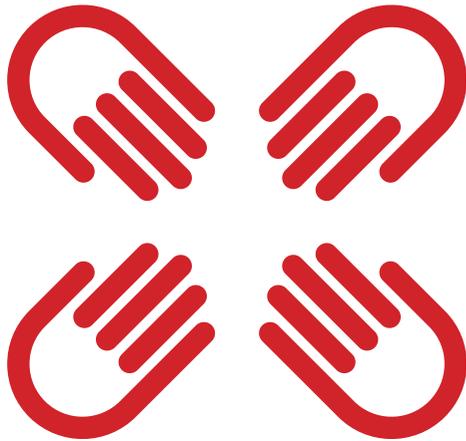


# QRC

## Quick Reference Guide

### RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE



CAWC·ACSP

## 1 PREPARING THE WOUND BED

R. Gary Sibbald, BSc MD FRCPC (Med) FRCPC (Derm);  
Heather L. Orsted, RN BN ET MSc; Patricia M. Coutts, RN;  
David H. Keast, MSc MD FCFP

### No. Recommendations

#### Identify and Treat the Cause

1. Assess the patient's ability to heal. Adequate blood supply must be present as well as the correction of other important host factors to support healing.
2. Diagnose and correct or modify treatable causes of tissue damage.

#### Address Patient-centred Concerns

3. Assess and support the management of patient-centred concerns (pain and quality of life) to enable healing.
4. Provide patient education and support to increase adherence to treatment plan.

#### Provide Local Wound Care

5. Assess and monitor the wound history and physical characteristics (location + MEASURE\*).
6. Debride healable wounds by removing non-viable, contaminated or infected tissue (through surgical, autolytic, enzymatic, mechanical or larval [biologic] methods). Non-healable wounds should have only non-viable tissue removed; active debridement to bleeding tissue is contraindicated.
7. Cleanse wounds with low toxicity solutions (such as normal saline or water). Topical antiseptic solutions should be reserved for wounds that are non-healable or those in which the local bacterial burden is of greater concern than the stimulation of healing.
8. Assess and treat the wound for increased bacterial burden or infection (distinguish from persistent inflammation of non-bacterial origin).
9. Select a dressing that is appropriate for the needs of the wound, the patient and the caregiver or clinical setting.
10. Evaluate expected rate of wound healing. If suboptimal, reassess recommendations 1 to 9.
11. Use active wound therapies (biological agents, skin grafts, adjunctive therapies) when other factors have been corrected and healing still does not progress.

#### Provide Organizational Support

12. For improved outcomes, education and evidence base must be tied to interprofessional teams with the co-operation of health-care systems.

\* MEASURE is an acronym for **M**easure, **E**xudate, **A**pppearance, **S**uffering, **U**ndermining, **R**e-evaluate and **E**dge.

## 2 PREVENTION & TREATMENT OF PRESSURE ULCERS

David H. Keast, MSc MD FCFP; Nancy Parslow, RN ET;  
Pamela E. Houghton, BScPT PhD; Linda Norton, OT Reg (Ont);  
Chris Fraser, BSc RD

### No. Recommendation

#### Identify and Treat the Cause

1. Complete a patient history and a targeted physical examination to determine general health and risk factors that may lead to pressure ulcer formation or that may affect healing of existing ulcers.
2. Assess and modify situations where pressure may be increased.
3. Maximize nutritional status.
4. Manage moisture and incontinence.
5. Maximize activity and mobility, reducing or eliminating friction and shear.

#### Address Patient-centred Concerns

6. Assess and control pain.
7. Assess and assist with psychosocial needs.

#### Provide Local Wound Care

8. Stage, assess and treat the wound. Provide an optimal wound environment consistent with the principles of *Preparing the Wound Bed*.
9. Introduce adjunctive modalities or biologically active dressings where appropriate.
10. Consider surgical intervention for deep non-healing ulcers (Stage III and Stage IV).

#### Provide Organizational Support

11. Develop an interdisciplinary team specific to the needs of the patient.
12. Educate patients, caregivers, and healthcare providers on the prevention and treatment of pressure ulcers.

# CAWC Quick Reference Guide

## PROVIDES RECOMMENDATIONS FOR BEST PRACTICES

The directors and members of the Canadian Association of Wound Care have updated the four articles covering the recommendations for best practice in the areas of (1) Preparing the Wound Bed, (2) Pressure Ulcers, (3) Venous Leg Ulcers, and (4) Diabetic Foot Ulcers.

These quick reference guides (QRGs) are excerpts from the articles published in *Wound Care Canada* and reprinted here with the permission. The complete articles can be accessed through the CAWC Web site at [www.cawc.net](http://www.cawc.net).

The QRGs are not intended to be complete protocols in themselves but aids in the diagnosis, prevention and treatment of specific wounds.

[www.cawc.net](http://www.cawc.net)

## 3 PREVENTION & TREATMENT OF VENOUS LEG ULCERS

Cathy Burrows, RN BScN; Rob Miller, MD FRCP (c); Debbie Townsend, RN; Ritchie Bellefontaine, BSc RVT; Gerald MacKean, MD FRCS (c); Heather L. Orsted, RN BN ET MSc; David H. Keast, MSc MD FCFP

### No. Recommendations

#### Identify and Treat the Cause

1. Obtain a careful history to determine the venous characteristics and to rule out other diagnoses: assess pain and identify the systemic and local factors that may impair wound healing.
2. Perform a physical assessment. This will include a bilateral lower limb assessment as well as an ankle-brachial pressure index (ABPI) test on all patients with venous ulcers to help rule out the presence of arterial disease.
3. Determine the cause(s) of chronic venous insufficiency based on etiology: abnormal valves (reflux), obstruction, or calf-muscle-pump failure.
4. Implement appropriate compression therapy.
5. Implement medical therapy if indicated for chronic venous insufficiency (superficial and deep thrombosis, woody fibrosis).
6. Consider surgical management if significant superficial or perforator vein disease exists in the absence of extensive deep disease.

#### Address Patient-centred Concerns

7. Communicate with the patients, the family and the caregivers to establish realistic expectations for healing and provide information for care and management of venous disease. The presence or absence of a social support system is important for treatment and prevention of venous leg ulcers.

#### Provide Local Wound Care

8. Assess the wound.
9. Provide local wound care. Optimize the local wound healing environment through debridement, bacterial balance, and moisture balance. Consider appropriate adjunctive therapies.

#### Provide Organizational Support

10. Consult appropriate disciplines to maximize and individualize the treatment plan to address factors and co-factors that may affect healing (e.g., mobility and nutrition).

## 4 PREVENTION, DIAGNOSIS & TREATMENT OF DIABETIC FOOT ULCERS

Heather L. Orsted, RN BN ET MSc; Gordon E. Searles, OD MD MSc FRCPC FACP CCI; Heather Trowell, BSc OT (c); Leah Shaper, RN MSN; Pat Miller, RN ET; John Rahman, CO

### No. Recommendations

#### Identify and Treat the Cause

1. Take a careful history to determine general health, diabetic control, complications and co-factors that may cause skin breakdown or affect the healing of an ulcer.
2. Complete a physical assessment that includes vascular status, bony/structural deformities (and footwear), and sensation.
3. Classify persons with diabetes into a risk category to support co-ordination of care.
4. Modify factors that cause skin breakdown and/or influence healing and make referral(s) to the team to ensure comprehensive care.
5. Provide pressure downloading if there is loss of protective sensation.

#### Address Patient-centred Concerns

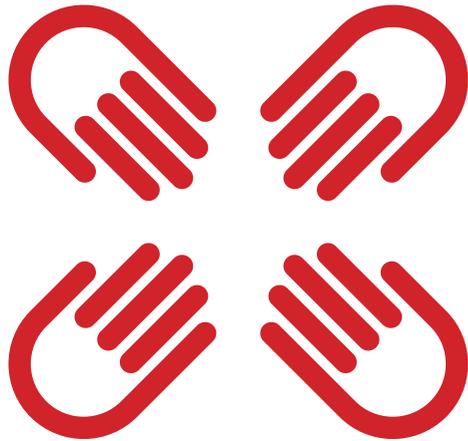
6. Provide individualized education as indicated by patient need and by risk category.

#### Provide Local Wound Care

7. Assess diabetic foot ulceration(s).
8. Provide an optimum wound environment: debridement, moisture balance, infection control.
9. Determine effectiveness of interventions, reassess if healing is not occurring at expected rate.
10. Consider the use of biological agents and adjunctive therapies.

#### Provide Organizational Support

11. Establish, train and empower a team to work with patients with diabetes.



## 1 PRÉPARATION DU LIT DE LA PLAIE

R. Gary Sibbald, BSc MD FRCPC (Med) FRCPC (Derm);  
Heather L. Orsted, IA BN ST MSc; Patricia M. Coutts, IA;  
David H. Keast, MSc MD FCFP

### N° Recommandations

#### Identifier et traiter la cause

1. Évaluer la probabilité de guérison du patient. La circulation sanguine doit être suffisante de même que la correction des autres facteurs importants de l'hôte pour favoriser la guérison.
2. Diagnostiquer et corriger ou modifier la cause traitable des lésions tissulaires.

#### Aborder les besoins particuliers du patient

3. Évaluer et favoriser la prise en charge des besoins particuliers du patient pour permettre la guérison (douleur et qualité de vie).
4. Fournir éducation et soutien au patient afin d'améliorer la fidélité au plan de traitement.

#### Procurer un soin local de la plaie

5. Évaluer et faire le suivi de la plaie et de ses caractéristiques physiques (emplacement et MEASERB\*).
6. Débrider les plaies curables, pour retirer le tissu non viable, contaminé ou infecté (chirurgical, autolytique, enzymatique, mécanique ou larvaire [biologique]). Seul le tissu non viable des plaies incurables doit être retiré et le débridement actif jusqu'au saignement du tissu est contre-indiqué.
7. Nettoyer les plaies avec des solutions de faible toxicité (comme une solution saline physiologique ou de l'eau). L'emploi de solutions antiseptiques topiques doit être réservé aux plaies incurables ou à celles dont la charge bactérienne locale est une plus grande préoccupation que la stimulation de la cicatrisation.
8. Évaluer et traiter la plaie pour une charge bactérienne accrue ou une infection (distinguer d'une inflammation persistante d'origine non bactérienne).
9. Choisir un pansement approprié aux besoins de la plaie, du patient et du soignant ou au contexte clinique.
10. Évaluer la vitesse de cicatrisation escomptée. Si sous-optimale, réévaluer selon les recommandations de 1 à 9.
11. Utiliser des traitements actifs pour les plaies (agents biologiques, greffes de peau, traitements d'appoint) lorsque les autres facteurs ont été corrigés et que la guérison n'évolue toujours pas.

#### Fournir un soutien organisationnel

12. Pour de meilleurs résultats, l'éducation et l'expérience clinique doivent être rattachées à des équipes inter-professionnelles avec la coopération des systèmes de santé.

\* MEASERB est un acronyme pour **M**esure, **E**xsudat, **A**pparence, **S**ouffrance, **E**spaces sous-jacents, **R**éévaluer, **B**ords.

## 2 PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES ULCÈRES DE PRESSION

David H. Keast, MSc MD FCFP; Nancy Parslow, IA ST;  
Pamela E. Houghton, BScPT PhD; Linda Norton, ET Aut (Ont);  
Chris Fraser, BSc DP

### N° Recommandations

#### Identifier et traiter la cause

1. Compléter une anamnèse du patient et un examen physique ciblé pour déterminer l'état général et les facteurs de risque qui peuvent mener à la formation d'un ulcère de pression ou qui peuvent affecter la guérison des ulcères existants.
2. Évaluer et modifier les situations où la pression peut être plus élevée.
3. Maximiser l'état nutritionnel.
4. Maîtriser l'humidité et l'incontinence.
5. Maximiser l'activité et la mobilité, réduisant ou éliminant la friction et le cisaillement.

#### Aborder les besoins particuliers du patient

6. Évaluer et maîtriser la douleur.
7. Évaluer les besoins psychosociaux et y répondre.

#### Procurer un soin local de la plaie

8. Évaluer le stade de la plaie et la traiter. Procurer un environnement optimal compatible avec les principes de préparation du lit de la plaie.
9. Introduire des modalités d'appoint ou des pansements biologiquement actifs au besoin.
10. Envisager une intervention chirurgicale pour les ulcères profonds qui ne guérissent pas (Stades III et IV).

#### Fournir un soutien organisationnel

11. Mettre sur pied une équipe multidisciplinaire pouvant répondre plus spécifiquement aux besoins du patient.
12. Éduquer les patients et les soignants au sujet de la prévention et de la prise en charge des ulcères de pression.

# ACSP Guide de référence rapide

## RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE

Les directeurs et les membres de l'Association canadienne du soin des plaies ont rédigé et publié cinq articles portant sur les recommandations sur les meilleures pratiques dans les domaines suivants : (1) Préparation du lit de la plaie, (2) Prévention et traitement des ulcères de pression, (3) Prévention et traitement de l'ulcère veineux de la jambe, (4) Prévention et traitement des ulcères du pied diabétique, (5) Principes du processus de cicatrisation de la plaie.

Ces Guides de référence rapide sont des extraits d'articles publiés et réimprimés ici avec l'aimable permission de *Wound Care Canada*. On peut accéder aux articles au complet sur le site Web de l'ACSP à [www.cawc.net](http://www.cawc.net).

Les Guides de référence rapide ne sont pas conçus pour compléter les protocoles en soi mais pour aider au diagnostic, à la prévention et au traitement de plaies spécifiques.

[www.cawc.net](http://www.cawc.net)

# 3 PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'ULCÈRE VEINEUX DE LA JAMBE

Cathy Burrows, IA BScN; Rob Miller, MD FRCP (c); Debbie Townsend, IA; Ritchie Bellefontaine, BSc TVA; Gerald MacKean, MD FRCS (c); Heather L. Orsted, IA BN ST MSc; David H. Keast, MSc MD FCFP

## N° Recommandations

### Identifier et traiter la cause

1. Obtenir une anamnèse complète pour déterminer les caractéristiques veineuses et éliminer d'autres diagnostics. Évaluer la douleur et identifier les facteurs systémiques et locaux qui peuvent gêner la cicatrisation des plaies.
2. Faire une évaluation physique. Cela comprend une évaluation bilatérale des membres inférieurs de même qu'un test de l'indice de pression tibio-brachiale (IPTB) chez tous les patients qui ont des ulcères veineux pour aider à éliminer la présence d'une maladie artérielle.
3. Déterminer la/les cause(s) de l'insuffisance veineuse chronique (IVC) selon l'étiologie : anomalie valvulaire (reflux), obstruction ou insuffisance de la pompe du mollet.
4. Recourir à un traitement de compression approprié.
5. Administrer un traitement médical si indiqué pour l'IVC (thrombose superficielle ou profonde, fibrose ligneuse).
6. Envisager un traitement chirurgical s'il existe une maladie veineuse superficielle ou perforante en l'absence d'une maladie profonde étendue.

### Aborder les besoins particuliers du patient

7. Communiquer avec le patient, sa famille et ses soignants pour établir des attentes réalistes face à la guérison et procurer des renseignements sur les soins et la gestion de la maladie veineuse. La présence ou l'absence d'un système de soutien social est importante pour le traitement et la prévention des ulcères de la jambe.

### Procurer un soin local de la plaie

8. Évaluer la plaie.
9. Procurer des soins locaux de la plaie : optimiser le milieu local de cicatrisation de la plaie par le débridement, l'équilibre bactérien et l'équilibre hydrique. Envisager des traitements adjuvants appropriés.

### Fournir un soutien organisationnel

10. Consulter les disciplines appropriées pour maximiser et personnaliser le plan de traitement pour s'attaquer aux facteurs et aux co-facteurs qui peuvent affecter la cicatrisation (p. ex., mobilité et nutrition).

# 4 PRÉVENTION, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ULCÈRES DU PIED DIABÉTIQUE

Heather L. Orsted, IA BN ST MSc; Gordon E. Searles, DO MD MSc FRCPC FACP CCI; Heather Trowell, BSc ET (c); Leah Shapera, IA MSN; Pat Miller, IA ST; John Rahman, OC

## N° Recommandations

### Identifier et traiter la cause

1. Prendre une anamnèse complète pour déterminer l'état de santé général, le contrôle du diabète, les complications et les co-facteurs qui peuvent causer un bris de peau ou affecter la guérison d'un ulcère.
2. Compléter une évaluation physique comprenant : état vasculaire, difformités osseuses/structurelles (et chaussures), et la sensation.
3. Classer les diabétiques dans une catégorie de risque pour appuyer la coordination des soins.
4. Modifier les facteurs qui causent un bris de peau et/ou qui influencent la guérison et adresser les patients à l'équipe pour assurer des soins globaux.
5. Procurer une baisse de pression s'il y a perte de sensation protectrice.

### Aborder les besoins particuliers du patient

6. Procurer une éducation personnalisée selon les besoins du patient et par catégorie de risque.

### Procurer un soin local de la plaie

7. Évaluer l'ulcération du pied diabétique.
8. Procurer un environnement optimal pour la plaie : débridement, équilibre de l'humidité, contrôle de l'infection.
9. Déterminer l'efficacité des interventions, réévaluer si la guérison ne survient pas au rythme prévu.
10. Envisager l'utilisation d'agents biologiques et les traitements d'appoint.

### Fournir un soutien organisationnel

11. Établir, former et habiliter une équipe pour travailler avec les diabétiques.