



Hospitiaux de Lyon

EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE ET ACTIONS PREVENTIVES : INTERVENTION INFIRMIERE



Guide

Version n°2 mars 2011

Emetteur : DiCS Har-PM2

Validation : DiCS - Groupe plénier Har-PM2

Destinataires : Infirmiers, aides soignants des unités de soins, en partenariat avec les rééducateurs diététiciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes

1 Objet et champ d'application

Cette intervention infirmière décrit successivement l'observation clinique infirmière orientée sur le risque d'escarre, les typologies de patients à risque, les facteurs de risque, les données du jugement clinique infirmier à rédiger dans le dossier de soins et les actions de prévention à mettre en œuvre.

Cette démarche s'inscrit dans la continuité des soins des interventions paramédicales, en respectant les champs de compétence de chaque professionnel.

2 Démarche clinique infirmière

OBSERVATION CLINIQUE INFIRMIERE :

REGARDER



- Le positionnement au lit et au fauteuil
- La capacité de la personne à se mouvoir et à réaliser les gestes de la vie courante
- L'existence de mouvements incontrôlés (frottements)
- La présence de rétractions articulaires
- L'aspect visuel de la peau
- La présence d'oedème
- L'existence de saillies osseuses
- L'existence de cicatrices d'escarres
- La présence de mimiques douloureuses
- La macération liée soit à une incontinence soit à une transpiration excessive
-

ECOUTER



- Les troubles de l'élocution et autres difficultés pour parler
- La compréhension et la cohérence des propos
- La connaissance de la maladie et des pathologies associées
- Les plaintes
-

INTERROGER à l'arrivée



- Les ATCD d'escarres
- Le nombre d'heures d'alitement
- Les difficultés de la prise alimentaire et la capacité à boire et à déglutir
- La qualité et la quantité de la prise alimentaire
- Le type d'incontinence
-

TOUCHER



- LA PEAU : l'épaisseur en regard des saillies osseuses, l'élasticité de la peau la sécheresse de la peau
- L'acceptation de la personne au touché cutané
- L'altération de la perception sensorielle
- La possibilité de réduire d'éventuelles rétractions des membres ou positions vicieuses
- La présence d'oedèmes
-

Ces 4 actions sont à **mettre en œuvre simultanément au regard de chaque facteur de risque d'escarre**, à l'accueil et dans les 24 à 48h qui suivent l'arrivée du patient, puis tout au long du séjour, **dans une démarche globale auprès de la personne soignée et de son entourage.**



TYPOLOGIES DE PATIENTS A RISQUE	FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE	DONNEES DU JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER	ACTIONS PREVENTIVES
<p>Les patients atteints de pathologies neurologiques : <i>Blessés médullaires, SEP, SLA, Myopathies,</i></p>	<p>La pression : Forces perpendiculaires qui diminuent ou interrompent la microcirculation cutanée (lit et fauteuil)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poids du patient / incapacité de la personne à modifier ses points d'appui au lit ou au fauteuil • Importance de la durée et de l'intensité des pressions d'interface, en fonction des activités du patient (alitement, position assise, transports examens, table de bloc ou d'imagerie) 	<p><u>Diminuer les pressions d'appui :</u> → <u>Décharger les points d'appui</u> à risque tout en veillant à ne pas générer de nouvelles zones d'appui → <u>Limiter le temps d'exercice de la pression</u> en appliquant le <u>principe d'alternance</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Installer le matelas et les matériels de positionnement adaptés au lit. 2- Programmer et réaliser des changements de positions, jamais en décubitus latéral, mais en DSLO à 30°. 3- Installer un coussin de prévention d'escarre au fauteuil 4- Prévoir matelas de brancard pour les examens hors unité.
<p>Les grands malades Ou hospitalisés en réanimation : <u>Insuffisance aigue ou chronique :</u> <i>cardiaque, pulmonaire, rénale, métabolique, ... pathologies inflammatoires, rhumatologique, diabète. cancers.</i></p>	<p>Le cisaillement : Glissement des couches cutanées les unes sur les autres => forces obliques 3 fois plus ischémiantes sur les tissus que les forces verticales d'appui.</p> <p>Les frottements et étirements de la peau</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Position demie assise (30°) fréquente au lit (<i>sacrum</i>) • Position latérale au lit tête surélevée (<i>trochanters</i>) • Effet hamac sur la peau si draps trop tendus ou housse de matelas non élastique, ou port de vêtements trop ajustés. • Glissement au fauteuil (<i>ischions, sacrum</i>) • Transferts lit/fauteuils • Spasticité, contractures, agitation spontanée, générant des frottements cutanés • Incapacité à se soulever dans le lit sans frotter • Soins d'hygiène réalisés par les soignants 	<p><u>Surveiller l'état cutané au toucher (effleurage)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5- Eviter position demi assise au lit au long cours, pour éviter le cisaillement cutané. Préférer le lever au fauteuil ou l'installation à 45° au lit sur une courte durée, à réévaluer et à adapter quotidiennement : Utiliser la plicature de la partie inférieure du lit (pour éviter au poids du corps de glisser vers le bas) et utiliser la position proclive pour redresser le patient. 6- Housse de matelas bi élastique, draps sans plis mais non bordés, conseils vestimentaires adaptés. 7- Mettre des cales pieds au fauteuil -> cuisses horizontales, matériels et /ou coussin de prévention stables et anti glisse 8- Utiliser le matériel d'aide aux transferts : verticalisateur électrique, lève malade. 9- Installer le matériel de positionnement permettant au patient de conserver sa mobilité : talonnières coudières amovibles. 10- Soulever le patient lors des mobilisations au lit. Précaution dans l'écartement des fesses (<i>fissure inter fessières</i>) lors des soins d'hygiène ou en tournant le patient dans son lit. 11- Proscrire les massages ; sécher attentivement la peau sans frottement.
<p>Les personnes âgées hospitalisées : <i>poly pathologies associées, insuffisances organiques liées à l'âge, dépendance physique et ou psychique AVC, parkinson,...</i></p>	<p>L'immobilité et la diminution de l'activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité de la personne à modifier spontanément ses points d'appui - Douleur chronique ou aigue - Troubles de la conscience, sédation - Troubles neurologiques - Traumatismes orthopédiques 	<p>1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 10 - 11</p> <ol style="list-style-type: none"> 12- Education de la personne soignée : lui apprendre à se mobiliser régulièrement au lit et au fauteuil et à réaliser ses transferts ; lui apprendre à utiliser d'autres techniques, en fonction de ses capacités (ex : auto soulèvements, mobilisation du tronc,..)
	<p>La perte de la sensibilité liée aux neuropathies</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité du patient à ressentir la douleur générée par l'ischémie tissulaire/pression d'appui y compris provoqués par de petits objets, ou forces obliques. - Troubles de la conscience, sédation - Troubles neurologiques 	<p>1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 10 - 11 - 12</p> <ol style="list-style-type: none"> 13- Éliminer les objets durs ou les corps étrangers dans le lit, ou au fauteuil (miettes de pain et autres débris alimentaires) 14- Bien positionner les tubulures, les tuyaux de SAD Éviter la mise en appui accidentel sur petits dispositifs médicaux (bouchon robinet, capuchon d'aiguille,..) 15- Vêtements aérés, de préférence en coton, non serrés, changés tous les jours, sans coutures épaisses ni boutons



TYPOLOGIES DE PATIENTS A RISQUE	FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE	DONNEES DU JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER	ACTIONS PREVENTIVES
<p>Les patients atteints de pathologies neurologiques : <i>Blessés médullaires, SEP, SLA, Myopathies,</i></p>	<p>L'incontinence urinaire et fécale</p> <p>L'humidité et la macération cutanée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de la personne à assurer ses soins d'élimination : fragilité cutanée • Irritation cutanée liée au PH acide des excréments, des urines ou des écoulements • Macération liée à une transpiration excessive (fièvre,...) 	<p>16- Gérer l'incontinence et la macération et surveiller l'état cutané</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toilette génitale à chaque change - Adapter les produits absorbants à l'incontinence de la personne soignée et respecter le protocole préconisé. - Vérifier les indicateurs de saturation - Éviter les surépaisseurs. Ne pas mettre d'alèze supplémentaire et adapter les surveillances à cette pratique - Si irritation cutanée : Cf. fiche phase de rougeur persistante → Protéger la peau, avec un pansement protecteur → Utiliser des collecteurs: étui pénien, collecteur fécale externe ou interne
<p>Les grands malades Ou hospitalisés en réanimation : <i>Insuffisance aigue ou chronique : cardiaque, pulmonaire, rénale, métabolique, ... pathologies inflammatoires, rhumatologique, diabète, cancers.</i></p>	<p>La diminution de la résistance cutanée,</p> <p>L'âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes traitées par corticothérapie, • Traumatismes médullaires : dégradation du collagène de la peau • Personne âgée : atrophie sous cutanée (perte du panicule adipeux), peau flasque déshydratée 	<p>17- Assurer l'hygiène de la personne quotidiennement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laver la peau à l'eau tiède - Utiliser un savon surgras en <u>petite quantité</u> - Ne jamais frotter Prendre le temps de <u>bien rincer</u> - Bien <u>sécher sans frotter</u> - <u>Hydrater la peau</u> (émollients) - Réfection du lit autant que nécessaire
<p>Les personnes âgées hospitalisées : <i>poly pathologies associées, insuffisances organiques liées à l'âge, dépendance physique et ou psychique AVC, parkinson,...</i></p>	<p>La dénutrition et la déshydratation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Variation de poids, IMC • Difficultés de prise alimentaire et hydrique • Troubles de déglutition • <u>Hyper catabolisme des protéines lié à un syndrome inflammatoire</u> : plaie, pathologie métabolique, rhumatismale, infectieuse, cancer,... 	<p>18 -Veiller à l'équilibre alimentaire</p> <p>19- Comprendre et traiter les causes de la dénutrition</p> <p>20- Assurer la prise alimentaire et hydrique suffisante si incapacité de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapter les menus au goût de la personne - Suppléments hyperprotidiques, collations lactées,.. - Adapter la texture des aliments aux troubles de déglutition - Fractionner la prise alimentaire et proposer des collations - Proposer et varier les boissons
	<p>L'insuffisance du niveau de participation du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déni de pathologie ou refus du handicap • Absence de coopération • Incompréhension • Perte d'estime de soi • Fatigue 	<p>21 - Favoriser la participation de la personne et /ou de son entourage à la prévention de l'escarre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des ressources de la personne et de son entourage en respectant leur autonomie (capacité à décider d'eux même)
	<p>la diminution de la vascularisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Maladie chronique ou état clinique instable</u> • Troubles hémodynamiques, état de choc, bas débit cardiaque, troubles du rythme, troubles de coagulation • Adaptation vasomotrice perturbée (ex: comas, AVC), diabète • Quantité d'hémoglobine insuffisante (anémie,...) • Insuffisance respiratoire, BPCO, tabagisme,... 	<p>22 - Mettre en œuvre les prescriptions médicales visant à améliorer l'état clinique de la personne</p> <p>23 - Prévenir tout risque infectieux : Mise en œuvre des recommandations standard Equilibrer un diabète</p>
	<p>Altération de l'état psychique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la communication • Désorientation • Agitation/somnolence 	<p>24 - Prise en charge relationnelle adaptée à la personne soignée : Orienter, rassurer, expliquer, interroger</p>



Définitions et abréviations

DiCS : Direction Centrale des Soins

Har-PM2 ; Harmonisation des Pratiques et des Matériels des Para Médicaux

3 Documents de références

Cadre législatif : Le décret n°2004 -802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de santé publique

- L'exercice de la profession d'infirmier et plus particulièrement dans le rôle propre infirmier : art 4311-5 « *prévention et soins d'escarre ...* »
- l'exercice de la profession manipulateur d'électroradiologie médicale ; art 4351-2 et 4351-3.... c) *met en place le patient, conformément aux exigences de la technique utilisée, en tenant compte de son état clinique ; d) Participe à la surveillance clinique du patient au cours des investigations et traitements et à la continuité des soins* »
- L'exercice de la profession de kinésithérapeute art 4321-9 : « *le kiné est habilité ... à prévenir les escarres* »
- L'exercice de la profession d'ergothérapeute art 4331-2 et 4341-4 « *les ergothérapeutes peuvent contribuer lorsque les traitements sont assurés par un établissement à caractère sanitaire, au traitement des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou handicaps de nature somatique...* »
- Conférence de consensus ANAES 2001
- Guide méthodologique du dossier de soins des paramédicaux
- Méthodologique des transmissions ciblées

4 Documents Associés

- Recommandations pour la prévention et le traitement de l'escarre HCL 2004
- Evaluation du risque d'escarre à l'accueil du patient _ rôle de chacun
- Choix adapté d'un support préventif ou curatif d'escarre à partir du risque _adultes
- Choix adapté d'un support préventif ou curatif d'escarre à partir du risque _pédiatrie
- Echelle de Norton modifiée_ calcul du risque d'escarre document d'enregistrement
- Echelle de Waterlow _calcul du risque d'escarre document d'enregistrement

Auteurs : DiCS Groupe Har-PM2 « Escarre et plaie chronique » : Annie ASTIER, Christiane BOLLON, Paul DAMASCENO, Colette DUMONT, Eric NOUVEAU, Myriam PASSOT, Ariane TIXIER, Laurence WARIN.

Relecteurs : Nadine AMBARD, Juliette ANTONIOTTI, Valérie BAILLARD, Véronique CHAMBARD, Christine BRUCHON, Christine COMBY, Pierre DESSIRIER, Lucie JAEGER, Mireille PHILIBERT, Sylvie PULCINA, Christian RAQUIN, Sylvie ROBERT, Maud SAILLANT, Danielle THOLLON

Contacts : Christiane BOLLON CSS, DiCS christiane.bollon@chu-lyon.fr

Date de 1^{ère} version : Octobre 2009

Mots clés : accueil, évaluation, risque d'escarre, démarche de soins, jugement clinique infirmier