Forum escarre 2015

Détection et prévention, nouvelles recommandations HUG : Quels changements ?

Anne-Claire Raë
Odile Thevenot
Anne-Laure Blanchard Courtois

Hôpitaux Universitaires Genève

Détection et prévention, nouvelles recommandations HUG :

Quels changements?

Que pensez-vous de la nécessité de l'utilisation d'une échelle d'évaluation de risques d'escarres?

Brainstorming

-

-

-

Problématique de l'escarre

- L'immobilisation (position assise ou allongée prolongée), l'âge, les troubles circulatoires, une peau moite (en cas d'incontinence), une pression extérieure, notamment en raison d'un plâtre ou autres supports médicaux font partie des facteurs principaux d'apparition.
- Les escarres impactent sur la qualité de vie des patients (physique, psychologique, social, économique, AVQ, douleurs..etc) 1

1 Gorecki et al, Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review, J Am Geriatr Soc, 2011, 57(7),1175-1183

L'ESCARRE :

- ✓ Morbidité, mortalité ↗
- ✓ Douleurs ↗
- ✓ Qualité de vie, perte d'autonomie ↘
- ✓ 70% des plaies de pression affectent les personnes âgées
- ✓ Une étude prospective a démontré que les escarres sont développés dans les 2 premières semaines d'hospitalisation

Étiologie

- **La peau**

protège notre organisme des toxines et des irritants de l'environnement externe
-> Prévient la perte d'eau et d'électrolytes
-> Barrière d'humidité constituée de cornéocytes qui sont des facteurs naturels d'hydratation (20% humidité de la couche cornée), de lipides intercellulaires provenant des kératinocytes (production dépend du pH de la couche cornée) pH peau saine varie de 4 à 6,8.

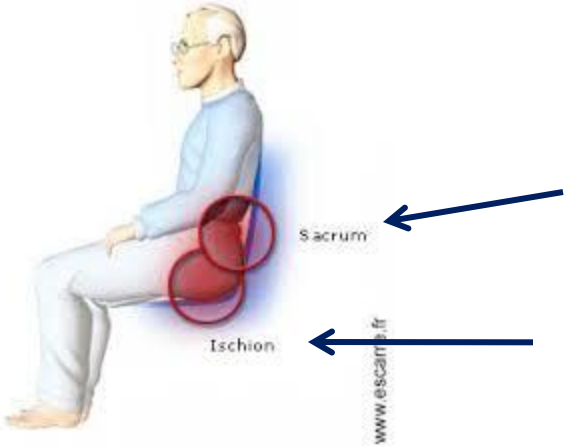
- **Lors du vieillissement de la peau, le renouvellement des cellules épidermiques est plus lent**

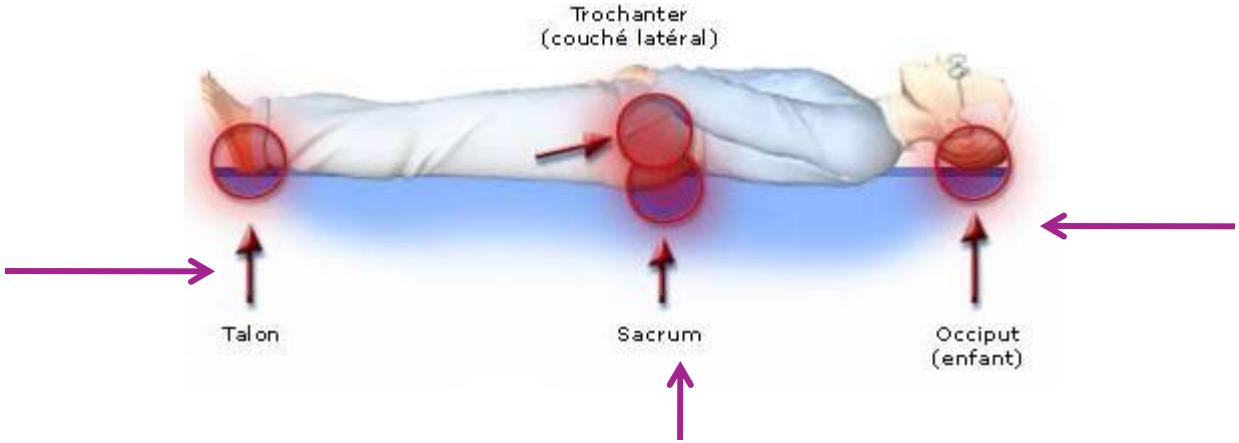
→ la barrière de la couche cornée devient moins efficace
→ la peau est plus perméable donc moins résistante
→ On observe une diminution de la production de lipides dont le sébum ce qui augmente le risque de fissures intercellulaires qui favoriseront la pénétration d'irritants.

Déshydratation organisme, assèchement peau

= augmentation du risque d'apparition de lésions

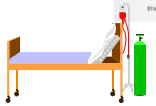
Zones à risques d'apparition d'escarres





Les facteurs de risques

⇨ intrinsèques à l'individu :

- alimentation/dénutrition
- âge
- état de conscience/ altération de la perception sensorielle
- conditions physiques
- milieu humide
- transpiration/incontinence
- peau sèche
- mobilité 
- Douleur

⇨ extrinsèques à l'individu:

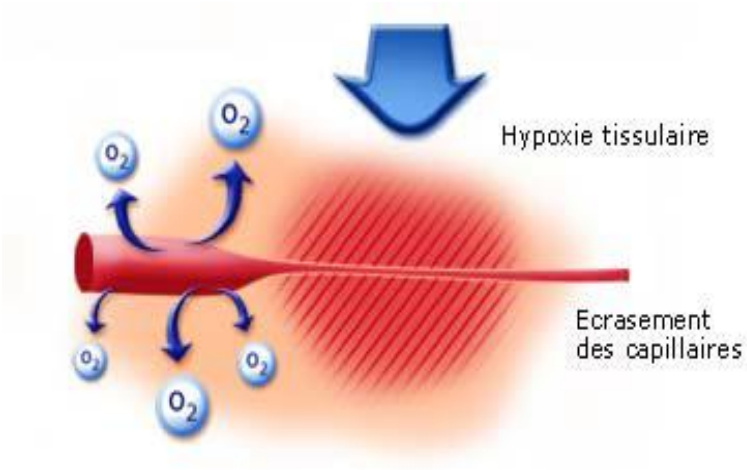
- pression/compression
- cisaillement
- frictions / frottements
- macération

La physiopathologie de l'escarre

- **1er facteur extrinsèque ou mécanique : La pression**

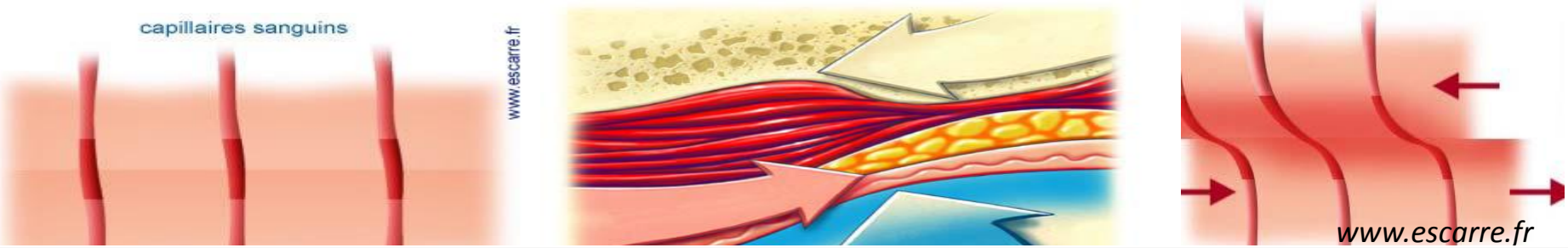
Pression = Poids / Surface

Ecrasement des capillaires -> ralentissement du flux sanguin
-> stase -> œdème –> ischémie -> infarctus tissulaire-> nécrose

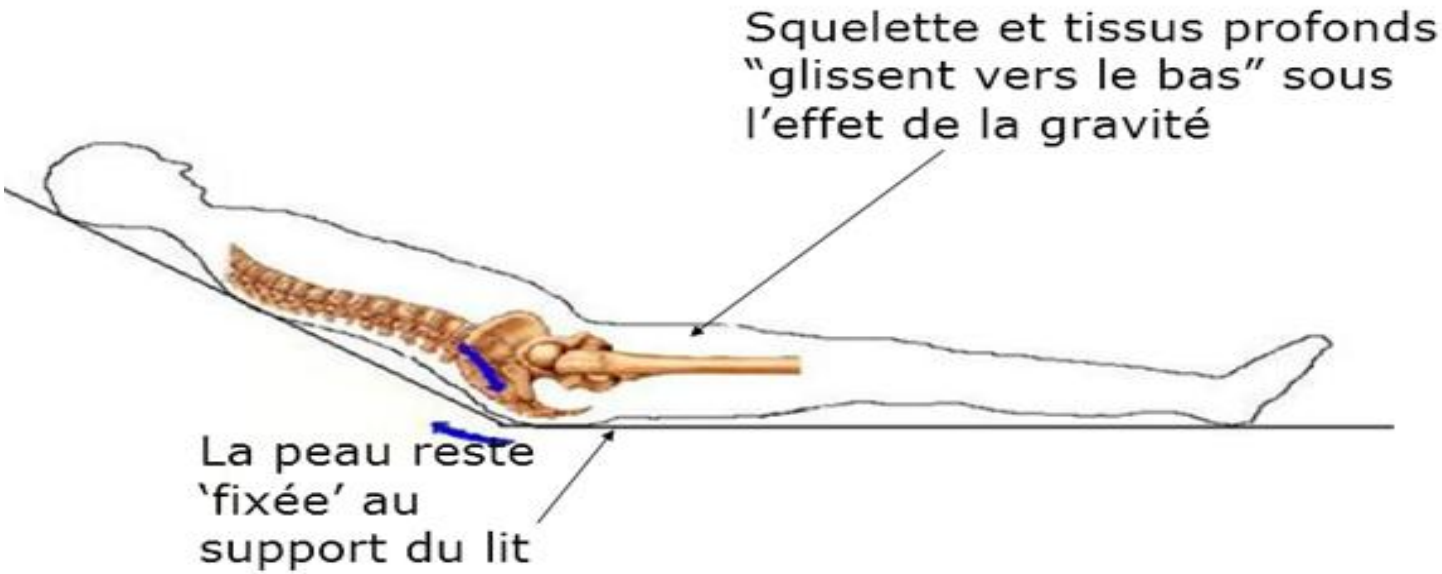


2ème facteur extrinsèque : Le cisaillement

= glissement des couches tissulaires les unes sur les autres avec les forces obliques



Le cisaillement

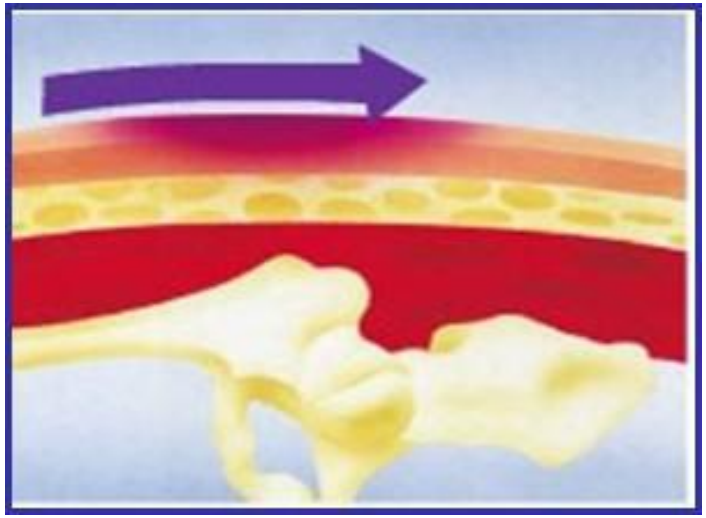


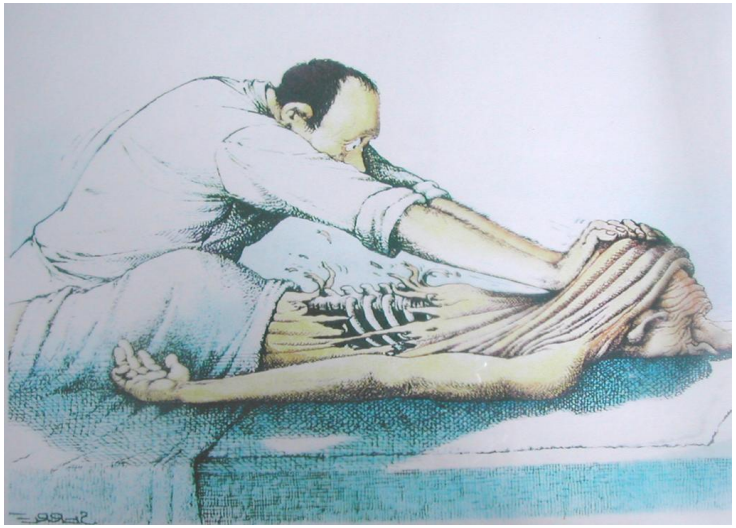
Support du lit

3ème facteur extrinsèque : Le frottement et la friction

Forces entre 2 surfaces fréquemment a l'origine de l'ouverture initiale de la peau :

-> vigilance accrue lors des repositionnements ou des mobilisations forces entre 2 surfaces.





4ème facteur extrinsèque : La macération

Incontinence urinaire
Incontinence fécale
Transpiration excessive

Facteurs extrinsèques mécaniques

+

Facteurs intrinsèques cliniques

=

risque d'escarre

Pourquoi évaluer les risques?

- L'escarre est une pathologie grave. Son occurrence est importante. Les personnes susceptibles de développer une escarre sont très nombreuses.

  La prévention de l'escarre varie depuis des mesures simples et économiques (conseil alimentaire, explication des bonnes positions, implication d'un patient conscient et collaboratif, ...) jusqu'à une prise en charge très lourde (support dynamique, surveillance et positionnements réguliers…)

  L 'évolution souvent rapide des patients à risque amène à réactualiser cette évaluation, notamment en cas de dégradation rapide de la santé du patient.

Le risque est mesuré pour que l'escarre soit évitée

- Un risque très élevé ne veut pas dire que l'escarre va se produire. Cela signifie seulement que les moyens nécessaires pour l'éviter doivent être plus importants qu'en cas de risque faible.

  La majorité des escarres sont évitables !

Comment évaluer le risque d'apparition?

Il existe de nombreuses échelles pour évaluer le risque d'escarre (Waterloo, Norton, Braden, Fragmment…)

Elles ont chacune leurs avantages. Elles permettent de repérer les patients à risque de façon harmonisée.
Elles soutiennent le jugement clinique du soignant.

Ce qui est important, c'est d'utiliser une échelle commune afin de pouvoir définir une stratégie de prise en charge cohérente.

De Fragmment à Braden…?

Echelle Fragmment = outil conçu aux HUG à partir des échelles Norton et Braden

	BRADEN	NORTON	FRAGMMENT
Perception Sensorielle	X		
Nutrition	X		
Mobilité	X	X	X
Activité	X	X	
Humidité	X		
Friction et cisaillement	X		X
Etat mental		X	X
Etat physique		X	
Incontinence		X	
Age			X

Echelle Braden

= outil validé sur le plan international,

= utilisé pour l'enquête nationale de l'ANQ,

= composée de 6 critères

Echelle de Braden ©

Items / évaluation	1	2	3	4
Perception Sensorielle ***Capacité à répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression***	Complètement limitée	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune atteinte
Nutrition ***Profil de l'alimentation habituelle***	Très pauvre	Probablement inadéquate	Adéquate	Excellente
Mobilité ***Capacité de changer et de contrôler la position de son corps***	Complètement immobile	Très limitée	Légèrement limitée	Non limitée
Activité ***Le degré d'activité physique***	Alité	Confinement au fauteuil	Marche à l'occasion	Marche fréquemment
Humidité ***Le degré d'humidité auquel la peau est exposée***	Constamment humide	Très humide	Occasionnellement humide	Rarement humide
Friction et cisaillement	Problème	Problème potentiel	Aucun problème apparent	

Score de 6 à 23, plus le score est bas, plus le patient est à risque

15 à 18 : Risques faibles 13 – 14 : = Risques modérés =< 12 : Risques élevés

Echelle de Braden © / Consignes exercice

1. Prendre connaissance des items de l'échelle de Braden ©
2. Prendre connaissance de la situation clinique de Mr A
3. A deux, compléter l'échelle de Braden© en regard de la situation clinique
4. Proposer des mesures de prévention à mettre en place

Étude de cas / Forum escarre 2015

- Mr. A. 60 ans pèse 80 kg et mesure 170 cm, patient est paraplégique depuis plus de 20 ans, suite à un accident de cheval.
- Il est hospitalisé depuis trois jours pour une fracture du tibia droit suite à une chute lors d'un transfert. Les chirurgiens décident de traiter la fracture de façon conservatrice et un plâtre inamovible est posé sur la jambe droite par la salle de plâtre. Le plâtre l'empêche de se débrouiller seul chez lui pour ses soins et ses AVQ. Il ne peut plus se lever seul dans le fauteuil car le plâtre est lourd. Le patient a besoin d'aide pour s'installer au fauteuil et au lit et réaliser ses changements réguliers de position. Il présente de fréquentes diarrhées depuis son arrivée actuellement investiguées. Il ne mange que la moitié de ses plateaux.
- Le patient est habituellement en bonne santé. Il vit seul et gère très bien son handicap. Il se nourrit correctement, hydrate et surveille bien sa peau. Il réalise des auto-sondages trois fois par jour et une évacuation manuelle des selles est réalisée par l'équipe des soins à domicile qui interviennent tous les matin. Il est particulièrement fier de ne jamais avoir développé d'escarre pendant toutes ces années. Son fauteuil est équipé d'un coussin de prévention.

Echelle de Braden © / mise en commun

Items / évaluation	1	2	3	4
Perception Sensorielle ***Capacité à répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression***	Complètement limitée	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune atteinte
Humidité ***Le degré d'humidité auquel la peau est exposée***	Constamment humide	Très humide	Occasionnellement humide	Rarement humide
Activité ***Le degré d'activité physique***	Alité	Confinement au fauteuil	Marche à l'occasion	Marche fréquemment
Mobilité ***Capacité de changer et de contrôler la position de son corps***	Complètement immobile	Très limitée	Légèrement limitée	Non limitée
Nutrition ***Profil de l'alimentation habituelle***	Très pauvre	Probablement inadéquate	Adéquate	Excellente
Friction et cisaillement	Problème	Problème potentiel	Aucun problème apparent	

Propositions d’interventions

Evaluation du risque et recommandations de prévention

ESCARRES : ÉVALUATION DU RISQUE ET RECOMMANDATIONS DE PRÉVENTION

HUG Hôpitaux Universitaires Genève

Echelle de Braden®

- Evaluer le risque et l'état cutané dans les 24 heures suivant l'entrée du patient.
- Réévaluer le risque au 3e jour puis selon l'évolution du patient.
- Renouveler l'évaluation lors d'un changement d'état clinique du patient : baisse de l'état général, T°,…

Perception sensorielle Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression	**Complètement limitée = 1** Absence de réaction (ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie du son corps.	**Très limitée = 2** Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. OU A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du son corps.	**Légèrement limitée = 3** Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. OU A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres.	**Aucune atteinte = 4** Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort.
Humidité Le degré d'humidité auquel la peau est exposée	**Constamment humide = 1** La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. Le matelas est refait à chaque fois que la personne est changée de position.	**Très humide = 2** La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail.	**Occasionnellement humide = 3** La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour.	**Rarement humide = 4** La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels.
Activité Le degré d'activité physique	**Alité = 1** Confinement au lit.	**Confinement au fauteuil = 2** La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil (et/ou roulant).	**Marche à l'occasion = 3** Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Passe la plupart de chaque quart de travail au lit ou au fauteuil.	**Marche fréquemment = 4** Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil.
Mobilité Capacité de changer et de contrôler la position de son corps	**Complètement immobile = 1** Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance.	**Très limitée = 2** Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante.	**Légèrement limitée = 3** Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante.	**Non limitée = 4** Fait des changements de position importants et fréquents sans aide.
Nutrition Profil de l'alimentation habituelle	**Très pauvre = 1** Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours.	**Probablement inadéquate = 2** Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de nutritionnentérale.	**Adéquate = 3** Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. OU Est alimenté par nutrition entérale ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels.	**Excellente = 4** Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et des produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire.
Friction et cisaillement	**Problème = 1** Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit ou au fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante.	**Problème potentiel = 2** Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion.	**Aucun problème apparent = 3** Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil	

Interventions de prévention selon le score Braden®

	15 à 18 Risques faibles	13–14 Risques modérés	12 et moins Risques élevés
Observer l'état cutané et hydrater la peau quotidiennement	✓	✓	✓
Redistribuer les pressions	✓	✓	✓
S'assurer que le lit du patient est bien équipé d'un matelas de prévention	Type chocolat, clinoplat®, NP100®	Type chocolat, clinoplat®, NP100®	Type à air dynamique Nimbus®
Changer de position		aux 4h	aux 2h à 3h
Mettre en place des coussins de position au lit et de prévention au fauteuil		✓	✓
Réduire la friction et le cisaillement ▸ Privilégier la position assise dans un fauteuil ▸ Eviter de monter le dossier du lit à plus de 30° (sauf particularité en lien avec la situation du soin) ▸ Utiliser une alése de positionnement au moment des mobilisations au lit ▸ Les talons et les coudes doivent être surélevés et hydratés régulièrement ▸ Le nombre de couches (alése, protection, meltus) entre le patient et le lit à système de réduction de pression diminue l'effet de prévention	✓	✓	✓
Contrôler l'humidité ▸ Utiliser un protecteur cutané type CombiseBarriere® ou Cavilon® spray ▸ Utiliser des produits d'incontinence adaptés (protections absorbantes, étuis pénien, tampons anaux, collecteurs fécaux) ▸ Traiter la cause si cela est possible	✓	✓	✓
Maintenir une bonne alimentation et hydratation ▸ Veiller à la prise de trois repas d'une portion normale par jour ▸ Evaluer la couverture des besoins nutritionnels si l'item nutrition du Braden® est < 4 et définir les interventions (supplément nutritif, consultation diététique…)	✓	✓	✓

DS-DN-« Echelle B Braden » Septembre 2015

- Evaluer le risque et l'état cutané dans les 24 h suivant l'entrée du patient
- Réévaluer le risque au 3ème jour puis selon l'évolution du patient
- Renouveler l'évaluation lors d'un changement de l'état clinique du patient: baisse de l'état général, T°…

http://www.hug-ge.ch/plaies-cicatrisation/contacts

Evaluation du risque et recommandations de prévention

Interventions de prévention selon le score Braden©	15 à 18 Risques faibles	13 – 14 Risques modérés	12 et moins Risques élevés
➢ **Observer l'état cutané et hydrater la peau quotidiennement**	✓	✓	✓
➢ **Redistribuer les pressions**	✓	✓	✓
➢ **S'assurer que le lit du patient est bien équipé d'un matelas de prévention**	Type chocolat, cliniplot®, NP100®	Type chocolat, cliniplot®, NP100®	Type à air dynamique Nimbus®
➢ **Changer de position**		aux 4h	aux 2h à 3h
➢ **Mettre en place des coussins de position au lit et de prévention au fauteuil**		✓	✓
➢ **Réduire la friction et le cisaillement** ➢ Privilégier la position assise dans un fauteuil ➢ Eviter de monter le dossier du lit à plus de 30° (sauf particularité en lien avec la situation de soin) ➢ Utiliser une alèse de positionnement au moment des mobilisations au lit ➢ Les talons et les coudes doivent être surélevés et hydratés régulièrement ➢ Le nombre de couches (alèse, protection, moltex) entre le patient et le lit à système de réduction de pression diminue l'effet de prévention	✓	✓	✓
➢ **Contrôler l'humidité** ➢ Utiliser un protecteur cutané type Comfeel Barriere® ou Cavillon® spray ➢ Utiliser des produits d'incontinence adaptés (protections absorbantes, étuis péniens, tampons anaux, collecteurs fécaux) ➢ Traiter la cause si cela est possible	✓	✓	✓
➢ **Maintenir une bonne alimentation et hydratation** ➢ Veiller à la prise de trois repas d'une portion normale par jour ➢ Evaluer la couverture des besoins nutritionnels si l'item nutrition de Braden© est < 4 et définir les interventions (supplément nutritif, consultation diététique…)	✓	✓	✓

ESCARRES : RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS

ESCARRES : RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS

Hôpitaux Universitaires Genève

- Evaluer l'état cutané, bien hydrater la peau, redistribuer les pressions et réduire le cisaillement
- Améliorer les apports hydriques et nutritifs
- Evaluer la douleur et adapter le traitement antalgique au besoin
- Réevaluer une fois par semaine l'adéquation du pansement en regard de l'évolution de la plaie
- Informer l'équipe médicale en cas d'atteinte à l'intégrité de la peau ainsi que de son évolution

	Description des catégories	Objectifs et traitements
Catégorie 1	**Erythème persistant ou qui ne blanchit pas à la pression** sur une peau intacte **Lésion des tissus profonds suspectée** Décoloration violacée ou marron Attention au manque de visibilité sur les peaux foncées	**Préserver l'intégrité de la peau** **Garder la zone atteinte au sec** ▸ Evaluer l'état cutané ▸ Hydrater la peau (Excipial® ou Dexeryl®) ▸ Redistribuer les pressions, réduire le cisaillement ▸ Si incontinence ou autre macération, appliquer sans masser un protecteur cutané (Comfeel Barrier®, Cavilon® spray…)
Catégorie 2	**Dermabrasion** Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé sans fibrine NB: ne concerne pas les dermites du siège **Phlyctène séreuse** Claire Jaune Ouverte **Phlyctène hémorragique** Séro-sanguinolante	▸ Nettoyer/doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre ▸ Finir avec du NaCl 0,9% **Favoriser l'épidermisation et prévenir la surinfection** ▸ Appliquer une crème à base d'acide hyaluronique (Ialugen® crème) ▸ Recouvrir d'une interface (Adaptic®) ou de tulle gras (Jelonet®) et compresses non tissées ou Melolin® **Maintenir l'intégrité de l'épiderme (toit de la phlyctène)** ▸ Recouvrir d'une interface (Adaptic®) ou de tulle gras (Jelonet®) ou d'un tulle de polividone iodée (Bétadine® tulle) et de compresses non tissées ou Melolin® **Sécher la lésion pour la délimiter** ▸ Recouvrir d'un tulle de polividone iodée (Bétadine® tulle) et de compresses non tissées ou Melolin®
	Percer la phlyctène uniquement si sous tension, en gardant le toit. Aspirer le liquide à l'aide d'une aiguille fine. Ne rien injecter.	
	Contacter l'équipe plaies et cicatrisation pour évaluation, conseil, suivi ou débridement.	
Catégorie 3	**Perte complète de tissus cutané (tissus graisseux visible)** Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure du sous-minage et/ou des tunnélisations.	**Explorer la plaie pour évaluer son étendue (décollement, sous-minage, contact osseux, risque infectieux…)** **Eliminer le tissu dévitalisé, favoriser la granulation, prévenir l'infection** ▸ Nettoyer /doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre ▸ Finir avec du NaCl 0,9% ▸ Procéder à la détersion et/ou au débridement autolytique selon le type de plaie : **Plaie exsudative, enflammée :** ▸ Appliquer de l'alginate (Kaltostat®) et un onguent de polyvidone iodée (Bétadine® onguent) ▸ Recouvrir de compresses non tissées ou de dakin ▸ Fixer avec de l'adhésif doux (Micropore®) ou une bande de gaze élastique **Plaie fibrineuse peu exsudative, voire sèche :** ▸ Appliquer de l'hydrogel (Nu-Gel® ou Prontosan® gel) ou une crème à base d'acide hyaluronique (Ialugen® crème) et de l'alginate (Kaltostat®) ▸ Recouvrir d'un tulle gras (Jelonet®) ou d'une interface (Adaptic®) et de compresses non tissées ou Melolin® ▸ Fixer avec de l'adhésif doux (Micropore®) ou une bande de gaze élastique
Catégorie 4	**Perte tissulaire complète (muscle/os visible)** Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Elle peut inclure du sous-minage et/ou des tunnélisations.	
Inclassable	**Perte tissulaire ou cutanée complète dont la profondeur est inconnue** La profondeur de l'escarre est complètement masquée par de la fibrine et/ou par de la nécrose présente dans le lit de la plaie.	**Sécher la lésion pour la délimiter** ▸ Nettoyer / doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre ▸ Finir avec du NaCl 0,9% ▸ Recouvrir d'un tulle de polividone iodée (Bétadine® tulle) et de compresses non tissées

DS-DM • Escarres • Septembre 2015

www.hug-ge.ch/plaies-cicatrisation/contacts

- de stade à catégorie
- Simplification des définitions (catégorie 2) des objectifs de traitement et des produits utilisés…

http://www.hug-ge.ch/plaies-cicatrisation/contacts

ESCARRES : RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS

ESCARRES : RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS

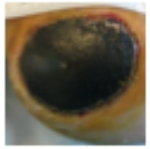
Hôpitaux Universitaires Genève

- Evaluer l'état cutané, bien hydrater la peau, redistribuer les pressions et réduire le cisaillement
- Améliorer les apports hydriques et nutritifs
- Evaluer la douleur et adapter le traitement antalgique au besoin
- Réévaluer une fois par semaine l'adéquation du pansement en regard de l'évolution de la plaie
- Informer l'équipe médicale en cas d'atteinte à l'intégrité de la peau ainsi que de son évolution

	Description des catégories	Objectifs et traitements
Catégorie 1	**Erythème persistant ou qui ne blanchit pas à la pression** sur une peau intacte	**Préserver l'intégrité de la peau** **Garder la zone atteinte au sec** ▸ Evaluer l'état cutané ▸ Hydrater la peau (Excipial® ou Dexeryl®) ▸ Redistribuer les pressions, réduire le cisaillement ▸ Si incontinence ou autre macération, appliquer sans masser un protecteur cutané (Comfeel Barrier®, Cavilon® spray…)
	Lésion des tissus profonds suspectée Décoloration violacée ou marron Attention au manque de visibilité sur les peaux foncées	
Catégorie 2	**Dermabrasion** Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé sans fibrine NB: ne concerne pas les dermites du siège	▸ Nettoyer/doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre ▸ Finir avec du NaCl 0,9% **Favoriser l'épidermisation et prévenir la surinfection** ▸ Appliquer une crème à base d'acide hyaluronique (Ialugen® crème) ▸ Recouvrir d'une interface (Adaptic®) ou de tulle gras (Jelonet®) et compresses non tissées ou Melolin®
	Phlyctène séreuse Claire Jaune Ouverte	**Maintenir l'intégrité de l'épiderme (toit de la phlyctène)** ▸ Recouvrir d'une interface (Adaptic®) ou de tulle gras (Jelonet®) ou d'un tulle de polividone iodée (Bétadine® tulle) et de compresses non tissées ou Melolin®
	Phlyctène hémorragique Séro-sanguinolante	**Sécher la lésion pour la délimiter** ▸ Recouvrir d'un tulle de polividone iodée (Bétadine® tulle) et de compresses non tissées ou Melolin®

Percer la phlyctène uniquement si sous tension, en gardant le toit. Aspirer le liquide à l'aide d'une aiguille fine. Ne rien injecter.

ESCARRES : RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS

			Contacter l'équipe plaies et cicatrisation pour évaluation, conseil, suivi ou débridement.
Catégorie 3		**Perte complète de tissus cutané (tissus graisseux visible)** Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure du sous-minage et/ou des tunnélisations.	**Explorer la plaie pour évaluer son étendue (décollement, sous-minage, contact osseux, risque infectieux…)** **Éliminer le tissu dévitalisé, favoriser la granulation, prévenir l'infection** ▸ Nettoyer /doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre ▸ Finir avec du NaCl 0,9% ▸ Procéder à la détersion et/ou au débridement autolytique selon le type de plaie : **Plaie exsudative, enflammée :** ▸ Appliquer de l'alginate (Kaltostat®) et un onguent de polyvidone iodée (Bétadine® onguent) ▸ Recouvrir de compresses non tissées ou de dakin ▸ Fixer avec de l'adhésif doux (Micropore®) ou une bande de gaze élastique **Plaie fibrineuse peu exsudative, voire sèche :** ▸ Appliquer de l'hydrogel (Nu-Gel® ou Prontosan® gel) ou une crème à base d'acide hyaluronique (Ialugen® crème) et de l'alginate (Kaltostat®) ▸ Recouvrir d'un tulle gras (Jelonet®) ou d'une interface (Adaptic®) et de compresses non tissées ou Melolin® ▸ Fixer avec de l'adhésif doux (Micropore®) ou une bande de gaze élastique
Catégorie 4		**Perte tissulaire complète (muscle/os visible)** Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Elle peut inclure du sous-minage et/ou des tunnélisations.	
Inclassable		**Perte tissulaire ou cutanée complète dont la profondeur est inconnue** La profondeur de l'escarre est complètement masquée par de la fibrine et/ou par de la nécrose présente dans le lit de la plaie.	**Sécher la lésion pour la délimiter** ▸ Nettoyer / doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre ▸ Finir avec du NaCl 0,9% ▸ Recouvrir d'un tulle de polividone iodée (Bétadine® tulle) et de compresses non tissées

DS-DM • Escarres • Septembre 2015

www.hug-ge.ch/plaies-cicatrisation/contacts

Take « unit » messages…

B **B**RADEN dès le 1er jour

R **R**éévaluation au 3ème jour et selon état du patient

A **A**daptation des mesures de prévention selon le score

D **D**ocumentation des actions et leurs résultats dans DPI

E **E**ducation du patient et des proches si possible

N **N**ota bene… **MERCI POUR VOTRE IMPLICATION**

Déploiement de Braden © / Outils

- Documents présentés lors des Forums adressés aux participants par mail cette semaine et disponibles sur le site de la direction des soins
- E-learning de 15 minutes pour les infirmiers, ASSC, aides-soignant….)
- Equipes plaies et cicatrisation

Déploiement de Braden © / Outils

E-learning de 15 minutes pour les infirmières et AS

- Introduction
- Présentation des items et critères d'évaluation
- Exercices à partir de vignettes cliniques

Le centre de formation adresse à chaque collaborateur le lien pour accéder à l'e-learning.

A réaliser d'ici le 1er janvier 2016

Personnes ressources: Equipes plaies et cicatrisation

NOM	Lieu	Jour
Anne-Laure BLANCHARD-COURTOIS Infirmière spécialiste clinique Anne-Laure.Blanchard@hcuge.ch GSM 38 915 / Tél. 28 191	Secteur privé, DMCPRU Policlinique de médecine Neucli Bellerive	Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi
Lucia BLAL Infirmière spécialisée Lucia.Blal@hcuge.ch GSM 38 231 / Tél. 28 192	SMIR/Trois Chêne	Lundi
	Beau-séjour Obstétrique/Gynécologie	Mardi, Mercredi, Vendredi
Sébastien DI TOMASO Infirmier spécialisé Sebastien.diTommaso@hcuge.ch GSM 35 393 / Tél. 27 419	Chirurgie/SMIG Pédiatrie/Soins intensifs	Lundi, Mardi, Mercredi, Vendredi
	Loëx	Jeudi
Odile THEVENOT Infirmière spécialiste clinique Odile.Thevenot@hcuge.ch GSM 38 332 / Tél. 56 233	Gériatrie/Trois Chêne Santé mentale et psychiatrie/Belle Idée	Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi

Déploiement de Braden © / Calendrier

Formation référents et IRUS site CR	13 et 15 octobre 2015
Distribution de sous-mains avec les nouvelles recommandations site CR	13-15 octobre 2015
Mise à jour des recommandations escarres sur Intranet	Mi-octobre 2015
Ajout de l'échelle Braden sur DPI	Mi- octobre 2015
Lancement du e-learning pour les soignants	Novembre 2015
Formation référents et IRUS sites externes	16 et 17 novembre 2015
Révision des interventions et des order-set sur DPI	En cours , mis en production avant Noël
Suppression de l'échelle Fragmment sur DPI	01.01.2016
Suivi de l'e-learning	Janvier 2016
Evaluation de l'utilisation de Braden à partir de DPI	Printemps 2016
Journées escarres pour les aides-soignants	Printemps 2016