exemple:

- *Urine*
- *Selles*
- *Transpiration*
- *Œdème*
- *Exsudat d'une plaie*



PRÉVENTION

Mesures préventives (cette liste n'est pas exhaustive)

Positionnement	Alternier la position q 2 heures au lit et changer le positionnement q heure au fauteuil (repositionnement des points de pression q 15 minutes au fauteuil)
	Maintenir la tête de lit inférieur à 30 degrés d'élévation
	Maintenir les talons dans le vide en installant un oreiller sous les jambes
	Éviter de glisser la personne lors des mobilisations.
	Si la condition de santé le permet, lever la personne 2 fois par jour
Alimentation	Stimuler l'alimentation et aider à la collectes des informations servant au bilan alimentaire
Soins de la peau	Appliquer le protocole de soins de la peau (après évaluation infirmière)



PROTOCOLE DE SOINS DE LA PEAU

Protocole de soins de la peau Aide-mémoire

NETTOYER	<p>ÉTAPE 1 : NETTOYER DÉLICATEMENT LA PEAU</p> <p>Nettoyant AVEC rinçage pour le CORPS et CHEVEUX</p> <p>MODE D'EMPLOI (Bain ou douche) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser 3 pulvérisations sur une débarbouillette humide, essorée et tiède. Faire mousser, rincer à fond et répéter au besoin <p>MODE D'EMPLOI (Shampooing) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mouiller les cheveux. Faire mousser, rincer à fond et répéter au besoin  <p>Gelée Bain extra doux</p>	
	<p>Nettoyant SANS rinçage pour les SOINS D'INCONTINENCE</p> <p>MODE D'EMPLOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Appliquer 2-3 pulvérisations ou jets sur une débarbouillette humide, essorée et tiède Nettoyer délicatement toute la région de l'avant vers l'arrière Assécher en épongeant délicatement <p>N.B. Les lingettes humides sont réservées pour les soins de nuit</p> <p style="background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center;">Le crème Tena est réservée pour les peaux fragiles. Appliquer suite à l'évaluation de l'infirmière (Directives au PTI)</p>  <p>Spray Sensi-Care Lotion Tena Lingette Tena</p>	
PROTEGER	<p>ÉTAPE 2 : RÉDUIRE L'EXPOSITION DE LA PEAU À L'HUMIDITÉ LIÉE À L'INCONTINENCE</p> <p>BARRIÈRE CUTANÉE PROTÉCTRICE</p> <ul style="list-style-type: none"> Préviend l'apparition de rougeurs en présence d'incontinence Soulage l'irritation légère à modérée de la peau causée par l'humidité Crée un film protecteur contre les irritants (ex. : selles, diarrhées, urines, exsudat) Peut être appliqué sur une zone dénudée (érosion) <p>MODE D'EMPLOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer et assécher la peau tel que mentionnée à l'étape 1 Étendre une mince couche de barrière cutanée protectrice Répéter l'application après chaque épisode d'incontinence et après le soin d'hygiène Éviter d'essuyer le surplus dans la culotte de protection Éviter de frotter, ni de faire pénétrer dans la peau Si C. Difficile, utiliser dès l'apparition des diarrhées et jusqu'à la résolution pour prévenir la dermatite d'incontinence <p>Appliquer suite à l'évaluation de l'infirmière (Directives au PTI)</p>  <p>Crème Aïd Secura</p>	
	<p>ÉTAPE 3 : HYDRATER LA PEAU</p> <p>LOTION SWEEN® :</p> <ul style="list-style-type: none"> hydratant corporel quotidien pour tout le corps <p>CRÈME SWEEN 24® :</p> <ul style="list-style-type: none"> crème hydratante à diméthicone qui apaise la peau sèche, squameuse et qui démange. Effet de 24 heures <p>CRÈME ATRAC-TAIN® :</p> <ul style="list-style-type: none"> crème hydratante à base d'urée 10 % traite la peau extrêmement sèche, craquelée ou hyperkératosée <p>MODE D'EMPLOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Appliquer une petite quantité sur la peau tous les jours, idéalement dans les minutes suivant le bain Éviter l'application dans les plis cutanés et entre les ongles <p>N.B. Crème Sween 24® et Crème ATRAC-TAIN® : Appliquer suite à l'évaluation de l'infirmière (Directives au PTI)</p>  <p>Lotion Sween Crème Sween 24 Crème Atrac-Tain</p>	

TANTER : APPLICATION PAR UN PROFESSIONNEL	<p>TRAITEMENT DE PLAIES DIFFICILES À PANSER (ex. : ulcère péronéal)</p> <p>Pâte hydrophile TRIAD™</p> <ul style="list-style-type: none"> Stimule la cicatrisation en milieu humide Favorise le déroulement autolytique Combine un adhésif superficial Protège les tissus de granulation Absorbe l'excès de <p>CONTRA-INDICATIONS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Allergie ou sensibilité à l'une ou l'autre de ses composantes Plaies exposant des structures profondes Plaies infectées (ex. : infection fongique) Drains ou 3e degré Ulcères artériels <p>MODE D'EMPLOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer la plaie avec le NaCl 0,9 % Prélever la crème du tube de manière aseptique Appliquer dans le lit de la plaie (épaisseur d'un 10 g) Répéter l'application après chaque épisode d'incontinence et après le soin d'hygiène Après 5 à 7 jours, nettoyer complètement et appliquer à nouveau Pour le retrait du Triad™, utiliser NaCl 0,9 % sur une compresse et laisser en place 2 à 5 minutes, puis retirer délicatement la plaie Triad™  <p>Triad™</p>	
	<p>TRAITEMENT DES INFECTIONS DES PLS CUTANÉES (Tenter de combiner 2 types d'antifongique en même temps)</p> <p>Pls cutanées SANS CONTACT avec des fluides biologiques (ex. : sous les seins, axillaires, plis abdominaux)</p> <p>Pansement Kerlix AMD (antimicrobien au PHMB 0,2 %)</p> <p>MODE D'EMPLOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> SECOUER : Nettoyer et assécher la peau tel que mentionnée à l'étape 1 PRÉPARER : Nettoyer avec NaCl 0,9 % Assécher en épongeant délicatement Mesurer et couper le longeur nécessaire pour couvrir le rougeur dans le pli cutané Placer dans le pli cutané, une ou deux épaisseurs et s'assurer de l'absence de pli Changer le pansement Kerlix AMD tous 3 jours Si souille avant 3 jours, retirer le pansement, nettoyer, assécher, soigner la peau et en remettre un nouveau <p>N.B. L'usage d'une crème antifongique peut être indiqué dans le traitement d'une infection fongique d'un pli cutané sans contact avec des fluides biologiques. Voir section 0-Deuxus.</p> <p>Pls cutanées à RISQUE DE CONTACT avec des fluides biologiques (ex. : ulcère péronéal, aine)</p> <p>Crème antifongique</p> <p>MODE D'EMPLOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer et assécher la peau tel que mentionnée à l'étape 1 Appliquer la crème antifongique en mince couche Couvrir avec la barrière cutanée protectrice (ex. : Crème-Aïd Clear ou Secura) Répéter CEE à BID, selon prescription médicale, ordonnance collective ou directives du fabricant <p>N.B. La combinaison d'un antifongique et d'une crème d'hydratation est parfois nécessaire dans les cas plus sévères</p>  <p>Crème Aïd (PHMB)</p> <p>Appliquer suite à l'évaluation de l'infirmière (Directives au PTI)</p> 	



1. Ce document est une reproduction de l'ouvrage « Soins de la peau » de la Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. Il est destiné à être utilisé par les professionnels de la santé dans le cadre de leur pratique professionnelle. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la Direction des soins infirmiers et de l'éthique clinique est formellement interdite.

Appliquer le protocole... par qui?

Évaluation infirmière requise

Savon sans rinçage, crème hydratante et crème barrière

Préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières

Crème pansement Triad

Infirmières auxiliaires et infirmières

Crème contenant un médicament

infirmières auxiliaires et infirmières

Certaines installations utilisent d'emblé le savon sans rinçage. Veuillez vous référer aux directives de vos milieux respectifs.



NETTOYER

ÉTAPE 1 : NETTOYER DÉLICATEMENT LA PEAU

Nettoyant **AVEC** rinçage pour le **CORPS et CHEVEUX**

MODE D'EMPLOI/Bain ou douche :

- Utiliser 3 pulvérisations sur une débarbouillette humide, essorée et tiède. Faire mousser, rincer à fond et répéter au besoin

MODE D'EMPLOI/Shampooing :

- Mouiller les cheveux. Faire mousser, rincer à fond et répéter au besoin



Gentle Rain extra doux

Nettoyant **SANS** rinçage pour les **SOINS D'INCONTINENCE**

MODE D'EMPLOI :

- Appliquer 2-3 pulvérisations ou jets sur une débarbouillette humide, essorée et tiède
- Nettoyer délicatement toute la région de l'avant vers l'arrière
- Assécher en épongeant délicatement

N.B. Les lingettes humides sont réservées pour les soins de nuit



Sproam



Sensi-Care



Lotion Tena



Tena

**Le crème Tena est réservée pour les peaux fragiles.
Appliquer suite à l'évaluation de l'infirmière
(Directives au PTI)**

Certains produits ne sont pas représentés dans le protocole, veuillez vous référer aux directives du fabricant.



ÉTAPE 2 : RÉDUIRE L'EXPOSITION DE LA PEAU À L'HUMIDITÉ LIÉE À L'INCONTINENCE

PROTÉGER

BARRIÈRE CUTANÉE PROTECTRICE

- Prévient l'apparition de rougeurs en présence d'incontinence
- Soulage l'irritation légère à modérée de la peau causée par l'humidité
- Crée un film protecteur contre les irritants (ex. : selles, diarrhée, urines, exsudat)
- Peut être appliqué sur une zone dénudée (érosion)

MODE D'EMPLOI :

- Nettoyer et assécher la peau tel que mentionnée à l'étape 1
- Étendre une mince couche de barrière cutanée protectrice
- Répéter l'application après chaque épisode d'incontinence et après le soin d'hygiène
- Éviter d'essuyer le surplus dans la culotte de protection
- Éviter de frotter, ni de faire pénétrer dans la peau
- Si C. Difficile, utiliser dès l'apparition des diarrhées et jusqu'à la résolution pour prévenir la dermatite d'incontinence

Appliquer suite à l'évaluation de
l'infirmière
(Directives au PTI)



Critic Aid



Sécura



HYDRATER

ÉTAPE 3 : HYDRATER LA PEAU

LOTION SWEEN® :

- hydratant corporel quotidien pour tout le corps

CRÈME SWEEN 24® :

- crème hydratante au diméthicone qui apaise la peau sèche, squameuse et qui démange. Effet de 24 heures

CRÈME ATRAC-TAIN® :

- crème hydratante à base d'urée 10 % traitant la peau extrêmement sèche, craquelée ou hyperkératosée

MODE D'EMPLOI :

- Appliquer une petite quantité sur la peau tous les jours, idéalement dans les minutes suivant le bain
- Éviter l'application dans les plis cutanés et entre les orteils

N.B. Crème Sween 24® et
Crème ATRAC-TAIN® :
Appliquer suite à l'évaluation
de l'infirmière
(Directives au PTI)



Lotion Sween



Crème Sween 24



Crème Atrac-Tain



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

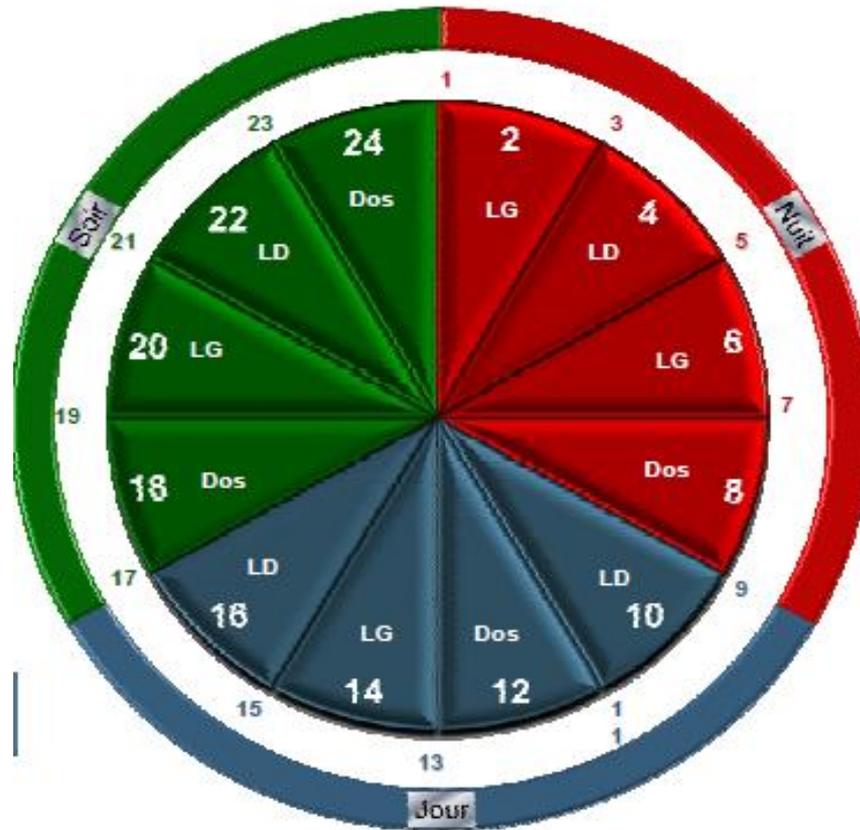
Québec

PÂTE PANSEMENT TRIAD



Ce produit s'applique dans une plaie.
Il ne doit pas être appliqué par le PAB

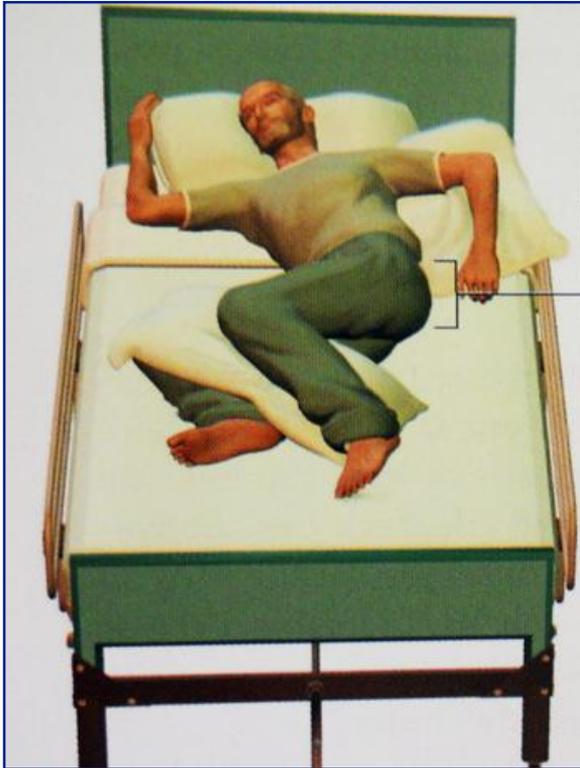
HORLOGE DE POSITIONNEMENT



Installer cette affiche à la tête de lit de tout usager à risque de lésion de pression afin d'assurer sa mobilisation aux 2 heures. De plus, faire suivre cette affiche lors des transferts ou des examens d'une durée de plus de 2 heures.



POSITIONS RECOMMANDÉES

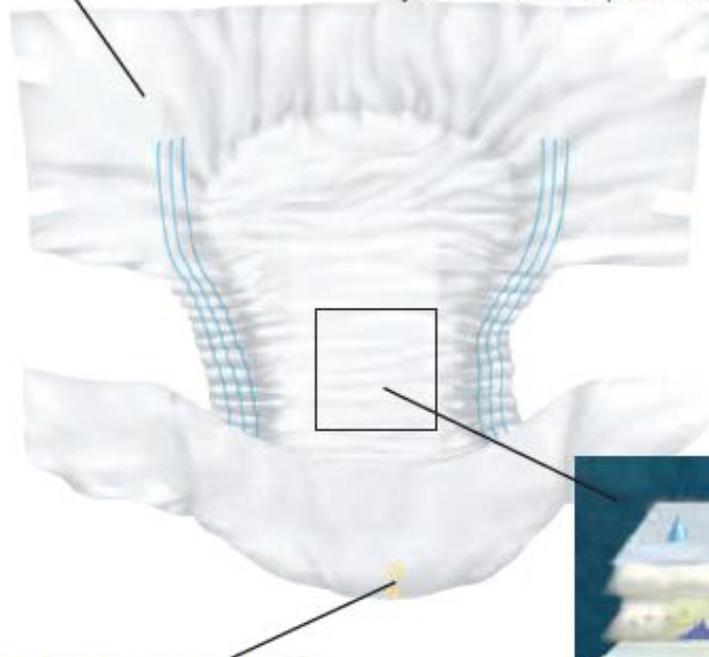


- Lorsqu'en position dorsale, limiter la hauteur de la tête de lit à 30 degrés (sauf lors du repas, un examen ou un traitement et ce, pendant maximum une heure).
- Remonter le pied du lit de 10 degrés pour réduire le cisaillement.
- Au fauteuil, repositionner au moins à chaque heure et encourager les « push up » et balancement du corps de gauche à droite, aux 15 minutes.

CULOTTE D'INCONTINENCE

LE SYSTÈME À MICROCRAMPONS UNIQUE DE TENA® permet une fixation sûre n'importe où sur la culotte et une réutilisation illimitée

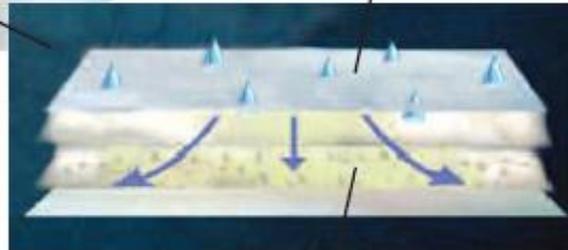
LA DOUBLURE IMPERMÉABLE protège les vêtements et la literie de l'humidité. Celle-ci est recouverte d'une douce pellicule qui n'irrite pas la peau et est moins bruyante lors des déplacements.



IMPORTANT:

Bonne grandeur, bon ajustement. Un produit absorbant qui s'ajuste étroitement favorisera l'absorption uniforme du liquide, aidera à prévenir les fuites et sera plus confortable à porter.

Matelas (partie blanche) aspire le liquide loin de la peau (l'effet buvard).



L'INDICATEUR D'HUMIDITÉ prévient le personnel soignant que la culotte est souillée et doit être vérifiée.

Polymère (superabsorbant) intégré à la partie blanche transforme les liquides en gel et garde la peau au sec.

- Seulement si personne incontinente
- Bonne taille
- Bon ajustement
- Pas de secouage de la culotte
- Pas de superposition (ex. : serviette ou pad dans la culotte)
- Pas d'essuyage de crème dans la culotte
- À changer après chaque selle, sans délai



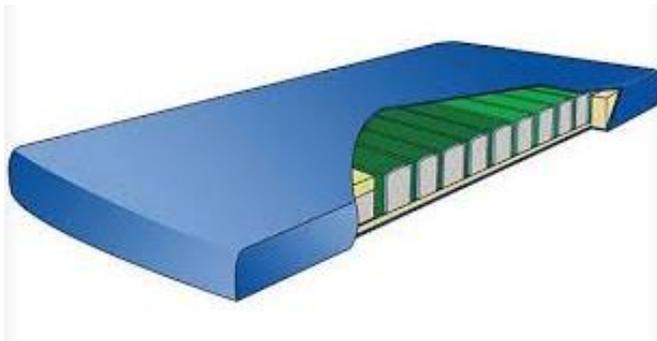
SURFACES CURATIVES:

Vous devez vous référer aux directives du manufacturier pour avoir un usage conforme de ces surfaces.





SURFACES CURATIVES:



Peu importe la surface, qu'elle soit préventive ou curative, avec ou sans rotation, thérapeutique ou non... Il faut que l'usager à risque de lésion de pression soit mobilisé au moins aux 2 heures.



AUTRE MATÉRIEL DE RÉDUCTION DE PRESSION

- Coussin d'air Roho
- Coussin de gel
- Coussin de mousse viscoélastique
(Ne pas appliquer les trois coussins ci-haut par-dessus une surface thérapeutique)
(Ne pas ajouter de piqué par-dessus ces coussins)
- Module de positionnement
- Botte dégageement du talon
- Support de couvertures



DÉGAGEMENT DES TALONS

Placer les oreillers sur le sens de la longueur afin d'éviter les points de pression.



Oreiller

Dès l'apparition d'une rougeur ne disparaissant pas 30 minutes après le retrait de la pression. Installer le coussin de type Pyramédic ou l'oreiller sous la jambe, du genou à la cheville, les talons dans le vide.

Éviter les oreillers trop gros qui surélèvent la jambe, car ils peuvent nuire à la circulation artérielle. Par contre, surélever la jambe peut être souhaitable, s'il y a présence d'enflure.

Les oreillers sont contre-indiqués suite à une chirurgie du genou, car peuvent causer une enflure non souhaitable.

31 Suivre les directives de l'infirmière.



Centre de services sociaux
et de services sociaux
des Laurentides

Québec



AUTRES MESURES SIMPLES POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE LÉSIONS DE PRESSION

S'assurer de l'absence de literie superflu, capuchon d'aiguille et de pli de drap sous l'usager.

Relâcher les couvertures au pied du lit.

S'assurer que tout usager soit levé à l'heure des repas, à moins d'avis médical contraire.

Au besoin, suggérer à l'infirmière:

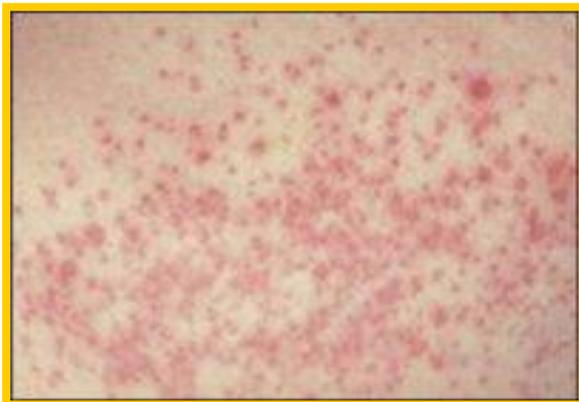
- une consultation à l'ergothérapeute pour optimiser le positionnement,
- une consultation au physiothérapeute si difficulté à la marche
- consultation en nutrition si l'usager ne mange pas la moitié du contenu de ses plateaux.

AUTRES TYPES DE ROUGEUR AU SIÈGE

Toutes les rougeurs ne sont pas nécessairement causées par la pression:

- Dermatite d'incontinence;
- Allergie à la culotte, au nettoyeur, aux crèmes, etc.;
- Infection fongique;
- Etc.

D'où l'importance de l'évaluation clinique de toute rougeur par l'infirmière.





DÉCLARATION AH-223

- Toute nouvelle lésion de pression nosocomiale de stade 2 et plus ou plaie traumatique nosocomiale doit être déclarée à l'aide du formulaire AH-223 seulement par l'infirmière.



RÔLE DU PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES... un partenaire de soins essentiel:

- Rencontre de l'infirmière pour recevoir ses directives au début du quart de travail;
- Observation de l'intégrité de la peau des personnes à risque de lésions de pression, surtout au siège et aux talons, au moins une fois par quart de travail;
- Rapport de toute nouvelle rougeur persistante, plaie, douleur, pansement décollé, mal appliqué ou saturé;
- Rapport de tout changement de l'état général incluant les facteurs de risque de plaie (état de conscience, mobilité, activités, alimentation, humidité de la peau, etc.);
- Assistance à l'alimentation, dosage *ingesta/excreta*, bilan alimentaire, pesée;



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 



RÔLE DU PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES... un partenaire de soins essentiel:

- Mobilisation de l'utilisateur à risque de lésions de pression au moins aux 2 heures au lit ou à chaque heure au fauteuil, positionnement au fond du siège avec les pieds en appui et aide au lever selon les directives infirmières;
- Application de crèmes non médicamenteuses selon les directives infirmières;
- Retrait de la literie superflue, plis et corps étrangers sous l'utilisateur, dégagement des talons, maintien de la tête de lit à moins de 30 degrés autant que possible, utilisation appropriée des coussins réducteurs de pression et surfaces thérapeutiques, utilisation de literie spéciale selon les directives infirmières.





La prévention des lésions de pression... C'est une affaire d'équipe!





Exemples de lésions de pression





Exemples de lésions de pression



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 



Situations cliniques

