

2/ Les soins préventifs d'escarres

Définition

Une escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique, liée à une compression des tissus mous entre les saillies osseuses internes et le plan dur du support sur lequel repose le sujet.

Localisation

Le plus souvent dans la partie basse de la taille:

- 39% au sacrum
- 36% au talon
- 18% autre
- 7% trochanter

Facteurs explicatifs

Facteurs de risque locaux

- immobilité
- hyper pression
- cisaillement
- frottement
- macération

Facteurs de risque généraux

- âge
- état physiologique général
- pathologie neurologique
- pathologies métaboliques et nutritionnelles
- pathologies vasculaire et circulatoire

Stades

Selon la classification européenne

- **Stade I:** rougeur persistante sur une peau apparemment intacte, ne blanchissant pas à la pression (à partir de ce stade, il ne faut plus aucune pression sur cette escarre)
- **Stade II:** perte de substance concernant l'épiderme voire une partie du derme, se présentant sous la forme d'une phlyctène (ampoule), une abrasion, ou une ulcération superficielle (niveau cutané abîmé)
- **Stade III:** ulcération jaunâtre fibrineuse
- **Stade IV:** nécrose noire sèche ou humide

Recherche d'une extension et/ou un décollement

Répercussions

Souffrance psychologique

- plaie inesthétique, malodorante, dépérissement d'une partie du corps
- dépendance vis-à-vis des soignants

Handicap

- difficulté à bouger, douleur

- problèmes sociaux, économiques, professionnels

Lourdeur des soins

- traitement curatif et des causes

Soins préventifs

Ensemble des actions menées et des moyens mis en oeuvre pour éviter la survenue d'escarre

- évaluer les risques
- identifier les domaines d'intervention prioritaire
- réaliser les soins
- évaluer les résultats
- réévaluer régulièrement les risques

Pour évaluer les risques, il existe des grilles qui permettent d'évaluer les domaines dans lesquels le patient est à risque

Hygiène/état cutané

- toilette quotidienne
- séchage précautionneux
- effleurage des zones à risque avec une solution huileuse une fois par équipe et lors des changements de position. L'effleurage favorise la microcirculation cutanée et permet l'observation et la palpation superficielle des points d'appuis
- change régulier des couches
- toilette du siège après chaque change
- état de la literie: propre, sans pli, sans corps étranger

Elimination

- mesures d'hygiène
- change de la literie
- si sonde urinaire, la fixer
- si incontinence fécale, protéger la peau de l'acidité des matières fécales

Mobilisation

- changements de position associés à l'effleurage
- si possible, la marche
- décharge des zones à risque
- mise en place de supports
- position assise 90° au fauteuil

Alimentation et hydratation

- alimentation équilibrée et adaptée: goût, texture, fractionnement, horaire, aide
- apport hydrique: au moins 1.5L/jour
- apport protidique suffisant (diététicienne)
- pesée régulière
- attention maigreur et dénutrition

Education

- le patient est impliqué à tous les niveaux
- il effectue ou participe aux soins dans tous les domaines

Transmissions

Utiliser les documents existants

- dossier de soins

- supports de suivi: alimentation et hydratation, de changements de position, de suivi de la plaie
- feuille de liaison inter service

Rôles des différents acteurs

Rôle de l'infirmière

- rôle préventif, curatif et d'éducation
- observe l'état cutané
- évalue les risques
- participe à la prévention
- réalise les soins curatifs
- informe, éduque le patient, le fait participer aux soins
- transmet
- domaine du rôle propre de l'infirmière pour ce qui est de la prévention, de son rôle sur prescription pour les soins curatifs
- réalisation des soins préventifs avec l'aide-soignante

Rôle de l'aide-soignant

- rôle dans le domaine du confort, de l'hygiène: la prévention
- observe et signale tout changement dans l'état cutané du patient
- participe aux soins d'hygiène, à l'installation du patient, à la mise en place de pansements de décharge
- participe à l'installation des supports et à leur entretien
- participe à l'alimentation à l'hydratation du patient
- utilise les documents: grille d'évaluation des risques, suivi alimentaire, changements de position

Rôle des partenaires

- Chacun selon son domaine de compétence: diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, pharmacien, services économiques

Rôle du médecin

- pose le diagnostic
- prescrit les bilans, les supports, les thérapeutiques: antalgiques, antibiotiques, pansements
- participe aux prises de décisions d'équipe

Rôle du cadre

- motive l'équipe
- désigne le (ou les) relais infirmier (s) et aide-soignant(s)
- organise les moyens: temps et matériel
- participe aux études
- facilite l'accès aux formations, aux réunions

C'est donc une prise en charge de façon pluridisciplinaire.