

altenpflege.de Edition

Manuels abrégés pour la formation en soins - Accent sur les soins aux
personnes âgées

Theo Ahrens

Prophylaxie et traitement des escarres

presented by

YES
ARCH
ITEC
TURE.

Informations bibliographiques

Theo Ahrens – Brève biographie

Theo Ahrens, né en 1979 près de Munich, est enseignant en soins infirmiers et pédagogue en soins engagé. Après une année de service social volontaire à l'hôpital, il a suivi une formation d'infirmier en santé et a acquis une précieuse expérience professionnelle en réanimation. Poussé par son désir de transmettre ses connaissances, il a étudié la pédagogie des soins infirmiers et a commencé en 2009 à enseigner dans une école spécialisée à Munich. Theo est connu pour son enseignement pratique et empathique, avec lequel il prépare les futurs soignants à leur profession exigeante. Dans sa vie privée, il vit avec sa femme et ses deux enfants à Berlin et s'engage bénévolement pour de meilleures conditions dans la formation en soins.

Ce court manuel a été formulé à partir des plans de cours avec l'utilisation de l'IA. La traduction a été effectuée automatiquement.

Publié par altenpflege.de

Prix DE/AT : 3,90 € CH : 5 Fr

Copyright 2024 altenpflege.de

Veuillez envoyer remarques et suggestions à team@altenpflege.de.

1/5-2412181531

Table des matières

1 Introduction 4	
1.1 Objectifs de ce manuel concis 4	
1.2 Importance de la prophylaxie et du traitement des escarres en gériatrie 4	
1.3 Rôle des soignants dans la prévention et le traitement des escarres 5	
2 Notions de base sur les escarres 6	
2.1 Qu'est-ce qu'un escarre 6	
2.2 Pathophysiologie du décubitus 6	
2.3 Facteurs de risque pour le développement d'un escarre 7	
2.4 Classification des stades d'escarres 8	
2.4.1 Stade 1 : Rougeur de la peau 8	
2.4.2 Stade 2 : Défect de la peau 9	
2.4.3 Stade 3 : Lésions tissulaires plus profondes 9	
2.4.4 Stade 4 : Lésion tissulaire profonde 10	
3 Causes et facteurs de risque d'escarres 12	
3.1 Causes primaires 12	
3.2 Causes secondaires 12	
3.3 Facteurs de risque individuels 13	
3.4 Facteurs systémiques 14	
4 Diagnostic et détection des escarres 15	
4.1 Observation et reconnaissance des premiers signes 15	
4.2 Différenciation des rougeurs de la peau 15	
4.3 Utilisation des outils d'évaluation 16	
4.4 Documentation des escarres 17	
5 Prophylaxie des escarres – Mesures préventives 18	
5.1 Principes de base de la prophylaxie anti-escarres 18	
5.2 Évaluation des risques et planification de la prévention 19	
5.3 L'installation et le positionnement des résidents 19	
5.3.1 Positionnement doux et positionnement micro 19	
5.3.2 Mise en décubitus à 30°, mise en décubitus à 135°, position de décharge 20	
5.3.3 Mobilisation et activation des résidents 21	
5.4 Réduction de la pression par des aides techniques 21	
5.5 Promotion de l'automobilisation et encouragement au mouvement actif 22	
5.6 Soins et protection de la peau 23	
5.7 Nutrition pour la prophylaxie des escarres 24	
6 Aides techniques pour la prévention des escarres 26	
6.1 Aides au positionnement 26	
6.2 Systèmes de décharge de pression 26	
6.3 Coussins de siège et coussins pour fauteuils roulants pour la prophylaxie des escarres 27	
6.4 Aides à la mobilisation 28	
6.5 Équipements de protection pour les zones corporelles à risque 28	
7 Traitement des escarres – Mesures et interventions de soins 30	
7.1 Soins des escarres aux stades 1 à 4 30	
7.2 Nettoyage de la plaie 31	
7.3 Prise en charge moderne des plaies 31	
7.4 Traitement des infections en cas d'escarres 32	
7.5 Mesures pour favoriser la cicatrisation des plaies 33	
7.6 Utilisation de produits de soins spécialisés 34	
8 Soins et soutien des résidents atteints d'escarres 36	
8.1 Mesures de soins pour les résidents atteints d'escarres 36	
8.2 Promotion de la participation active des résidents aux soins 37	
8.3 Communication avec les proches 37	
8.4 Prise en charge psycho-sociale des résidents atteints d'escarres 38	
9 Documentation de la prophylaxie et du traitement 40	
9.1 Importance de la documentation 40	
9.2 Contenus de la documentation sur l'escarre 40	
9.3 Utilisation de logiciels de documentation pour la planification des soins 41	
9.4 Photodocumentation des escarres 42	
10 Rôles et responsabilités des soignants 44	
10.1 Responsabilité des soignants dans le domaine de la prophylaxie des escarres 44	
10.2 Participation des aides-soignants à l'évaluation et à l'appréciation des risques 45	
10.3 Collaboration interdisciplinaire avec les médecins, gestionnaires des plaies et thérapeutes 46	
10.4 Importance de la formation continue des soignants dans le domaine de la prophylaxie des escarres 47	
11 Aspects éthiques et juridiques de la prophylaxie des escarres 48	
11.1 Droit à l'autodétermination des résidents 48	
11.2 Questions de responsabilité en cas d'escarres 49	
11.3 Responsabilité de l'établissement de soins 49	
11.4 Obligation de respecter la prophylaxie des escarres selon le SGB XI 50	
12 Assurance qualité et mesures d'hygiène dans les soins de l'escarre 52	
12.1 Importance de l'assurance qualité dans la prophylaxie des escarres 52	
12.2 Lignes directrices pour l'hygiène et le soin aseptique des plaies 53	
12.3 Surveillance et contrôle de l'efficacité des mesures de prévention 53	
12.4 Audits externes et internes pour l'évaluation de la prophylaxie des escarres 54	
13 Exemples de cas et applications pratiques 56	
13.1 Étude de cas : Planification des soins pour la prévention des escarres chez les résidents immobilisés 56	
13.2 Exemple de cas : Soins d'une plaie de décubitus (stade 2) avec des soins modernes des plaies 57	
13.3 Réflexion et discussion de la pratique des soins dans le traitement des escarres 58	

1 Introduction

1.1 Objectifs de ce manuel concis

Ce manuel bref fournit des connaissances solides sur la prévention et le traitement des escarres. Il permet de comprendre l'apparition, les facteurs de risque et la classification des escarres. Un accent est mis sur les mesures préventives et les soins professionnels des personnes concernées. Des stratégies efficaces pour le soin des plaies et l'utilisation d'aides techniques sont également présentées.

Il favorise le développement de compétences pratiques grâce à des études de cas et des instructions pratiques. Il permet aux soignants de prendre des décisions basées sur des preuves et de créer des plans de soins individualisés. Une importance particulière est accordée à la collaboration interdisciplinaire.

Le manuel tient compte des aspects éthiques et juridiques des soins. De plus, il comprend des directives pour la documentation des mesures, essentielles pour l'assurance qualité. L'objectif est de soutenir les soignants dans le soin optimal des résidents et de réduire durablement les taux d'escarres.

1.2 Importance de la prophylaxie et du traitement des escarres en gériatrie

Dekubitus constitue un risque sanitaire considérable dans les soins aux personnes âgées. Non traité, il peut avoir des conséquences graves sur la santé, y compris des infections et des plaies chroniques. Par conséquent, la prévention nécessite une attention particulière.

La prophylaxie des escarres réduit non seulement les complications sanitaires, mais améliore également la qualité de vie des résidents. Un soulagement efficace de la pression et des soins attentifs de la peau sont essentiels pour minimiser le risque d'apparition des escarres. Les mesures préventives aident à réduire les besoins en soins et diminuent à long terme les coûts des soins.

Outre la prévention, la détection précoce et le traitement des escarres sont cruciaux. Des méthodes de traitement comme la prise en charge moderne des plaies contribuent de manière significative à la guérison et à la réduction de la douleur. Des approches multidisciplinaires, y compris la collaboration avec des professionnels de santé, améliorent les résultats des traitements.

Le rôle des soignants est ici d'une importance particulière. Leur œil formé pour détecter les facteurs de risque et l'application de pratiques de soins professionnelles sont indispensables pour une prophylaxie et un traitement réussis. Les écoles et les institutions de formation aux métiers du soin enseignent à développer ces compétences, afin de fournir aux résidents les meilleurs soins possibles. Grâce à une formation continue, les soignants restent toujours au courant des dernières avancées scientifiques, ce qui est crucial pour la mise en œuvre réussie des mesures de prophylaxie et de traitement.

1.3 Rôle des soignants dans la prévention et le traitement des escarres

Les soignants jouent un rôle central dans la prévention et le traitement des escarres. Leur influence commence par l'évaluation et l'identification des facteurs de risque. Ils effectuent des inspections régulières de la peau et utilisent des outils d'évaluation pour identifier les résidents à risque.

Une planification minutieuse est essentielle. Les soignants établissent des plans de soins individualisés et intègrent toutes les mesures nécessaires pour minimiser les risques. Le choix des techniques et des intervalles de positionnement appropriés est adapté à l'état de santé de chaque résident.

Dans la pratique, l'utilisation d'aides mécaniques est essentielle. Les soignants utilisent des matelas ou des coussins spéciaux pour réduire la pression sur les zones du corps vulnérables. La collaboration des soignants est indispensable pour mettre en œuvre et ajuster correctement les mesures préventives.

La mobilité est un élément essentiel de la prophylaxie. Les soignants encouragent activement l'autonomisation des résidents, soutiennent régulièrement les exercices de mouvement et intègrent des stratégies de mobilisation dans le déroulement quotidien des soins.

Dans le traitement des plaies de pression existantes, les soignants utilisent des méthodes de soins des plaies qualifiées. Ils choisissent les matériaux de pansement et les produits de soin appropriés, veillent à des conditions d'hygiène et sont un point de contact important tant pour les soins directs des plaies que pour la communication avec les médecins et les thérapeutes.

La formation et le perfectionnement des soignants sont essentiels pour maintenir les connaissances spécialisées à jour. Ce n'est qu'ainsi qu'ils peuvent travailler efficacement au sein de l'équipe interdisciplinaire et améliorer continuellement les soins aux résidents.

Enfin, les soignants ont la responsabilité d'une documentation complète. Ils enregistrent les changements dans l'état de la peau et documentent toutes les mesures prophylactiques et thérapeutiques. Cela garantit non seulement la qualité des soins, mais constitue également la base de la révision et de l'adaptation de la planification des soins.

2 Notions de base sur les escarres

2.1 Qu'est-ce qu'un escarre

Le décubitus, également connu sous le nom d'escarre, est une lésion localisée de la peau et des tissus sous-jacents, causée par une pression prolongée ou une pression combinée à des forces de cisaillement. Ces lésions tissulaires apparaissent souvent à des endroits où les os sont proches de la surface de la peau, comme les talons, le sacrum, les coudes ou l'omoplate. En raison de la pression, la circulation sanguine dans les zones affectées est interrompue, ce qui entraîne une insuffisance de l'apport en oxygène et en nutriments aux tissus. Cette sous-alimentation peut finalement conduire à la mort des tissus, également appelée nécrose. Le décubitus est une complication grave qui survient notamment chez les personnes immobiles ou alitées. Une détection précoce et une prévention rigoureuse sont essentielles pour empêcher la formation d'escarres et garantir la qualité de vie des personnes concernées.

2.2 Pathophysiologie du décubitus

Un escarre se forme principalement en raison d'une pression prolongée sur la peau et les tissus sous-jacents. Cette pression entraîne une perturbation de la microcirculation. La pression comprime les capillaires, ce qui réduit le flux sanguin et nuit à l'apport en oxygène et en nutriments aux tissus. Il en résulte une accumulation de produits finaux du métabolisme qui perturbent encore davantage le métabolisme cellulaire.

Dès deux heures d'exposition continue à la pression, des dommages irréversibles aux tissus peuvent apparaître. Cependant, les conséquences graves ne sont pas uniquement dues à la pression. D'autres facteurs tels que les forces de cisaillement, qui résultent du glissement des couches de peau les unes sur les autres, favorisent les blessures aux capillaires, aggravent le flux sanguin et facilitent ainsi la formation d'un escarre.

Des cytokines vasoactives et des médiateurs inflammatoires sont libérés en réponse aux lésions cellulaires. Ceux-ci amplifient la réaction inflammatoire locale. En cas de pression continue et sans intervention, les dommages s'étendent également aux couches de tissus plus profondes comme les muscles et les os.

Un indicateur visible de ces processus peut être une rougeur cutanée persistante, causée par une inflammation plus profonde et des dommages aux capillaires. Si la pression n'est pas soulagée, cela peut conduire à une nécrose complète des tissus affectés. L'infection de la plaie constitue une complication supplémentaire, car des agents pathogènes peuvent pénétrer dans le tissu endommagé.

La pathophysiologie de l'escarre implique donc une interaction complexe entre les forces mécaniques et les processus biochimiques, qui conduisent finalement à des lésions tissulaires. Une compréhension approfondie de ces processus est cruciale pour développer des mesures prophylactiques et thérapeutiques efficaces.

2.3 Facteurs de risque pour le développement d'un escarre

Le décubitus ne résulte pas uniquement d'influences physiques telles que la pression et les forces de cisaillement. Divers facteurs de risque favorisent l'apparition d'un ulcère de pression et doivent toujours être pris en compte dans le quotidien des soins.

Un facteur essentiel est la limitation de mouvement. L'immobilité, causée par le fait d'être alité ou par une mobilité réduite, entraîne une charge statique prolongée de certaines zones corporelles. Cela augmente le risque d'une circulation sanguine insuffisante et, par conséquent, de la dégradation des tissus.

Un autre facteur de risque est l'état nutritionnel. Un apport insuffisant en protéines, vitamines et minéraux affaiblit la structure de la peau et des tissus et ralentit les processus régénératifs. La malnutrition et la déshydratation dégradent le système immunitaire, augmentent la sensibilité aux lésions cutanées et prolongent le temps de cicatrisation des plaies.

Une humidité accrue de la peau, provoquée par l'incontinence ou une transpiration excessive, conduit également à un risque plus élevé de décubitus. La peau humide est plus souple et perd plus rapidement sa fonction protectrice. Cela entraîne des macérations qui endommagent la barrière cutanée et servent de porte d'entrée pour les germes.

Les maladies telles que le diabète sucré ou les désordres vasculaires influencent également la sensibilité au décubitus. Le diabète peut conduire à des micro- et macroangiopathies, détériorant la circulation sanguine et portant atteinte à la cicatrisation des plaies. Les troubles de la circulation artérielle ou veineuse aggravent l'apport en oxygène et en nutriments aux tissus.

Les limitations sensorielles, comme celles rencontrées dans les maladies neurologiques, jouent aussi un rôle. Les patients ayant une sensibilité à la douleur réduite ne remarquent souvent pas à temps les points de pression, ce qui augmente le risque d'aggravation.

Globalement, les facteurs de risque de décubitus sont variés et nécessitent une évaluation critique par les soignants. Une analyse complète des risques permet une planification préventive individuelle et des mesures ciblées pour la prophylaxie des décubitus.

2.4 Classification des stades d'escarres

2.4.1 Stade 1 : Rougeur de la peau

Une rougeur de la peau qui ne disparaît pas à la pression caractérise le premier stade d'un décubitus. Cette altération de la peau apparaît souvent sur des saillies osseuses et des zones du corps où la peau est soumise à une pression et à des forces de cisaillement accrues, comme au sacrum, aux talons ou aux coudes.

La rougeur de la peau est le signe le plus précoce de lésions tissulaires qui, sans intervention rapide et cohérente, peuvent évoluer vers des stades de décubitus plus graves. La différence avec une simple rougeur de la peau réside dans le fait que la zone rouge ne change pas de couleur sous pression, ce qui indique une microthrombose capillaire et le début de processus inflammatoires.

Sans soulagement de la pression, les lésions progressent. Par conséquent, il est essentiel de reconnaître rapidement ce stade. Les soignants doivent effectuer des inspections régulières de la peau chez les résidents à risque, en prêtant une attention particulière aux rougeurs qui ne disparaissent pas à la pression.

Les mesures les plus importantes pour le traitement à ce stade sont le soulagement de la pression et l'élimination des forces de cisaillement. Le déplacement immédiat de la partie du corps sous pression est nécessaire pour prévenir d'autres dommages. Des ajustements dans la technique de positionnement, tels que l'utilisation de systèmes de couchage doux, aident également à réduire la pression.

Le respect d'un soin cutané rigoureux est également important. Il faut équilibrer la sécheresse et l'humidité pour maintenir la fonction protectrice naturelle de la peau. L'utilisation de savons au pH neutre et de crèmes relipidantes peut soutenir la barrière cutanée.

Ce stade nécessite également une sensibilisation accrue du personnel soignant et des personnes concernées. Des formations appropriées à la reconnaissance et à la prévention sont essentielles. La mobilisation et l'encouragement au mouvement autonome des personnes concernées peuvent être utilisés à titre préventif pour favoriser la circulation sanguine et maintenir la santé de la peau.

Dans l'ensemble, le premier stade représente une phase critique qui détermine l'évolution d'un décubitus. Une intervention précoce peut empêcher la transition vers des stades plus graves et améliorer considérablement la qualité de vie des personnes concernées.

2.4.2 Stade 2 : Défect de la peau

Au stade 2 de l'escarre, une perte partielle de tissu est caractéristique. Celle-ci concerne l'épiderme et peut atteindre le derme, souvent visible sous forme d'ulcère plat ou de cloque. La lésion a une couleur de lit de plaie rose-rouge et ne présente pas de tissus nécrotiques.

Les cloques peuvent être intactes ou ouvertes, ce qui entraîne une plaie ouverte. Ce stade survient souvent sur des zones corporelles exposées à une pression constante, comme les fesses ou les talons.

Le diagnostic à ce stade nécessite une inspection et une palpation minutieuses des zones cutanées touchées. Il est important de protéger les cloques intactes; les cloques ouvertes sont traitées comme des plaies. L'utilisation de pansements transparents ou hydrocolloïdes est courante, car ils favorisent un processus de cicatrisation humide.

L'objectif principal du traitement est de réduire la pression et de maintenir un milieu humide pour la plaie. Une surveillance continue des signes d'infection est indispensable. Tout aussi importante est l'assistance nutritionnelle grâce à une alimentation riche en protéines et en énergie; cela optimise la guérison.

Le repositionnement régulier et l'utilisation d'aides au positionnement, qui répartissent et réduisent la pression, sont des mesures prophylactiques cruciales. Veillez également aux soins de la peau. Le nettoyage de la peau doit être effectué avec précaution et des crèmes hydratantes doivent être utilisées pour assurer la fonction de barrière.

Pour les soignants impliqués, la formation à l'accompagnement des personnes concernées et à la reconnaissance précoce des signes de ce stade est essentielle. Avoir une connaissance approfondie des techniques de traitement des plaies est crucial pour prévenir la progression vers le stade 3.

Une collaboration étroite au sein de l'équipe interdisciplinaire est nécessaire pour garantir un plan de prise en charge global qui répond aux besoins spécifiques de chaque personne.

2.4.3 Stade 3 : Lésions tissulaires plus profondes

Au stade 3 de l'escarre, il y a une perte complète des couches de la peau jusqu'aux tissus sous-cutanés. Ces lésions profondes apparaissent cliniquement comme des plaies ouvertes et profondes avec ou sans tissu adipeux sous-cutané visible. Les zones de lésion tissulaire adjacentes sont souvent nécrosées et recouvertes de fibrine jaunâtre à grise. Les bords de la plaie sont généralement mal définis.

L'exposition des tissus sous-cutanés comporte un risque accru d'infections, c'est pourquoi le soin des plaies est une priorité absolue. Le nettoyage de la plaie doit idéalement être effectué avec une solution saline stérile pour enlever le matériel nécrotique et les débris. Des matériaux de soin de plaies modernes sont utilisés, adaptés à l'équilibre hydrique de la plaie, tels que les alginates ou les pansements en mousse. Ces matériaux favorisent le nettoyage autolytique de la plaie et créent un environnement optimal pour la guérison.

Outre le soin des plaies, le soulagement de la pression est une mesure centrale. En effet, la formation de lésions profondes est due à la poursuite de la pression et des forces de cisaillement. Par conséquent, des changements de position réguliers ainsi que l'utilisation d'aides spécialisées et de matelas déchargeants sont essentiels. La région cutanée concernée doit être précisément maintenue sans pression.

La collaboration multiprofessionnelle est décisive à ce stade. Cela inclut la consultation de thérapeutes spécialisés dans les plaies, de médecins spécialisés et de conseillers en nutrition. Une cause systémique possible ou une comorbidité qui compromet la guérison des plaies doit être traitée. L'état nutritionnel du patient doit être optimisé, un apport suffisant en protéines, vitamines et calories est nécessaire.

Une documentation minutieuse de l'état de la plaie, des interventions et de l'évolution de la guérison est nécessaire pour évaluer le succès du traitement et apporter des ajustements au plan de soins. Ces enregistrements doivent être régulièrement vérifiés et mis à jour.

Pour le personnel soignant, la gestion des escarres profondes est exigeante. Une formation et une éducation adéquates dans le domaine des soins modernes des plaies et des interventions préventives sont nécessaires pour garantir des soins adéquats. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées par des mesures efficaces et de favoriser la guérison des tissus fortement endommagés.

2.4.4 Stade 4 : Lésion tissulaire profonde

Au stade 4 de l'escarre, des lésions tissulaires profondes sont présentes, pouvant s'étendre au-delà des couches sous-cutanées jusqu'aux muscles, aux os et aux tendons. Ces plaies profondes sont des conditions médicales graves qui nécessitent une attention et un traitement intensifs.

La plaie présente souvent des signes visibles de perte de tissu jusqu'aux muscles et aux os, éventuellement associés à des nécroses. Il peut y avoir une cavité de plaie caractérisée par la destruction des structures profondes. On trouve souvent dans la plaie des revêtements étendus ou du tissu nécrotique qui doivent être soigneusement enlevés pour favoriser la cicatrisation.

Un nettoyage approfondi de la plaie par débridement, qui peut être effectué chirurgicalement ou enzymatiquement, est nécessaire pour enlever le matériel nécrotique. Cette mesure réduit la charge bactérienne et favorise la granulation du tissu. L'utilisation de techniques avancées de soins de plaies comme la thérapie par pression négative peut aider à soutenir le processus de guérison et à rapprocher les bords de la plaie.

Le soulagement de la pression reste une mesure centrale pour favoriser la guérison et prévenir d'autres dommages. Des systèmes de positionnement avancés et des matelas de répartition de la pression sont essentiels pour réduire la charge sur les tissus affectés. Les hôpitaux et les établissements de soins doivent s'assurer que suffisamment d'aides spécialisées sont disponibles.

7 Ceci est seulement un aperçu.

Le livre complet est disponible sur <https://www.altenpflege.de> pour les utilisateurs inscrits. L'inscription et l'utilisation sont gratuites. Ceux qui ne souhaitent pas s'inscrire peuvent transférer le montant mentionné à la page 2 par Paypal à l'adresse buchhaltung@factsoft.de en indiquant à la fois le titre du livre et l'adresse e-mail. Ils recevront ensuite le PDF par e-mail.

En plus de l'accès gratuit aux livres d'enseignement abrégés, une inscription sur [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) permet de postuler directement à des emplois. Et aussi de publier gratuitement une annonce d'emploi. Rejoignez également la communauté [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de).