	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_00000976
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
<h2>Escarres : évaluation du risque et recommandations de prévention et de traitement</h2>		
Processus : Pilotage	Sous-processus : _Généralités	Approuvé le 11/07/2023

Échelle de Braden®



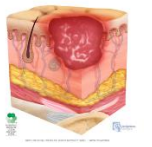


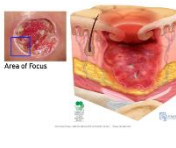

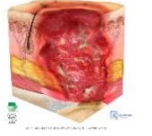

- Évaluer le risque et l'état cutané dans les 24 heures suivant l'entrée du patient.
- Réévaluer le risque au 3e jour puis selon l'évolution du patient.
- Renouveler l'évaluation lors d'un changement d'état clinique du patient : baisse de l'état général, T°, ...





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 de 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 de 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. La moiteur est notée 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 nutrition entérale.	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 de 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, 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 <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la position assise dans un fauteuil • Éviter 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 <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un protecteur cutané type ComfeelBarriere* ou Cavilon* 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 <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à la prise de trois repas d'une portion normale par jour • Évaluer la couverture des besoins nutritionnels si l'item nutrition de Braden© est < 4 et définir les interventions (supplément nutritif, consultation diététique...) 	✓	✓	✓

RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENTS

- Évaluer l'état cutané, bien hydrater la peau, redistribuer les pressions et réduire le cisaillement
- Améliorer les apports hydriques et nutritifs
- Évaluer 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 (NPUAP-EPUAP – 2014)		Objectifs et traitements
Catégorie 1	 <p>Érythème persistant qui ne blanchit pas à la pression sur une peau intacte</p>		<p>Garder la zone atteinte au sec et préserver l'intégrité de la peau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'état cutané au minimum toutes les 4h • Hydrater la peau (Dexeryl® ou Excipial®) • Si présence d'humidité, appliquer sans masser un protecteur cutané (Cavilon® spray, Comfeel Barrier®, ...)
Catégorie 2	 <p>Perte tissulaire partielle du derme Sous la forme d'une ulcération peu profonde avec un lit de plaie rouge rosé, sans fibrine</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer / doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre • Sécher en tamponnant et appliquer un tampon imbibé de NaCl 0,9% • Favoriser l'épidermisation et prévenir la surinfection • Appliquer une fine couche de crème à base d'acide hyaluronique (Ialugen® crème) • Recouvrir d'une interface (Adaptic®) ou de tulle gras (Jelonet®) puis de compresses non tissées. • Maintenir l'intégrité de l'épiderme (toit de la phlyctène) • Recouvrir d'un tulle de polyvidone iodée (Bétadine® tulle) ou d'un tulle à l'acide hyaluronique (Ialugen® tulle) puis de compresses non tissées. <p>Percer la phlyctène uniquement si sous tension, en gardant le toit. Aspirer le liquide à l'aide d'une aiguille fine. Ne rien injecter.</p>
	<p>Phlyctène séreuse Claire Jaune</p>		
	<p>Contactez l'équipe plaies et cicatrisation pour évaluation, conseil, suivi ou débridement.</p>		
Catégorie 3	 <p>Perte complète de tissu cutané 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.</p>		<p>Explorer la plaie pour évaluer son étendue (décollement, sous-minage, contact osseux...)</p> <p>Éliminer le tissu dévitalisé, favoriser la granulation et prévenir l'infection</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer / doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre • Sécher en tamponnant et nettoyer avec un tampon imbibé de NaCl 0,9% • Procéder à la détersion et / ou au débridement autolytique selon le type de plaie : <p>Plaie fibrineuse peu exsudative, voire sèche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer dans la plaie un mélange d'alginate (Kaltostat®) et d'onguent de polyvidone iodée (Bétadine® onguent) ou d'hydrogel (Prontosan®gel) ou acide hyaluronique (Ialugen®), ou uniquement une compresse d'alginate/miel (Apinate®) • Recouvrir d'un tulle gras (Jelonet®) ou d'une interface (Adaptic®) puis de compresses non tissées • Fixer avec de l'adhésif doux (Micropore®) ou une bande de gaze élastique <p>Plaie exsudative, enflammée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer dans la plaie un mélange d'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
Catégorie 4	 <p>Perte tissulaire complète (muscle ; tendons, cartilage, os visible) Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes sur certaines parties du lit de plaie. Elle peut inclure un sous-minage et/ou des tunnélisations.</p>		

Inclassable		<p>Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur 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.</p>		<p>Sécher la lésion pour la délimiter</p> <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer / doucher la plaie et son pourtour à l'eau et au savon neutre Sécher en tamponnant Recouvrir d'un tulle de polyvidone iodée (Bétadine® tulle) puis de compresses non tissées
Profondeur inconnue		<p>Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue Zone délimitée de couleur pourpre ou marron-rouge avec une peau intacte ou une phlyctène à contenu hématique, résultant d'une lésion des tissus mous sous-jacents dû à une pression et/ou du cisaillement. Attention au manque de visibilité sur les peaux foncées.</p>		<p>Garder la zone atteinte au sec et préserver l'intégrité de la peau</p> <ul style="list-style-type: none"> Nettoyer / doucher la lésion et son pourtour à l'eau et au savon neutre Sécher en tamponnant Recouvrir d'un tulle de polyvidone iodée (Bétadine® tulle) puis de compresses non tissées. <p>Percer la phlyctène uniquement si sous tension, en gardant le toit. Aspirer le liquide à l'aide d'une aiguille fine. Ne rien injecter.</p>

1. Références

NPIAP Pressure Injury Stages. [En ligne]. [cité le 8 octobre 2021].

2. Personnes rédactrices

DI TOMMASO Sébastien, infirmier spécialiste clinique, direction des soins
PALLERON Corinne, infirmière spécialiste clinique, direction des soins

3. Personnes relectrices et validatrices

Programme plaies et cicatrisation, direction des soins :
BURDET Gilles, infirmier spécialisé
CHOUTKO Sandra, infirmière spécialiste clinique
JOSSERAND Céline, infirmière spécialisée
VUAGNAT Hubert, médecin responsable
Référentiel médico-soignant (RMS)

4. Liens / annexes

Document en format A3 : Procédure institutionnelle Escarres : évaluation du risque et recommandations de prévention

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.