# GUIDE POUR LA PREVENTION ET TRAITTEMENT DES ESCARRES PAR PRESSION (E.P.P.)

#### **Auteurs**

Ricardo Hermida Pérez Infirmier Unité de Lesionnés Medulaires Hôpital Universitaire Puerta del Mar Cádiz (Espagne)

Aníbal Blanco Vivo Infirmier Unité de Lesionnés Medulaires Hôpital Universitaire Puerta del Mar Cádiz (Espagne)

Julio Rodríguez de la Rúa Cirugía Ortopédica y Traumatología Profesor Honorario de la Facultad de Medicina Hôpital Universitaire Puerta del Mar Cádiz (Espagne)

Cádiz dezembre 2016

## **INDEX**

1.	INTRODUCTION
2.	<b>DEFINITION D'ESCARRES PAR PRESSION</b> 5
3.1 3.2	ETIOPATOGENIE
4.1	FACTEURS DE RISQUE DE U.P.P. 6 Intrínsecs Extrínsecs 4.2.1 Fisiopatologiques 4.2.2 Derivés du traittement medicale 4.2.3 Derivés de la Situation et du environnement
	VALORATION DU RISQUE DE E.P.P
6.	LOCALIZATION11
7.	CLASSIFICATION13
8.1 8.2 8.3 8	SOINS SPECIFIQUES DE LA PREVENTION
9.	SOINS GENERALES18
1 1 1	MESSURES DE TRAITTEMENT DES E.P.P
11.	BIBLIOGRAPHIE24

#### 1.-INTRODUCTION

Le soin de la peau des patients c'est une partie fondamentale des soins basiques, pour eviter les E.P.P.

L'objetif general de cette guide c'est montrer les actions preventives et curatives, selon les recomendation scientifiques, pour ameliorer la qualité et l'eficience des soins et eviter où guerir les E.P.P.

Ce protocole est prevu pour être apliqué dans les Hôpitaux de Madagascar.

#### **2.-DEFINITION DES ESCARRES PAR PRESSION**

C'est une lession ischemique de la peau et des tissues subyacentes, produite pour une pression prolongée, friction où cizallement entre deux plans durs.

#### 3.-ETIOPATHOGENIE

La pressión continue des parties molles, origine une ischemie de la membrane vasculaire et par consequence une vasodilatation de la zone, eritheme, extravasatión de líquides et infiltratión celulaire.

Si ce processus ne s'arrete pas, se produit une ischemie locale, trombose veneuse et alterations degeneratives, que finissent par necrose et ulceration.

Ce processus peut arriver jusqu'à les plans proffonds, avec destructión du muscle, aponeuroses, os, vaisseaux sanguins et nerfs....

Les forces responsables de l'aparition sont:

Pressión.

Frictión.

Force externe de cizallement, glissement.

- **3.1 PRESSIÓN**: C'est une force que travaille perpendiculaire a la peau, comme consequence de la gravité, avec la aplanissement tissulaire entre le plan osseux et le plan externe.
- **3.2 FRICTIÓN**: C'est une force tangenciale que travaille en parallele a la peau, produissant frottement, par mouvement, tractión et tirant de la peau..
- **3.3 FORCE EXTERNE DE GLISSEMENT**: C'est la combination des effects de pression et friction.

#### 4.-FACTEURS DE RISQUE

Sont facteurs qui modifient la resistence tissulaire et contribuent a la formatión des escarres.

Sont divisés en intrínsecs et extrínsecs

- **4.1 INTRINSECS**: Son ces qu'ont ne peut pas ameliorer et acompagnent aux personnes pendant toute sa vie.
  - Age.
  - Capacité phisique diminuée.
- **4.2 EXTRINSECS**: Son ces qu'évoluent tout au long de la vie. Il y a 3 groupes differents:
  - Fisiopathologiques.
  - Derivés du traittement medical.
  - Dependant de la situation externe.

#### **4.2.1 FISIOPATHOLOGIQUES:**

Sont dûs aux problèmes de santé.

- -Lessions cutanées: oedèmes, peau sèche, absence d'elasticité, peau froide, deterioration de la capacité pour sueur...
- -Troubles dans le transport de l'oxigène: troubles vasculaires periferiques, stase veneusse, troubles cardiovasculaires....
- -Deficits de la nutrition (par defect où par excess): minceur, desnutritión, obesité, hiponatremie, deshidratation...
  - -Troubles inmunologiques: infectión...

- -Troubles de la conscience: stupeur, confussión, coma...
- -Deficits moteurs: paresie, paralyse, inmobilité a plussieurs degrès des articulations des chevilles, genoux, hanches...
  - -Deficits sensorieles: perte de la senssibilité douloureuse distal au niveau de lession...
  - -Alteration sfinterienne: incontinence urinaire et /où fecale.

#### 4.2.2 DERIVÉES DU TRAITTEMENT MEDICALE:

Sont ceux qui ont pour origine certaines therapies où epreuves diagnostiques:1

- -Traittement avec inmunosupresseurs: radiotherapie, corticoides, citostatiques...
  - -Traittement avec sédatifs: Benzodiazepines.
- -D'autres: Chirurgie de longue durée, techniques speciales, dispositifs, appareils: guides, tractions, plâtres, respirateurs, sonde vesical où nasogastrique...

#### 4.2.3 DERIVÉES DE LA SITUATION ET DU ENVIRONNEMENT:

Sont touts les facteurs externes qui agissent contre le patient:

- -Mauvaise higyiène, humidité...
- -Absence de changes de posture.
- -Fixation mauvaise des sondes, des siytemes de tractión.
- -Forces de glissement, cizallement, frictión de la peau.
- -Absence d'education sanitaire.
- -Manque de critères unifiés de traittement.
- -Plies où partícules etranges dans les draps de lit, chaisse roulante...
- -Substancess irritantes: sang, vomissements, secretions.

### 5.-VALORATION DU RISQUE D'ESCARRES PAR PRESSIÓN (EPP)

La preventión est prioritaire dans les soins des patients, a propos des EPP. Une fois identifié le risque, on doit faire cette activité de façon individualisée, en relation au risque du patients et des facteurs alterés.

Avec les soins appliqués il faut obtenir l'absence de EPP, et on doit pas oublier que si malgré tout apparait une Escarre, c'est necessaire de continuer avec les messures preventives, pour eviter sa progression et aider a la guerisson.

Existent differents scores pour valorer le risque d'apparition de EPP. Nous propossons celle de Braden.

Elle permet d'établir le plan de soins preventifs. Elle contemple six aspects:

- Perceptión sensorielle.
- Expositión a la humidité.
- Activité.

- Mobilité.
- Nutritión.
- Frottement et risques de lessions cutanées.

Chaque aspect est valoré de 1 a 4, en etant le 1 le plus grand et le 4 le moindre niveau de deterioration.

La classification du risque selon Braden est:

-Risque Haut: Puntuatión totale moindre où egale a 12

-Rique Moyen: Puntuatión totale 13-15 -Risque Bas: Puntuatión totale 16 où plus.

#### **5.1 PERCEPTION SENSORIELLE:**

C'est la capacité pour reagir a une gène produite par la pression.

- 1- Absolument limitée: Dû a une diminution de la conscience où a une sedation, le patient ne reagi pas devant des stimules douloureux (avec des plaintes, sursauts où empoignements) où a une capacité limitée de resentir douleur dans la plûpart de son corps.
- 2- Très limitée: Seulement il reagi devant des stimules douloureux. Il ne peut pas manifester ses plaintes, sauf avec des gemissements où avec agitation. Où bien il presente un déficit sensoriel avec limitation de la capacité de perception du douleur, dans plus de la moitié du corps.
- 3- Legerement limitée: Il a reactions devant des ordres verbales mais il ne peut pas toujours, manifester ses plaintes où demander le changement de possition. Où il a quelque déficit sensoriel pour resentir douleur où malaise, dans au moins un membre.
- 4- Sans limitations: Il repond aux ordres verbales. Non presence de déficit sensoriel qui puisse limiter sa capacité de se manifester où de sentir douleur où malaise.

#### **5.2 EXPOSITION A L'HUMIDITÉ:**

Niveau d'exposition de la peau a l'humidité.

- 1- Toujours humide: La peau est toujours exposée a l'humidité par sudoration, urines, etc. On detecte humidité chaque fois que le patient bouge où on le tourne.
- 2- Très souvent humide: La peau est très souvent humide, mais pas toujours. Le linge du lit doit etre changée au moins chaque 8 heures.
- 3- Ocasional humidité: La peau est quelques fois humide. Il peut être necessaire de changer le linge du lit 2 fois par jour.
- 4- Rarement humide: La peau est generalment seche. Le linge du lit se change 1 fois par jour.

#### 5.3 ACTIVITÉ:

Niveau d'activité physique:

- 1- Au lit: Le patient est toujours au lit.
- 2- En chaisse: Pacient qui ne marche pas où avec deambulation très limitée. Ne peut pas soutenir son poids et/où a besoin d'aide pour se transporter a une chaisse où une chaisse-roulante.
- 3- Deambulation ocasionnelle: Avec où sans aide, mais dans distances très courtes. La plûpart des heures du jour il est au lit où en chaisse-roulante.
- 4- Deambulation frequente: Il marche en dehors de la chambre au moins 2 fois par jour et dans la chambre au moins 2 heures.

#### 5.4 MOBILITÉ:

Capacité pour changer et controler la position du corps:

- 1- Absolument inmovile: Sans aide ne peut pas faire aucun changement de la position du corps où de quelque extremité.
- 2- Très limitée: Peut faire quelques legères changements de la position du corps où des extremités, mais c'est incapable de faire des changements frèquents sans aide.
- 3- Legère limitation: Peut faire frequenment legères changements de position, sans aide
- 4- Sans limitation: Peut faire frequenment d'importants changements de posiction sans aide.

#### **5.5 NUTRITION:**

Le patrón de prise d'aliments, c'est:

- 1.-Très pauvre: Jamais prend un repas complet. Très rarement prend plus de 1/3 de ce qu'on lui offre. Chaque jour prend seulement 2 fois où moins, d'apport proteique (viande où produits du lait). Boit peu de liquides. Est a jeun, seulement avec liquides où avec des sérums plus de 5 jours.
- 2- Probablement inadapté: Rarement mange un repas complet et d'habitude mange seulement la moitié des aliments qu'on lui offre. La prisse proteique est de 3 produits de viande où de lait par jour. Ocassionalment prend un supplement dietetique où reçoit moins que la cantité optimale d'une diethe liquide où mange par sonde nasogastrique.

- 3- Adapté: Mange plus de la moitié de la plûpart des rèpas. Mange un total de 4 services au jour de proteines (viande où produits du lait). Ocassionalment peut refuser un repas où il prend un supplement dietétique si on lui offre où reçoit nutritión par sonde nasogastrique où par voie parenterale, assurant la plûpart des besoins nutritionnales.
- 4- Excelent: Il mange la plûpart de chaque repàs. Jamais refuse un repás. D'habitude mange un total de 4 services où plus au jour, de proteines (viande où produits du lait) Ocasionnellement mange entre les repàs. Il n'a pas besoin de supplement dietetique.

#### **5.6 FROTTEMENT ET RISQUE DE LESSIONS:**

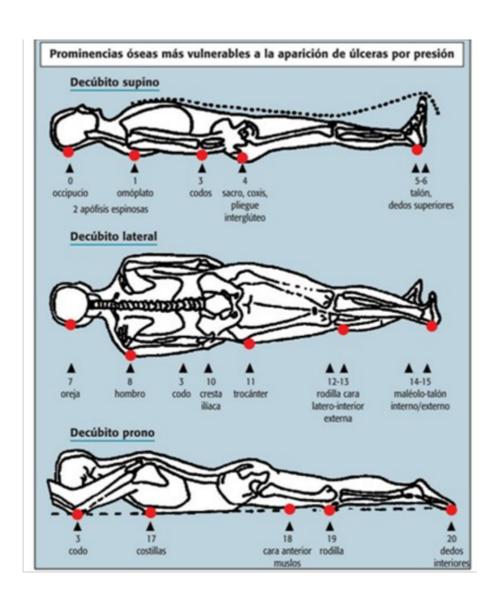
- 1- Problème: A besoin de moderé et maximal assistence pour ettre bougé. C'est impossible de le lever completement sans produire un frottement contre les draps du lit. Frequentement glisse vres les pieds du lit où dans la chaisse, ayant besoin de frequents repossicionement avec l'aide maximale. L'existence d'spasticité, contractures où agitation produissent un frottement presque constant.
- 2- Problème possible: Bouge très peu où a besoin de minime assistance. Pendant les mouvements, la peau probablement frisse contre le drap de lit, la chaisse, les systhèmes de sujection où d'autres objects. La plûpart du temps a une bonne position dans la chaisse où au lit, mais ocasionnellement peut glisser vers le distal.
- 3- Il n'existe pas problème en aparence: Bouge bien au lit et dans la chaisse avec independance et a suffisant force musculaire pour se lever completement quand il bouge. Toujours il a une bonne position au lit et dans la chaisse.

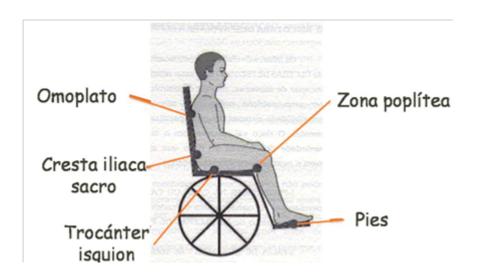
#### **6. LOCALIZATION:**

Les EPP peuvent apparaître dans quelquonque region du corps, dans les zones de la peau sumisses a une plus grande pression et dependent de la posture plus frequent du patient.

D'habitude les plus frequentes sont les zones où existent prominences où le plus grand relief osseux:

- En decubitus dorsal: region sacrée, talons, coudes, omoplates, nuque/occipital, coccix.
- En decubitus lateral: malleoles, trocanters, côtes, epaules/acromion, oreilles, crêttes iliaques, region interne des genous.
- En decubitus pronus: orteils, genous, genitales masculins, seins, joues, oreilles, nez, crêttes iliaques.
  - En sedestation: omoplates, ischions, coccix, trocanters, talons, metatarsiennes.





#### **7. CLASIFICATION:**

Les EPP se classifient dans 4 stadies selon le degré de lession tissulaire.

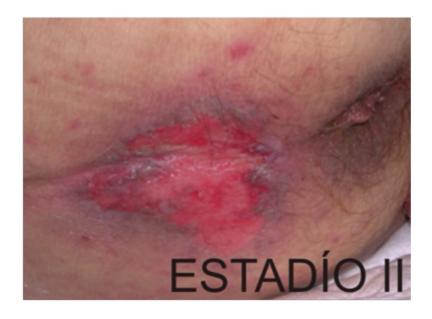
#### **STADE I:**

- Eritheme cutané dans la peau integrale et que ne disparait pas avec la pression; dans les peaus noirs peut presenter une tonalité rouge, bleu où violet.
- En comparaisson avec un aire opposé où adyacent du corp pas sumisse a pression, peut inclure des changes dans la temperature (chaud où froid), resistence du tissue (aedème, induration) et/où sensations (douleur...)



#### **STADE II:**

- Perte partielle de la grosseur de la peau, qu'attent l'epiderme, la derme où tout les deux.
- Ulceration superficielle avec l'aspect d'abrassion, ampoule où crater peu profond.



#### **STADE III:**

-Perte totale de la grosseur de la peau, qui attent le tissue subcutané et que peut atteindre l'aponeurose musculaire.



#### **STADE IV:**

- Perte totale de la grosseur de la peau avec lession dans le muscle, os, tendon, capsule articulaire...

Dans ce stade comme dans le III, peuvent exister necrose, lessions cavitaires, avec tunellizations et trajects sinoueusses.

Dans tous les cas, on doit enlever le tissu necrotique s'il existe, pour determiner le stade de la escarre.



#### **8. SOINS SPECIFIQUUES DE LA PREVENTION:**

#### **8.1 SOINS DE LA PEAU:**

- Il faut mantenir la peau propre et sèche. Employer du savón dermoprotecteur, laver et secher sans friction.
- Apliquer de la creme hidratante (a exception des zones de pression) en procurant sa complete absortion, si le patient a la peau très sèche.
- Apliquer acides gras hiperoxigenés dans les zones de risque de developpement de EPP, et avec la peau intacte.
- Mantenir le lit propre, sec et sans plis.
- •Ne pas appliquer massages directement sur les prominences osseuses où regions qui soient rouges.

#### 8.2 MANIEMENT DE L'HUMIDITÉ.

• Valorer et eviter l'exposition a l'humidité (incontinence, sudoration, drains, etc..)

#### **8.3 MANIEMENT DE LA PRESSION:**

Pour minimizer l'effect de la pression comme origine de l'EPP il faut considerer 4 elements: la movilization, les changements posturales, l'utilization de surfaces speciales d'appui et la protection locale devant la pression.

#### **8.3.1 MOBILITATION:**

Movilizer et activité a d'intervales frequents. C'est important de proffiter au maximun les possibilités du patient pour bouger par lui mème.

Dans des patients colaborateurs, stimuler et faciliter la movilité et l'activité phisique tout le possible. Dans les patients non colaborateurs (dementie, coma...) faire movilitation passive des articulations a la fois que les changes de posture.

#### **8.3.2 CHANGEMENT POSTURALES:**

Les changes posturales permettent d'eviter où diminuer la pression prolongée dans les patients alités. Dans les patients en sedestation on l'obtient avec les pulsions (exercice de contraction-relaxation d'un groupe musculaire concret).

- Changes posturales chaque 2-3 heures aux patients alités suivant une rotation programmée et individualissée, selon le niveau du risque et la situation de chaque patient.
- Dans les periodes de sedestation on efectue movilizations horaires. Si le patient peut le faire de façon autonome, il faut l'instruire pour se movilizer chaque 15 minutes (changes de posture et/où pulsions).

- Les patients avec risque de developper EPP, en doivent pas rester assis plus de 2 heures, chaque fois.
- Eviter dans le possible d'apuyer directement sur les lessions.
- Mantenir l'alineement corporal, la distribution du poid et l'equilibre du patient bien assis où alité.
- Vigilance des sondes , masques, lunettes nasales, drains, voies centrales et panssements, evitant la pression constante dans une zone, avec le risque de creer EPP yatrogeniques.

EPP produite par la sonde nasogastrique



EPP produite par pulsioximetre dans la 2ª phalange du 1º orteil



- Eviter le contact direct des prominences osseuses l'une contre l'autre avec des oreillers où d'autres surfaces mousses.
- Eviter l'action de trainer. Faire les movilizations en reduissant les forces tangenciales et la friction.

#### 8.3.3 SURFACES SPECIALES D'APPUI:

Si possible avec des Matelas Antiescarre...

#### 8.3.4 PROTECTION LOCALE:

Dans les regions plus exposés aux EPP comme les talons, region occipitale, coudes, on doit employer des coussins d'ècume, cotton où d'autres materiaux pour diminuer la pression sur ces zones.

#### 9. SOINS GENERALES:

Il faut traitter toutes les maladies qui peuvent induire a la presence des Escarres: afections respiratoires, circulatoires, metaboliques...

#### 9.1 NUTRITION ET HIDRATATION:

Plussieurs études montrent que la desnutrition c'est un facteur de risque important pour la formation de EPP. Pour garantir un apport nutritional complet, le patient doit suivre une diete equilibrée, selon les besoins en fonction de l'age, le genre, l'activité phisique, l'état fisiologique et patologique.

#### 9.2 EDUCATION SANITAIRE:

C'est un instrument pour aboutir au niveau d'independence et d'autonomie de la part du patient et de sa famille, a travers l'information et l'adquisition d'habilités, pour obtenir des habitudes et conduites bonnes pour sa santé.

#### 10. MESURES DU TRAITTEMENT DES EPP:

L'objectif du traittement c'est ameliorer la viabilité des tissues et favoriser la guerison de la lession.

Le traittement du patient avec EPP doit faire attention aux aspect suivants:

- Les mesures de prevention.
- Obtenir l'implication du patient et sa famille dans la planification et l'execution des soins.

#### 10.1 SOINS DE L'ESCARRE:

Au niveau locale, chacun des soins de la lession doivent aller en fonction du stade evolutif et des caracteristiques de la lession. Le traittement peut varier, selon la reponse evolutive de la plaie.

#### 10.1.1 LE SOIN LOCALE D'UNE EPP DANS LE STADE I, c'ést:

- Diminuer la pression de la region atteinte, avec mesures locales..
- Emploi d'acides gras hiperoxigenés topiques (AGHO) Mepentol...





# 10.1.2 UN PLAN BASIQUE DE SOINS LOCALES de l'EPP de stades II, III et IV doit prevoir:

- 1.- Debridement du tissue necrotique.
- 2.- Nettoyage de la plaie.
- 3.- Prevention et prise en charge de l'infection bacterienne.
- 4.-Election d'un produit qui puisse mantenir tout le temps le lit de l'escarre, humide et a la temperature du corps.

#### 10.1.2.1 DEBRIDEMENT.

La presence dans de la plaie de tissue necrotic, bien comme escarre noire, jaune...sèche où humide, c'est ideal pour la proliferation bacterienne et empêche la guerisson.l L'elimination de ces tissues modifie de façon favorable, l'evolution de la plaie vers la guerisson.

Il faut donc eliminer le tissu devitalisé dans les EPP, en selectionant la methode de debridement plus adapté a l'état du patient.

On peut classifier les methodes de debridement en: coupantes (chirurgicales), chimiques (enzimatiques), autolitiques et mechaniques.

Ces methodes en sont pas incompatibles. C'est bon sa combination pour obtenir les meilleurs rèsultats (par example debridement coupante, asocié a debridement enzimatique et autolitique).

• **Debridement coupante**: c'est la façon plus rapide pour eliminer les escarres seches adherentes aux plans profonds où le tissue necrotique humide. On doit le faire par plans et en plussiers sèances.







• **Debridement enzimatique:** c'est une methode a valorer quand le patient en tolère pas le debridement chirurgicale. La colagenase (nom comerciale Iruxol Mono) c'est un exemple de ces substances, et favorisse le debridement et la croissance du tissue de granulation.





- **Debridement Autolítique:** c'est un debridement selectif et atraumatique. C'est le pansement humide (hidrogel d'estructure amorfe, pansements hidrocoloides).
- Debridement mechanique: actuellement on ne l'emploie pas.

#### 10.1.2.2 NETTOYAGE DE LA LESSION:

Avec serum phisiologique, eau destilé où eau potable.

Employer une pression de nettoyage efective pour trainer les detritus, bacteries et residus de l'anterieur pansement, mais sans produire traumatismes dans le tissue sain. On doit pas utiliser de façon rutinaire des antiseptiques, seulement s'il y a evidence d'une haute charge bacterienne où avant et après le debridement coupante.



#### 10.1.2.3 PREVENTION DE L'INFECTION BACTERIENNE.

Toutes les escarres par pression sont contaminés par bacteries, mais ça ne veut pas ve dire que les lessions soient infectées.

#### Control de l'infection

Employer des gants propres et les changer avec chaque patient.

Se laver les mains entre chaque patient, c'est essencial.

Dans patients avec plussiers escarres, commencer par la moins contaminée.

Pas l'usage d'antiseptiques locales

Employer d'instruments steriles dans le debridement chirugical des EPP.

Les antibiotiques sistemiques on les emploie sous presciption medicale, dans patients avec bacteriemie, sepsis, celulite où ostheomielite.

#### 10.1.2.4 TRAITTEMENT LOCAL (PANSSEMENTS).

Pour faciliter la cicatrization il faut que le tissu de granulation soit au niveau de la peau. Si on veut proliferation du tissu de granulation, les pansements doivent être GRAS. Avec pommade...

Si le tissu de granulation est hipertrophique et on veut le diminuer, les panssements doivent être avec CORTICOIDES locales.

#### **11. BIBLIOGRAPHIE:**

- 1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 2. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Laguna Parras JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Hospital Universitario "Princesa de España"; 2001.
- 3. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malla R, Rivera J. Guía de Prevención y Tratamiento. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar; 2004.
- 4. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de UPP y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las UPP. Logroño; 2003.
- 5. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de UPP y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003.
- 6. Torra JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. Rev Rol Enf; 1997; 20(224): 23-30
- 7. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. J. Javier Soldevilla Agreda
- 8. Protocolo prevención y tratamiento de las úlceras por presión. CHU. Albacete.
- 9. Nursing 2002. Mayo. Valoración de riesgos de UPP
- 10. Protocolo de prevención y tratamiento de UPP. Hospital Da Costa. Burela, Lugo.