

altenpflege.de Edition

Manuale scurte pentru formarea în îngrijire - Accent pe îngrijirea persoanelor
vârstnice

Theo Ahrens

Profilaxia și tratamentul escarelor

presented by

YES
ARCH
ITEC
TURE.

Informații bibliografice

Theo Ahrens – Biografie scurtă

Theo Ahrens, născut în 1979 în apropiere de München, este profesor pentru profesii de îngrijire și pedagog dedicat în domeniul îngrijirii. După un an social voluntar în spital, a absolvit o formare ca asistent medical și a acumulat experiență profesională valoroasă pe secția de terapie intensivă. Motiv de dorința sa de a transmite cunoștințe, a studiat pedagogia în îngrijire și a început, în 2009, ca profesor la o școală profesională din München. Theo este cunoscut pentru predarea sa practică și empatică, cu care pregătește viitorii angajați din îngrijire pentru profesia lor solicitantă. În viața privată, trăiește cu soția și cei doi copii ai săi în Berlin și se implică voluntar pentru condiții mai bune în formarea din domeniul îngrijirii.

Acest scurt manual a fost formulat pe baza planurilor de studiu ale cursurilor sale, utilizând inteligența artificială. Traducerea a fost realizată automat.

Editat de altenpflege.de

Preț DE/AT: 3,90 € CH: 5 Fr

Copyright 2024 altenpflege.de

Vă rugăm să trimiteți sugestii și îmbunătățiri la team@altenpflege.de.

1/5-2412181531

Cuprins

1	Introducere	4
1.1	Obiectivele acestui manual scurt	4
1.2	Importanța profilaxiei și tratamentului escarelor în îngrijirea vârstnicilor	4
1.3	Rolul asistenților medicali în prevenirea și tratamentul escarelor de decubit	5
2	Noțiuni fundamentale despre escare	6
2.1	Ce este escara	6
2.2	Patofiziologia escarei de decubit	6
2.3	Factori de risc pentru apariția unui escar	7
2.4	Clasificarea stadiilor escarei de decubit	7
2.4.1	Stadiul 1: Înroșirea pielii	7
2.4.2	Stadiul 2: Defect cutanat	8
2.4.3	Stadiul 3: Deteriorarea profundă a țesuturilor	9
2.4.4	Stadiul 4: Afectare profundă a țesuturilor	10
3	Cauze și factori de risc pentru escare	11
3.1	Cauzele primare	11
3.2	Cauze secundare	11
3.3	Factori individuali de risc	12
3.4	Factori sistemici	13
4	Diagnosticarea și recunoașterea escarelor	14
4.1	Observarea și recunoașterea semnelor timpurii	14
4.2	Diferențierea înroșirii pielii	14
4.3	Utilizarea instrumentelor de evaluare	15
4.4	Documentarea escarelor	15
5	Profilaxia escarelor – Măsuri preventive	17
5.1	Noțiuni de bază ale profilaxiei escarei de decubit	17
5.2	Evaluarea riscurilor și planificarea prevenției	18
5.3	Lăsarea și poziționarea rezidenților	18
5.3.1	Poziționare moale și poziționare micro	18
5.3.2	30°-poziționare, 135°-poziționare, poziționare liberă	19
5.3.3	Mobilizarea și activarea rezidenților	20
5.4	Ameliorarea presiunii prin intermediul dispozitivelor ajutătoare	20
5.5	Promovarea automobilizării și încurajarea activă a mișcării	21
5.6	Îngrijirea și protecția pielii	22
5.7	Nutriția pentru profilaxia escarelor	23
6	Mijloace auxiliare pentru profilaxia escarelor de decubit	25
6.1	Ajutoare pentru poziționare	25
6.2	Sisteme de reducere a presiunii	25
6.3	Perne de șezut și perne pentru scaunul cu roțile pentru profilaxia escarelor	26
6.4	Mijloace auxiliare pentru mobilizare	27
6.5	Mijloace de protecție pentru zonele corporale vulnerabile	27
7	Tratamentul escarelor – măsuri și intervenții de îngrijire	29
7.1	Îngrijirea escarelor în stadiile 1 până la 4	29
7.2	Curățarea plăgii	30
7.3	Îngrijirea modernă a rănilor	30
7.4	Tratamentul infecțiilor în escare	31
7.5	Măsuri pentru promovarea vindecării rănilor	32
7.6	Utilizarea produselor speciale de îngrijire	33
8	Îngrijirea și susținerea rezidenților cu escare	34
8.1	Măsuri de îngrijire la rezidenți cu escare	34
8.2	Promovarea implicării active a rezidenților în îngrijire	35
8.3	Comunicarea cu rudele	35
8.4	Îngrijirea psiho-socială a rezidenților cu escare	36
9	Documentarea profilaxiei și tratamentului	38
9.1	Importanța documentației	38
9.2	Conținutul documentației privind escarele de decubit	38
9.3	Utilizarea software-ului de documentare pentru planificarea îngrijirii	39
9.4	Fotodocumentarea escarelor	40
10	Roluri și responsabilități ale personalului de îngrijire în domeniul geriatriei	41
10.1	Responsabilitățile asistenților medicali în domeniul profilaxiei escarelor	41
10.2	Implicarea personalului de îngrijire în evaluarea și aprecierea riscurilor	42
10.3	Colaborare interdisciplinară cu medici, manageri de plăgi și terapeuți	43
10.4	Importanța formării continue a personalului de îngrijire în domeniul profilaxiei escarelor	44
11	Aspecte etice și juridice ale profilaxiei escarelor	45
11.1	Dreptul la autodeterminare al rezidenților	45
11.2	Probleme de răspundere în cazul escarelor	45
11.3	Responsabilitatea unității de îngrijire	46
11.4	Obligația de respectare a profilaxiei escarei conform SGB XI	47
12	Asigurarea calității și măsuri de igienă în îngrijirea escarelor	49
12.1	Importanța asigurării calității în profilaxia escarelor	49
12.2	Richtliniile pentru igienă și îngrijirea aseptică a rănilor	50
12.3	Monitorizarea și controlul eficacității măsurilor de prevenție	50
12.4	Audituri externe și interne pentru verificarea profilaxiei escarelor	51
13	Studii de caz și aplicații practice	53
13.1	Studiu de caz: Planificarea îngrijirii pentru profilaxia escarelor la rezidenții imobilizați	53
13.2	Exemplu practic: Îngrijirea unei plăgi de decubit (stadiul 2) cu metode moderne de tratare a rănilor	54
13.3	Reflecția și discuția practicii de îngrijire în tratamentul escarelor	55

1 Introducere

1.1 Obiectivele acestui manual scurt

Acest manual scurt oferă cunoștințe solide despre profilaxia și tratamentul escarelor. Permite înțelegerea formării, factorilor de risc și clasificării escarelor. Un accent este pus pe măsurile preventive și îngrijirea profesională a persoanelor afectate. Sunt prezentate, de asemenea, strategii eficiente pentru îngrijirea rănilor și utilizarea instrumentelor ajutătoare.

Promovează în mod specific abilitățile practice prin exemple de cazuri și instrucțiuni de practică. Personalul de îngrijire este capabil să ia decizii bazate pe dovezi și să elaboreze planuri individuale de îngrijire. Se acordă o importanță deosebită colaborării interdisciplinare.

Manualul ia în considerare aspectele etice și juridice ale îngrijirii. De asemenea, include linii directe pentru documentarea măsurilor - esențiale pentru asigurarea calității. Scopul este de a sprijini personalul de îngrijire în asigurarea unei îngrijiri optime a rezidenților și de a reduce în mod durabil ratele de escare.

1.2 Importanța profilaxiei și tratamentului escarelor în îngrijirea vârstnicilor

Decubitul reprezintă un risc semnificativ de sănătate în îngrijirea vârstnicilor. Netratat, acesta poate avea consecințe grave asupra sănătății, inclusiv infecții și răni cronice. De aceea, prevenția necesită o atenție deosebită.

Profilaxia decubitului nu doar că reduce complicațiile de sănătate, dar îmbunătățește și calitatea vieții rezidenților. O ameliorare efectivă a presiunii și o îngrijire atentă a pielii sunt esențiale pentru a minimiza riscul apariției escarelor. Măsurile preventive ajută la reducerea necesității de îngrijire și, pe termen lung, diminuează costurile de îngrijire.

Pe lângă prevenție, recunoașterea și tratarea precoce a decubitului sunt decisive. Metodele de tratament, cum ar fi îngrijirea modernă a rănilor, contribuie semnificativ la vindecare și reducerea durerii. Abordările multidisciplinare, inclusiv colaborarea cu profesioniști medicali, îmbunătățesc rezultatele tratamentului.

Rolul personalului de îngrijire este, în acest sens, de o importanță deosebită. Observația atentă pentru identificarea factorilor de risc și aplicarea practică a îngrijirii profesionale sunt esențiale pentru profilaxia și tratamentul de succes. Școlile și instituțiile de învățământ pentru profesiile de îngrijire instruesc în vederea dezvoltării acestor competențe, pentru a oferi rezidenților cea mai bună îngrijire posibilă. Prin calificarea continuă, personalul de îngrijire rămâne mereu la curent cu cele mai recente descoperiri științifice, ceea ce este esențial pentru implementarea cu succes a măsurilor de profilaxie și tratament.

1.3 Rolul asistenților medicali în prevenirea și tratamentul escarelor de decubit

Personalul de îngrijire are un rol central în prevenirea și tratarea escarelor. Influența lor începe cu evaluarea și identificarea factorilor de risc. Ei efectuează inspecții regulate ale pielii și folosesc instrumente de evaluare pentru a identifica rezidenții vulnerabili.

O planificare atentă este esențială. Personalul de îngrijire elaborează planuri de îngrijire individualizate și integrează toate măsurile necesare pentru minimizarea riscurilor. Alegerea tehnicilor și intervalelor adecvate de poziționare este adaptată la starea de sănătate a rezidentului.

În practică, utilizarea instrumentelor ajutătoare este esențială. Personalul de îngrijire folosește saltele sau perne speciale pentru a reduce presiunea asupra zonelor corpului sensibile. Participarea personalului de îngrijire este crucială pentru a implementa corect și ajusta măsurile preventive.

Mobilitatea este un element esențial al profilaxiei. Personalul de îngrijire încurajează activ auto-mobilizarea rezidenților, sprijină regulat exercițiile de mișcare și integrează strategiile de mobilizare în rutina zilnică de îngrijire.

În tratamentul escarelor existente, personalul de îngrijire folosește metode calificate de gestionare a rănilor. Ei selectează materiale de pansament și produse de îngrijire adecvate, asigură condiții igienice și sunt un partener important atât în îngrijirea directă a rănilor, cât și în comunicarea cu medicii și terapeuții.

Instruirea și formarea continuă a personalului de îngrijire sunt esențiale pentru menținerea actualizată a cunoștințelor profesionale. Doar astfel pot lucra eficient în echipa interdisciplinară și pot îmbunătăți continuu îngrijirea rezidenților.

În final, personalului de îngrijire îi revine responsabilitatea pentru documentarea cuprinzătoare. Ei consemnează modificările stării pielii și documentează toate măsurile profilactice și terapeutice. Acest lucru nu doar că asigură calitatea îngrijirii, ci formează și baza pentru verificarea și ajustarea planificării îngrijirii.

2 Noțiuni fundamentale despre escare

2.1 Ce este escara

Dekubitus, cunoscut și sub denumirea de escară de decubit, este o leziune localizată a pielii și a țesutului subiacent, care apare datorită presiunii prelungite sau presiunii în combinație cu forțe de forfecare. Aceste leziuni ale țesutului apar frecvent în zone unde oasele sunt aproape de suprafața pielii, cum ar fi călcâiele, osul sacru, coatele sau omoplatul. Din cauza presiunii, circulația sângelui în zonele afectate este întreruptă, ceea ce duce la o alimentare insuficientă a țesutului cu oxigen și substanțe nutritive. Această insuficiență poate duce în cele din urmă la moartea țesutului, numită și necroză. Decubitul este o complicație serioasă, care apare în special la persoanele imobilizate sau imobilizate la pat. O recunoaștere timpurie și o prevenire consecventă sunt esențiale pentru a preveni apariția escarelor de decubit și pentru a asigura calitatea vieții persoanelor afectate.

2.2 Patofiziologia escarei de decubit

Un escar se formează în principal din cauza unei presiuni prelungite asupra pielii și a țesutului subiacent. Această acțiune duce la o perturbare a microcirculației. Presiunea comprimă vasele capilare, reducând fluxul sanguin și afectând aprovizionarea cu oxigen și substanțe nutritive a țesutului. Se acumulează produși finali de metabolism, care perturbă și mai mult metabolismul celular.

Deja după două ore de presiune continuă, pot apărea primele leziuni tisulare ireversibile. Cu toate acestea, consecințele grave nu sunt cauzate doar de presiune. Alți factori de influență, cum ar fi forțele de frecare care apar din deplasarea straturilor de piele unele peste altele, favorizează leziunea capilarelor, agravează suplimentar fluxul sanguin și astfel favorizează apariția unui escar.

Citokinele vasoactive și mediatorii inflamatorii sunt eliberați ca răspuns la leziunile celulare. Aceștia amplifică reacția inflamatorie locală. În cazul unei presiuni continue și fără intervenție, leziunile progresează și în straturile mai profunde ale țesutului, cum ar fi mușchii și oasele.

Un indiciu vizibil al acestor procese poate fi o roșeață a pielii care nu dispare, cauzată de o inflamație profundă și de leziuni ale capilarelor. Dacă presiunea nu este tratată, aceasta poate duce la necroză completă a țesutului afectat. Infecția plăgii reprezintă o altă complicație, deoarece agenții patogeni pot pătrunde în țesutul deteriorat.

Patofiziologia escarelor implică așadar o interacțiune complexă între forțele mecanice și procesele biochimice, care în final duc la leziuni tisulare. O înțelegere aprofundată a acestor procese este esențială pentru a dezvolta măsuri profilactice și terapeutice eficiente.

2.3 Factori de risc pentru apariția unui escar.

Dekubitus nu apare doar din cauza influențelor fizice precum presiunea și forțele de forfecare. Diferite factori de risc favorizează apariția escarelor și ar trebui întotdeauna să fie considerați în activitatea zilnică din îngrijire.

Un factor esențial este limitarea mișcării. Imobilitatea, cauzată de imobilizare la pat sau de mobilitate redusă, duce la o încărcare statică prelungită a anumitor zone ale corpului. Acest lucru crește riscul unei circulații sanguine insuficiente și, implicit, al degradării țesuturilor.

Un alt factor de risc este starea nutrițională. Aportul insuficient de proteine, vitamine și minerale slăbește structura pielii și a țesuturilor și încetinește procesele regenerative. Malnutriția și deshidratarea afectează sistemul imunitar, cresc susceptibilitatea la leziuni ale pielii și prelungesc timpul de vindecare a rănilor.

Umiditatea crescută a pielii, cauzată de incontinență sau transpirație excesivă, duce de asemenea la un risc mai mare de decubit. Pielea umedă este mai moale și își pierde rapid funcția de protecție. Drept urmare apar macerații care afectează bariera de protecție a pielii și servesc drept poartă de intrare pentru germeni.

Boli precum diabetul zaharat sau tulburările vasculare influențează de asemenea susceptibilitatea la decubit. Diabetul poate duce la micro- și macroangiopatii, care afectează circulația și perturbă vindecarea rănilor. Tulburările circulatorii arteriale sau venoase înrăutățesc aportul de oxigen și nutrienți al țesuturilor.

Deficiențele senzoriale, așa cum se întâmplă în cazul bolilor neurologice, joacă de asemenea un rol. Pacienții cu sensibilitate redusă la durere nu observă deseori la timp punctele de presiune, ceea ce crește riscul agravării.

În ansamblu, factorii de risc pentru decubit sunt diverși și necesită o evaluare critică de către personalul de îngrijire. O analiză cuprinzătoare a riscurilor permite o planificare individuală a prevenției și măsuri țintite pentru profilaxia decubitusului.

2.4 Clasificarea stadiilor escarei de decubit

2.4.1 Stadiul 1: Înrășirea pielii

O roșeață a pielii care nu dispare la presiune caracterizează primul stadiu al unui decubit. Această modificare a pielii apare frecvent la capetele osoase proeminente și la punctele corporale unde pielea este expusă la presiune și forțe de frecare crescute, cum ar fi sacrumul, călcâiele sau coatele.

Roșeața pielii este cel mai timpuriu semn al deteriorării țesuturilor, care, fără o intervenție rapidă și consecventă, poate progresa către stadii mai grave de decubit. Diferența față de o simplă roșeață a pielii constă în faptul că, la aplicarea presiunii, zona roșie nu își schimbă culoarea, ceea ce indică o microtromboză capilară și procese inflamatorii incipiente.

Fără reducerea presiunii, deteriorarea avansează. De aceea, recunoașterea rapidă a acestui stadiu este crucială. Personalul de îngrijire ar trebui să efectueze inspecții regulate ale pielii la rezidenții cu risc și să fie atent în mod special la roșeața care nu dispăre la presiune.

Cele mai importante măsuri de tratament în acest stadiu sunt reducerea presiunii și eliminarea forțelor de frecare. Redistribuirea imediată a părții corpului afectate este necesară pentru a preveni daunele suplimentare. Ajustările tehnicii de poziționare, cum ar fi utilizarea sistemelor de poziționare moale, ajută suplimentar la reducerea presiunii.

De asemenea, este important să se respecte o îngrijire consecventă a pielii. Uscăciunea și umezeala trebuie echilibrate pentru a menține funcția naturală de protecție a pielii. Utilizarea săpunurilor neutre din punct de vedere al pH-ului și a cremelor emoliente poate sprijini bariera pielii.

Acest stadiu necesită, de asemenea, o creștere a sensibilizării personalului de îngrijire și a celor afectați. Instruirea corespunzătoare pentru recunoaștere și prevenire sunt esențiale. Mobilizarea și încurajarea mișcării proprii a celor afectați pot fi utilizate preventiv pentru a stimula circulația sângelui și a menține sănătatea pielii.

În ansamblu, primul stadiu reprezintă o fază critică care stabilește direcția pentru evoluția unui decubit. O intervenție timpurie poate preveni trecerea la stadii mai grave și poate îmbunătăți semnificativ calitatea vieții celor afectați.

2.4.2 Stadiul 2: Defect cutanat

În stadiul 2 al escarei, este caracteristică o pierdere parțială a țesutului. Aceasta afectează epidermul și poate ajunge până la derm, adesea vizibilă ca ulcer superficial sau veziculă. Leziunea are o culoare roșu-roz pe patul plăgii și nu prezintă depozite necrotice.

Veziculele pot fi intacte sau deschise, ceea ce duce la o plagă deschisă. Acest stadiu apare frecvent în zonele corpului expuse constant la presiune, cum ar fi fesele sau călcâiele.

Diagnosticul în acest stadiu necesită o inspecție și palpăre amănunțită a zonelor de piele afectate. Este important să se protejeze veziculele intacte; veziculele deschise sunt tratate ca plăgi. Utilizarea pansamentelor transparente sau hidrocoloide este comună, deoarece acestea sprijină procesul de vindecare umedă a plăgii.

Obiectivul principal al tratamentului include descărcarea de presiune și menținerea unui mediu umed al plăgii. O monitorizare continuă a semnelor de infecție este esențială. La fel de important este sprijinul nutritiv printr-o dietă bogată în proteine și energie; astfel optimizați vindecarea.

Rearanjarea regulată a poziției și utilizarea ajutoarelor de poziționare, care distribuie și reduc presiunea, sunt măsuri profilactice decisive. De asemenea, acordați atenție îngrijirii pielii. Curățarea pielii trebuie efectuată cu grijă și cremele hidratante folosite pentru a asigura funcția de barieră.

Pentru cei implicați în îngrijire, formarea în gestionarea situațiilor și recunoașterea timpurie a semnelor acestui stadiu sunt esențiale. Dețineți cunoștințe cuprinzătoare în tehnicile de tratament al rănilor pentru a preveni agravarea la stadiul 3.

Colaborarea strânsă în cadrul echipei interdisciplinare este necesară pentru a asigura un plan cuprinzător de îngrijire care să răspundă nevoilor specifice ale individului.

2.4.3 Stadiul 3: Deteriorarea profundă a țesuturilor

În stadiul 3 al escarei, se produce o pierdere completă a straturilor pielii până în țesuturile subcutanate. Aceste leziuni profunde ale țesuturilor apar clinic sub formă de răni adânci și deschise, cu sau fără țesut adipos subcutanat vizibil. Zonele adiacente ale leziunilor sunt adesea necrotice și acoperite cu fibrină de culoare galbenă până la gri. Marginile răni sunt de obicei dificil de delimitat clar.

Expunerea țesutului subcutanat implică un risc crescut de infecții, de aceea îngrijirea răni are prioritate maximă. Curățarea răni se realizează, ideal, cu soluție salină sterilă, pentru a îndepărta materialul necrotic și resturile. Se folosesc materiale moderne de îngrijire a rănilor, care sunt adaptate la echilibrul umidității răni, precum alginat sau bandaje de spumă. Aceste materiale favorizează curățarea autolitică a răni și creează un mediu optim pentru vindecare.

Pe lângă îngrijirea răni, decongestionarea presiunii este o măsură centrală. Formarea leziunilor profunde se datorează continuării presiunii și a forțelor de forfecare. De aceea, schimbările regulate de poziție, precum și utilizarea de ajutoare specializate de poziționare și saltele de descărcare sunt esențiale. Zona de piele afectată trebuie menținută fără presiune.

Colaborarea multiprofesională este decisivă în acest stadiu. La aceasta contribuie consultarea terapeuților de răni, medicilor specialiști și nutriționiștilor. O posibilă cauză sistemică sau o boală concomitentă care afectează vindecarea răni trebuie tratată. Starea nutrițională a persoanei afectate trebuie optimizată, fiind necesară o aport suficient de proteine, vitamine și calorii.

Este necesară o documentare amănunțită a stării răni, a intervențiilor și a evoluției vindecării, pentru a evalua succesul tratamentului și a putea efectua ajustări în planul de îngrijire. Aceste înregistrări trebuie verificate și actualizate regulat.

Pentru îngrijitori, gestionarea escarelor adânci este solicitantă. Este necesară o formare și perfecționare adecvată în domeniul îngrijirii moderne a rănilor și a intervențiilor preventive de îngrijire, pentru a asigura un tratament adecvat. Scopul este de a crește calitatea vieții persoanelor afectate prin măsuri eficiente și de a promova vindecarea țesuturilor grav deteriorate.

2.4.4 Stadiul 4: Afectare profundă a țesuturilor

În stadiul 4 al escarei de decubit, sunt prezente leziuni profunde ale țesuturilor care depășesc straturile subcutanate și pot ajunge până la mușchi, oase și tendoane. Aceste răni profunde reprezintă condiții medicale grave care necesită atenție și tratament intensiv.

Rana prezintă adesea semne vizibile de pierdere a țesutului până la nivelul mușchilor și oaselor, posibil asociate cu necroze. Poate apărea o cavitate a plăgii, caracterizată prin distrugerea structurilor adânci. Adesea se găsesc în rană depozite extinse sau țesut necrotic care trebuie îndepărtat cu atenție pentru a promova vindecarea.

O curățare amănunțită a rănii prin debridare, care poate fi efectuată fie chirurgical, fie enzimatic, este necesară pentru îndepărtarea materialului necrotic. Această măsură reduce încărcătura bacteriană și promovează granulara țesutului. Utilizarea tehnicilor avansate de îngrijire a rănilor precum terapia cu vacuum poate ajuta la susținerea procesului de vindecare și la apropierea marginilor plăgii.

Ameliorarea presiunii rămâne o măsură centrală pentru promovarea vindecării și prevenirea altor leziuni. Sistemele de așezare avansate și saltelele cu distribuție a presiunii sunt esențiale pentru a reduce stresul asupra țesuturilor afectate. Spitalele și instituțiile de îngrijire ar trebui să asigure disponibilitatea unor mijloace de ajutor specializate suficiente.

În acest stadiu, riscul de infecție este ridicat, de aceea o verificare regulată a semnelor de infecție este indispensabilă. O terapie adecvată cu antibiotice poate fi necesară dacă se suspectează o infecție sistemică sau locală. Un tratament antimicrobian direcționat ar trebui ajustat pe baza rezultatelor culturilor din rană.

Nutriția persoanei afectate joacă un rol decisiv în procesul de vindecare. O alimentație bogată în proteine, vitamine și minerale susține vindecarea rănilor și reconstrucția țesuturilor deteriorate. O colaborare cu nutriționiști este recomandabilă pentru a dezvolta un plan nutrițional individualizat.

Îngrijirea complexă necesită colaborarea strânsă cu o echipă interdisciplinară de specialiști, incluzând specialiști în managementul rănilor, nutriționiști și fizioterapeuți. Aceasta garantează o îngrijire cuprinzătoare și o abordare holistică pentru restabilirea sănătății țesuturilor.

Personalul de îngrijire trebuie să fie familiarizat cu provocările și tehnicile tratamentului plăgilor. Cursurile de perfecționare în domeniul îngrijirii moderne a rănilor sunt esențiale pentru a cunoaște și aplica ultimele noutăți din practică. Accentul se pune pe îmbunătățirea calității vieții persoanelor afectate și menținerea independenței, atât cât este posibil. O documentație detaliată a proceselor de îngrijire și vindecare este necesară pentru evaluarea și ajustarea continuă a planurilor de îngrijire. Aceste înregistrări trebuie verificate în mod regulat de către toate persoanele implicate în îngrijire.

7 Aceasta este doar o previzualizare.

Cartea completă este disponibilă pe <https://www.altenpflege.de> pentru utilizatorii înregistrați. Înscrierea și utilizarea sunt gratuite. Cei care nu doresc să se înregistreze pot plăti suma menționată pe pagina 2 prin Paypal la buchhaltung@factsoft.de și trebuie să menționeze atât titlul cărții, cât și adresa de e-mail. Ulterior, vor primi PDF-ul prin e-mail.

Pe lângă accesul gratuit la manualele scurte, o înregistrare pe [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) permite aplicarea directă la locurile de muncă. De asemenea, permite publicarea gratuită a unui anunț de angajare. Alăturați-vă și voi comunității [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de).