

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

Auteurs

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

Aníbal Blanco Vivo
Infirmier
Unité de Lésionnés 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 dezembro 2016

INDEX

1. INTRODUCTION.....	5
2. DEFINITION D'ESCARRES PAR PRESSION.....	5
3. ETIOPATOGENIE.....	5
3.1 Pression	
3.2 Friction	
3.3 Force externe de déplacement	
4. FACTEURS DE RISQUE DE U.P.P.	6
4.1 Intrinsèques	
4.2 Extrinsèques	
4.2.1 Fisiopatologiques	
4.2.2 Dérivés du traitement médical	
4.2.3 Dérivés de la Situation et de l'environnement	
5. VALORATION DU RISQUE DE E.P.P.	8
5.1 Scale de Braden	
5.1.1 Perception sensorielle	
5.1.2 Exposition à l'humidité	
5.1.3 Activité	
5.1.4 Mobilité	
5.1.5 Nutrition	
5.1.6 Frottement et risque de lésions	
6. LOCALIZATION.....	11
7. CLASSIFICATION.....	13
8. SOINS SPECIFIQUES DE LA PREVENTION.....	15
8.1 Soins de la peau	
8.2 Maniement de l'humidité	
8.3 Maniement de la pression	
8.3.1 Mobilization	
8.3.2 Changement posturales	
8.3.3 Surfaces spéciales d'appui	
8.3.4 Protection locale	
9. SOINS GENERALES.....	18
10. MESURES DE TRAITEMENT DES E.P.P.	18
10.1 Soins des E.P.P.	
10.1.1 Débridement	
10.1.2 Nettoyage de la lésion	
10.1.3 Prévention et abord de l'infection bactérienne	
10.1.4 Traitement local (Pansements)	
11. BIBLIOGRAPHIE.....	24

1.-INTRODUCTION

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

L'objectif general de cette guide c'est montrer les actions preventives et curatives, selon les recommandation scientifiques, pour ameliorer la qualite et l'efficience des soins et éviter où guerir les E.P.P.

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

2.-DEFINITION DES ESCARRES PAR PRESSION

C'est une lésion ischémique de la peau et des tissus subyacentes, produite pour une pression prolongée, friction où cisaillement entre deux plans durs.

3.-ETIOPATHOGENIE

La pression continue des parties molles, origine une ischémie de la membrane vasculaire et par consequence une vasodilatation de la zone, erithème, extravasation de liquides et infiltration cellulaire.

Si ce processus ne s'arrete pas, se produit une ischémie locale, thrombose veineuse et alterations degeneratives, que finissent par necrose et ulceration.

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

Les forces responsables de l'apparition sont:

Pression.

Friction.

Force externe de cisaillement, 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 FRICTION: C'est une force tangenciale que travaille en parallele a la peau, produissant frottement, par mouvement, traction et tirant de la peau..

3.3 FORCE EXTERNE DE GLISSEMENT: C'est la combination des effets de pression et friction.

4.-FACTEURS DE RISQUE

Sont facteurs qui modifient la resistance tissulaire et contribuent a la formation 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 traitement medical.
- Dependant de la situation externe.

4.2.1 FISIOPATHOLOGIQUES:

Sont dûs aux problèmes de santé.

- Lésions cutanées: oedèmes, peau sèche, absence d'élasticité, peau froide, deterioration de la capacité pour sueur...
- Troubles dans le transport de l'oxigène: troubles vasculaires periferiques, stase veneuse, troubles cardiovasculaires....
- Deficits de la nutrition (par defect où par excess): minceur, desnutrition, obesité, hiponatremie, deshidratation...
- Troubles immunologiques: infección...

- Troubles de la conscience: stupeur, confusion, coma...
- Déficits moteurs: paralysie, paralyse, immobilité à plusieurs degrés des articulations des chevilles, genoux, hanches...
- Déficits sensoriels: perte de la sensibilité douloureuse distale au niveau de lésion...
- Altération sphinctérienne: incontinence urinaire et /ou fécale.

4.2.2 DERIVÉES DU TRAITEMENT MÉDICAL:

Sont ceux qui ont pour origine certaines thérapies ou épreuves diagnostiques:

- Traitement avec immunosuppresseurs: radiothérapie, corticoïdes, cytostatiques...
- Traitement avec sédatifs: Benzodiazépines.
- D'autres: Chirurgie de longue durée, techniques spéciales, dispositifs, appareils: guides, tractions, plâtres, respirateurs, sonde vésicale ou nasogastrique...

4.2.3 DERIVÉES DE LA SITUATION ET DE L'ENVIRONNEMENT:

Sont tous les facteurs externes qui agissent contre le patient:

- Mauvaise hygiène, humidité...
- Absence de changements de posture.
- Fixation mauvaise des sondes, des systèmes de traction.
- Forces de glissement, cisaillement, friction de la peau.
- Absence d'éducation sanitaire.
- Manque de critères unifiés de traitement.
- Plis où particules étrangères dans les draps de lit, chaise roulante...
- Substances irritantes: sang, vomissements, sécrétions.

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

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

Avec les soins appliqués il faut obtenir l'absence de EPP, et on doit pas oublier que si malgré tout apparaît une Escarre, c'est nécessaire de continuer avec les mesures préventives, pour éviter sa progression et aider à la guérison.

Existents différents scores pour valuer le risque d'apparition de EPP. Nous proposons celle de Braden.

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

- Perception sensorielle.
- Exposition à la humidité.
- Activité.

- Mobilité.
- Nutrition.
- Frottement et risques de lésions cutanées.

Chaque aspect est valoré de 1 à 4, en étant le 1 le plus grand et le 4 le moindre niveau de détérioration.

La classification du risque selon Braden est:

- Risque Haut: Puntuación totale moindre où égale à 12
- Risque Moyen: Puntuación totale 13-15
- Risque Bas: Puntuación totale 16 où plus.

5.1 PERCEPTION SENSORIELLE:

C'est la capacité pour réagir à une gêne produite par la pression.

- 1- Absolument limitée: Dû à une diminution de la conscience où à une sédation, le patient ne réagit pas devant des stimuli douloureux (avec des plaintes, sursauts où empoignements) où a une capacité limitée de ressentir douleur dans la plupart de son corps.
- 2- Très limitée: Seulement il réagit devant des stimuli douloureux. Il ne peut pas manifester ses plaintes, sauf avec des gémissements où avec agitation. Où bien il présente un déficit sensoriel avec limitation de la capacité de perception du douleur, dans plus de la moitié du corps.
- 3- Legerement limitée: Il a réactions devant des ordres verbaux mais il ne peut pas toujours, manifester ses plaintes où demander le changement de position. Où il a quelque déficit sensoriel pour ressentir douleur où malaise, dans au moins un membre.
- 4- Sans limitations: Il répond aux ordres verbaux. Non présence de déficit sensoriel qui puisse limiter sa capacité de se manifester où de sentir douleur où malaise.

5.2 EXPOSITION À L'HUMIDITÉ:

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

- 1- Toujours humide: La peau est toujours exposée à l'humidité par sudation, urines, etc. On détecte 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 être changé au moins chaque 8 heures.
- 3- Occasional humidité: La peau est quelques fois humide. Il peut être nécessaire de changer le linge du lit 2 fois par jour.
- 4- Rarement humide: La peau est généralement sèche. 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 chaise: Patient qui ne marche pas où avec deambulation très limitée. Ne peut pas soutenir son poids et/ou a besoin d'aide pour se transporter a une chaise où une chaise-roulante.
- 3- Deambulation occasionnelle: Avec où sans aide, mais dans distances très courtes. La plupart des heures du jour il est au lit où en chaise-roulante.
- 4- Deambulation fréquente: 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 contrôler la position du corps:

- 1- Absolument immobile: Sans aide ne peut pas faire aucun changement de la position du corps où de quelque extrémité.
- 2- Très limitée: Peut faire quelques légères changements de la position du corps où des extrémités, mais c'est incapable de faire des changements fréquents sans aide.
- 3- Légère limitation: Peut faire fréquemment légères changements de position, sans aide.
- 4- Sans limitation: Peut faire fréquemment d'importants changements de position sans aide.

5.5 NUTRITION:

Le patron 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 protéique (viande où produits du lait). Boit peu de liquides. Est à 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 prise protéique est de 3 produits de viande où de lait par jour. Occasionnellement prend un supplément diététique où reçoit moins que la quantité optimale d'une diète liquide où mange par sonde nasogastrique.

3- Adapté: Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 services au jour de protéines (viande ou produits du lait). Occasionnellement peut refuser un repas où il prend un supplément diététique si on lui offre ou reçoit nutrition par sonde nasogastrique ou par voie parentérale, assurant la plupart des besoins nutritionnelles.

4- Excellent: Il mange la plupart de chaque repas. Jamais refuse un repas. D'habitude mange un total de 4 services ou plus au jour, de protéines (viande ou produits du lait) Occasionnellement mange entre les repas. Il n'a pas besoin de supplément diététique.

5.6 FROTTEMENT ET RISQUE DE LESSIONS:

1- Problème: A besoin de modéré et maximal assistance pour être bougé. C'est impossible de le lever complètement sans produire un frottement contre les draps du lit. Fréquemment glisse vers les pieds du lit ou dans la chaise, ayant besoin de fréquents repositionnement avec l'aide maximale. L'existence d'spasticité, contractures ou agitation produisent un frottement presque constant.

2- Problème possible: Bouge très peu ou a besoin de minime assistance. Pendant les mouvements, la peau probablement frotte contre le drap de lit, la chaise, les systèmes de succion ou d'autres objets. La plupart du temps a une bonne position dans la chaise ou au lit, mais occasionnellement peut glisser vers le distal.

3- Il n'existe pas problème en apparence: Bouge bien au lit et dans la chaise avec indépendance et a suffisant force musculaire pour se lever complètement quand il bouge. Toujours il a une bonne position au lit et dans la chaise.

6. LOCALIZATION:

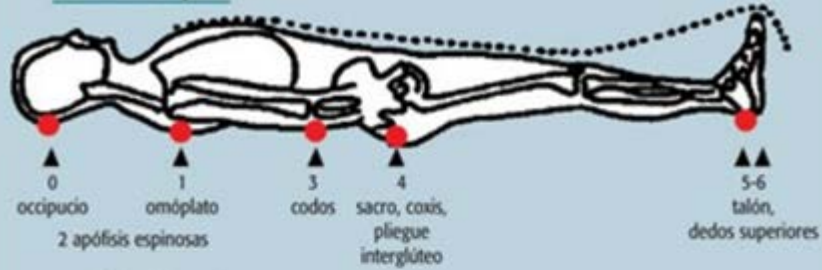
Les EPP peuvent apparaître dans quelque région du corps, dans les zones de la peau soumises à une plus grande pression et dépendent de la posture plus fréquente du patient.

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

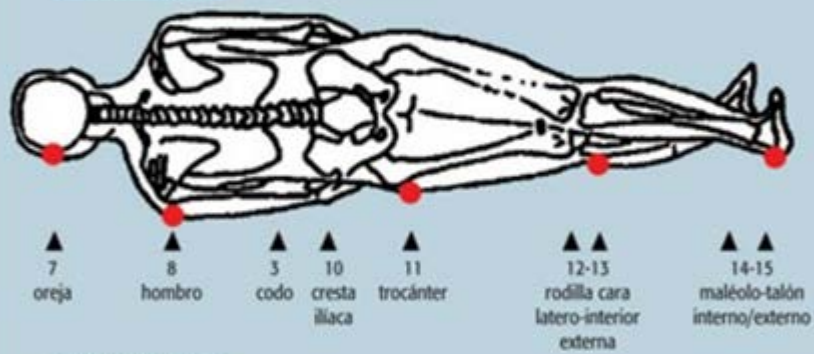
- En decubitus dorsal: région sacrée, talons, coudes, omoplates, nuque/occipital, coccyx.
- En decubitus latéral: malleoles, trochanters, côtes, épaules/acromion, oreilles, crêtes iliaques, région interne des genoux.
- En decubitus pronus: orteils, genoux, génitales masculines, seins, joues, oreilles, nez, crêtes iliaques.
- En sédation: omoplates, ischions, coccyx, trochanters, talons, métatarsiennes.

Prominencias óseas más vulnerables a la aparición de úlceras por presión

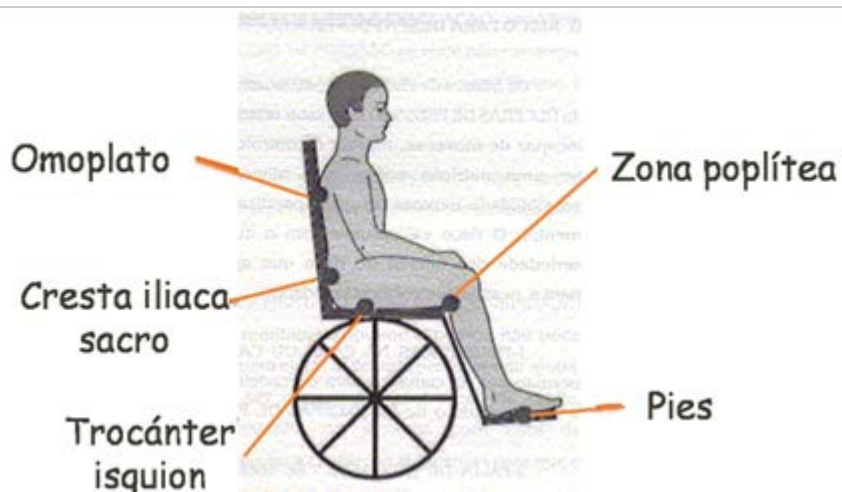
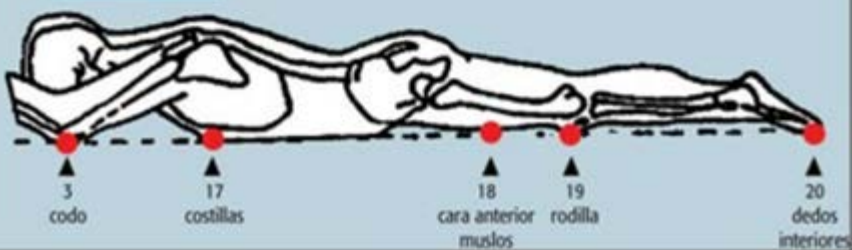
Decúbito supino



Decúbito lateral



Decúbito prono



7. CLASIFICACION:

Les EPP se classifient dans 4 stades selon le degré de lésion tissulaire.

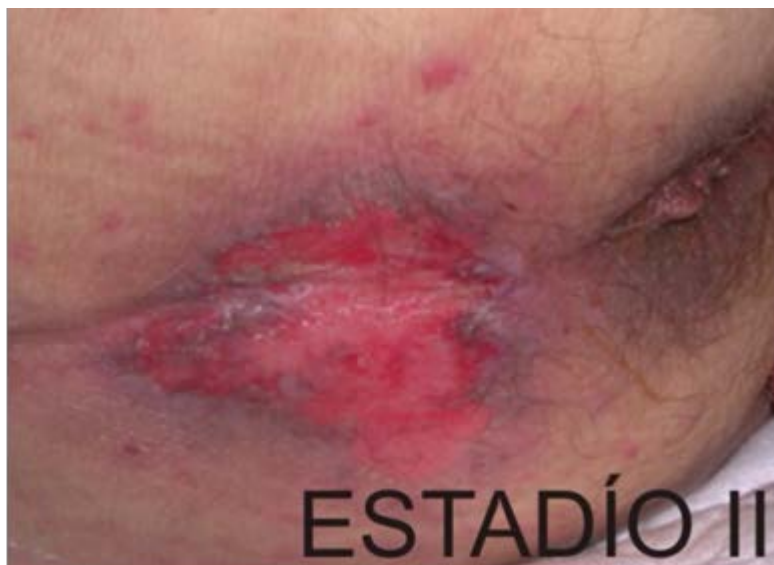
STADE I:

- Erythème cutané dans la peau intégrale et que ne disparaît pas avec la pression; dans les peaux noires peut présenter une tonalité rouge, bleu ou violet.
- En comparaison avec une aire opposée ou adjacente du corps pas soumise à pression, peut inclure des changements dans la température (chaud ou froid), résistance du tissu (œdème, induration) et/ou sensations (douleur...)



STADE II:

- Perte partielle de la épaisseur de la peau, qui atteint l'épiderme, la derme ou les deux.
- Ulcération superficielle avec l'aspect d'abrasion, ampoule ou cratère peu profond.



STADE III:

-Perte totale de la grosseur de la peau, qui atteint le tissu sous-cutané et qui peut atteindre l'aponévrose musculaire.



STADE IV:

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

Dans ce stade comme dans le III, peuvent exister nécrose, lésions cavitaires, avec tunnelisations et trajets sinusoïdaux.

Dans tous les cas, on doit enlever le tissu nécrotique s'il existe, pour déterminer le stade de l'escarre.



8. SOINS SPECIFIQUES DE LA PREVENTION:

8.1 SOINS DE LA PEAU:

- Il faut maintenir la peau propre et sèche. Employer du savon dermoprotecteur, laver et secher sans friction.
- Appliquer de la creme hydratante (a exception des zones de pression) en procurant sa complete absorption, si le patient a la peau très sèche.
- Appliquer acides gras hiperoxigenés dans les zones de risque de developpement de EPP, et avec la peau intacte.
- Maintenir 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.

- Valoriser 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'utilisation de surfaces speciales d'appui et la protection locale devant la pression.

8.3.1 MOBILITATION:

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

Dans des patients colaboreurs, stimuler et faciliter la movilité et l'activité phisque tout le possible. Dans les patients non colaboreurs (dementie, coma...) faire movilisation 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 individualisée, 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 développer EPP, en doivent pas rester assis plus de 2 heures, chaque fois.
- Eviter dans le possible d'appuyer directement sur les lésions.
- Maintenir l'alignement corporel, la distribution du poids et l'équilibre du patient bien assis ou alité.
- Vigilance des sondes, masques, lunettes nasales, drains, voies centrales et pansements, évitant la pression constante dans une zone, avec le risque de créer EPP iatrogéniques.

EPP produite par la sonde nasogastrique



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



- Eviter le contact direct des prominences osseuses l'une contre l'autre avec des oreillers ou d'autres surfaces mousses.
- Eviter l'action de trainer. Faire les mobilisations en réduisant les forces tangentiales et la friction.

8.3.3 SURFACES SPECIALES D'APPUI:

Si possible avec des Matelas Antiescarre...

8.3.4 PROTECTION LOCALE:

Dans les régions plus exposées aux EPP comme les talons, région occipitale, coudes, on doit employer des coussins d'écume, coton ou d'autres matériaux pour diminuer la pression sur ces zones.

9. SOINS GENERALES:

Il faut traiter toutes les maladies qui peuvent induire la présence des Escarres: affections respiratoires, circulatoires, métaboliques...

9.1 NUTRITION ET HYDRATATION:

Plusieurs études montrent que la désnutrition c'est un facteur de risque important pour la formation de EPP. Pour garantir un apport nutritionnel complet, le patient doit suivre une diète équilibrée, selon les besoins en fonction de l'âge, le genre, l'activité physique, l'état physiologique et pathologique.

9.2 EDUCATION SANITAIRE:

C'est un instrument pour aboutir au niveau d'indépendance et d'autonomie de la part du patient et de sa famille, à travers l'information et l'acquisition d'habiletés, pour obtenir des habitudes et conduites bonnes pour sa santé.

10. MESURES DU TRAITEMENT DES EPP:

L'objectif du traitement c'est améliorer la viabilité des tissus et favoriser la guérison de la lésion.

Le traitement du patient avec EPP doit faire attention aux aspects suivants:

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

10.1 SOINS DE L'ESCARRE:

Au niveau locale, chacun des soins de la lésion doivent aller en fonction du stade évolutif et des caractéristiques de la lésion. Le traitement peut varier, selon la réponse évolutive de la plaie.

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

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



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

- 1.- Débridement du tissu nécrotique.
- 2.- Nettoyage de la plaie.
- 3.- Prévention et prise en charge de l'infection bactérienne.
- 4.- Election d'un produit qui puisse maintenir tout le temps le lit de l'escarre, humide et à la température du corps.

10.1.2.1 DEBRIDEMENT.

La présence dans de la plaie de tissu nécrotique, bien comme escarre noire, jaune...sèche ou humide, c'est idéal pour la prolifération bactérienne et empêche la guérison.

L'élimination de ces tissus modifie de façon favorable, l'évolution de la plaie vers la guérison.

Il faut donc éliminer le tissu devitalisé dans les EPP, en sélectionnant la méthode de débridement plus adaptée à l'état du patient.

On peut classer les méthodes de débridement en: coupantes (chirurgicales), chimiques (enzymatiques), autolytiques et mécaniques.

Ces methodes en sont pas incompatibles. C'est bon sa combinaison pour obtenir les meilleurs résultats (par exemple debridement coupante, associé a debridement enzymatique 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 enzymatique:** c'est une methode a valorer quand le patient en tolère pas le debridement chirurgicale. La collagenase (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 amorphe, pansements hidrocoloides).

- **Debridement mecanique:** 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'antérieur 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 lésions 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 chirurgical des EPP.

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

10.1.2.4 TRAITEMENT 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.