

ESCARRES

PROBLÈME

Entre 3% et 5% (parfois plus) des résidents des "nursing homes" américains ont des escarres (ulcères de décubitus). 60% des résidents présentent un risque réel de développer des escarres. Celles-ci peuvent avoir de graves conséquences chez les personnes âgées et leur traitement est coûteux en temps et en argent. Il s'agit d'une des affections les plus fréquentes à soigner ou à prévenir chez les personnes dont la mobilité est restreinte. Des résultats satisfaisants peuvent être obtenus grâce à un programme de traitement préventif ou curatif

Les buts de l'évaluation sont :

- 1 - de s'assurer qu'il existe un plan de soins pour les résidents atteints d'escarre ;
- 2 - d'identifier les résidents à risque pour lesquels aucun plan de prévention n'est en cours.

II. SIGNAUX D'ALARME

1. Présence d'escarre [N2= 1, 2, 3 ou 4].

2. Facteurs de risque d'escarre.

Présence du ou des problèmes suivants **ET NE FAISANT PAS** l'objet d'un plan de soins de la peau [N4c, N4d, N4e, N4f, N4g = non cochés]

(REMARQUE : ceux-ci sont décrits dans l'ordre où ils apparaissent dans le recueil de données et la clé de lecture du protocole, et non selon le genre ou la gravité du risque).

- Diminution de la mobilité au lit ou pour les transferts [E1a ou E1b = 3 ou 4].

Les risques augmentent lorsqu'une restriction de la mobilité du résident l'empêche de bouger à intervalles réguliers.

- État grabataire, hémiplegie, tétraplégie [E4b, E4d, E4e = n'importe lequel coché].

Ces affections prédisposent le résident à l'immobilité, et le temps passé dans une même position (2 heures, ou même moins) engendre une pression suffisante pour entamer la peau. Par un changement de position à intervalles réguliers (au moins toutes les deux heures), on modifie le point de pression et diminue ainsi le danger. Le temps maximum entre deux changements varie selon des différences individuelles liées à l'état de la peau et à la présence d'autres facteurs de risque. Un matériel auxiliaire destiné à réduire la pression (par ex. matelas de mousse, matelas d'eau, lit spécial) est utile mais ne remplace pas un changement régulier de position.

- Incontinence urinaire ou fécale [F1a ou F1b = 3 ou 4].

La présence prolongée sur la peau d'urine ou de selles peut provoquer une macération (un ramollissement) et, de ce fait, abîmer la peau.

L'incontinence fécale oblige à rechercher la présence d'un problème neurologique, d'une affection intestinale, de l'effet secondaire d'un médicament ou d'une maladie aiguë.

Affection vasculaire périphérique [J1f = coché].

Une mauvaise circulation sanguine représente un risque d'escarre, spécialement au niveau des talons et des chevilles. Toute diminution de la circulation provoque une ischémie (absence d'oxygénation des tissus) dans les régions comprimées. Cela peut se produire très rapidement (dans les deux heures). Si l'on est en présence d'une maladie de la circulation périphérique, il faudrait s'en référer au médecin.

- Diabète sucré [J1y = coché].

Le diabète, spécialement s'il est insulino-dépendant, augmente le risque d'escarre, probablement à cause de son effet sur la vascularisation et le débit sanguin. Bien qu'il n'en existe pas de preuve, le contrôle de la glycémie peut diminuer ce facteur de risque.

- Fracture du col du fémur [K2c = coché].

Une fracture du col du fémur (ou d'un membre inférieur) augmente le risque parce qu'elle diminue la mobilité et augmente la durée pendant laquelle on reste dans une même position.

- Perte de poids [L2c = 1].

Une perte de poids devrait évoquer la probabilité d'une malnutrition. Celle-ci provoque une altération de la peau et une faiblesse musculaire qui influence la capacité de changer de position.

La malnutrition influence aussi négativement le processus de guérison.

- Antécédents d'escarres [N3 = 1].

Les personnes qui ont déjà souffert d'escarres sont menacées de récurrence. Les facteurs de risques doivent être évalués.

- Déficience de la sensibilité tactile [N4b = coché].

Une peau insensible à la douleur, à la pression ou à l'inconfort peut entraver la capacité de changer de position. Si la réponse à la douleur est émoussée, la douleur ne joue plus son rôle d'avertisseur en cas de pression excessive et de blessure imminente.

- Médicaments [O4a = 7].

L'utilisation quotidienne de neuroleptiques peut diminuer la mobilité, aggraver l'incontinence ou induire un état confusionnel, affections qui augmentent le risque de formation d'escarres.

- Utilisation de moyens de contention [P3b, P3c ou P3d = 2].

L'utilisation quotidienne de moyens de contention conduit à l'immobilité, augmente le temps passé dans la même position, et diminue la possibilité de changer soi-même de position. Lorsque la compression d'une région augmente (p. ex., fesses, hanches), le risque d'escarre augmente aussi.

DIRECTIVES

Passez en revue les données du "recueil de données" énumérées dans la "Clé de lecture du protocole" pour examiner la pertinence du type de soins requis.

Affections et traitements pouvant entraîner des complications.

Examinez soigneusement si le résident présente des affections ou reçoit un traitement qui pourrait augmenter le risque de développer des escarres ou compliquer leur traitement.

Ces affections comprennent :

- Maladie d'Alzheimer et autres démences.

Un affaiblissement intellectuel, particulièrement en cas de démence grave au stade final, peut conduire à l'immobilité.

- Oedèmes

La présence de liquide extra-vasculaire peut gêner la circulation du sang. Si une pression trop forte ou trop longue est exercée sur une région atteinte d'oedème, une plaie peut se former.

- Antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères.

Ces médicaments peuvent produire ou contribuer à produire une diminution de la mobilité, aggraver une incontinence ou augmenter la confusion mentale.

Points à considérer si un résident présente une nouvelle escarre ou lorsqu'une escarre ne guérit pas.

Différents facteurs peuvent expliquer l'apparition de ce problème; ils devraient cependant vous conduire à réévaluer le traitement actuel et à modifier le plan de soins.

- Passer en revue les affections médicales du résident et les autres facteurs de risque pour déterminer si le plan de soins, incluant prévention et traitement, a envisagé toutes les causes ou complications possibles.
- Revoir le plan de soins et vérifier qu'il est bien appliqué (p. ex., le résident est-il changé de position assez souvent pour prévenir la formation d'escarre ?).

Points à considérer si un résident présente des risques d'escarre mais ne reçoit pas de traitement préventif

Même en l'absence d'escarre, rechercher pourquoi le résident à risque ne reçoit pas de soins préventifs.

- Le résident est-il nouveau dans l'unité ?
- Existe-t-il pour ce résident un ou plusieurs risques de développer une escarre ?
- Le personnel est-il préoccupé par d'autres problèmes (p. ex., de comportement) qui masquent les risques d'escarres ?

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias