

Dies Buch ist eine praktische Anleitung für den Umgang mit Dekubitus in der stationären und ambulanten Altenpflege und „zu Hause“.

Esgibt kurz, knapp und verständlich Handlungs - sicherheit.

„Dekubitus gehen für die Betroffenen mit schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit und Lebensqualität einher, weshalb ihrer Entstehung entschieden vorgebeugt werden muss“.

DNQP-Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege - 2. Aktualisierung 2017

R. Lübke, Bremen

Inhaltsverzeichnis:

Entstehung S.4

Entstehungsorte S. 8

Klassifikation-Schweregrad S. 11

Risikofaktoren S. 13

Prophylaxe S. 23

Mobilisation S. 25

Kontraktur S. 26

Lagerung S. 28

Hautpflege S. 35

Hilfsmittel zur Druckverteilung S. 39

Evaluation S. 47

PTVS - 2014 = Dekubitus

2017 Expertenstandard 2. Aktualisierung S.53

Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.

Zitat: DNQP-Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege -

Entstehung

Ein Dekubitalulkus (Druckgeschwür) ist eine auf einen bestimmten Bereich begrenzte Schädigung von Haut und tiefer liegenden Geweben, aufgrund anhaltender Druckbelastung.

Die Hauptursache für die Entstehung eines Dekubitus ist die Immobilität eines Bewohners/Patienten.

Es ist ihm nicht möglich, den Druck, der durch das Sitzen oder Liegen entsteht, durch Umlagern zu vermeiden.

Druckbelastungen die über dem Kapillardruck (der Blutgefäße) liegen und Arteriolen und Venolen mehr als zwei Stunden an der gleichen Stelle komprimieren (zusammendrücken), führen zu Sauerstoffmangel (Ischämie) und zu einer irreversiblen (nicht rückgängig zu machenden) Hautschädigung.

Diese Schädigungen können sehr unterschiedliche Größen erreichen und von den oberflächlichen Hautschichten über die tiefer liegenden Bindegewebsschichten, bis hin zum Knochen reichen.

Neben der Hauptursache Druck und Zeit gibt es weitere Faktoren, welche die Entstehung eines Druckgeschwürs beeinflussen:

- Ernährung, Hautzustand, Reibungs- und Scherkräfte

Ohne Druck kein Dekubitus

Wenn auf bestimmten Körperstellen über zu lange Zeit zu viel Gewicht lastet, wird die Haut und das darunter liegende Gewebe komprimiert (gedrückt).

- Je größer die Auflagefläche des Körpers, desto kleiner der Druck auf die Gefäße.
- Je größer das Körpergewicht, desto größer der Druck auf die Gefäße.
- Je kleiner die Auflagefläche, desto größer der Druck auf die Gefäße.

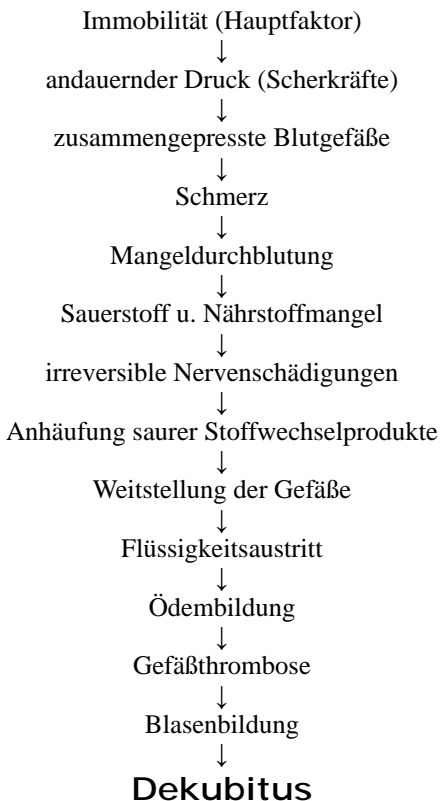
Dadurch kann das Blut in diesem Bereich nicht mehr ausreichend zirkulieren, das Gewebe wird nur noch unzureichend mit Sauerstoff versorgt. In der Folge kann das nährstoff- und sauerstoffreiche arterielle Blut nicht mehr zu den Zellen transportiert werden.

Bei länger anhaltendem Druck auf ein begrenztes Hautgebiet sterben die betroffenen Körperzellen ab, wobei die Nervenzellen schon wesentlich früher irreversibel (nicht rückgängig zu machend) geschädigt sind.

Auch die venöse Durchblutung wird unterbrochen. Die anfallenden sauren Stoffwechselprodukte werden nicht mehr abtransportiert. es kommt zu einer Übersäuerung im Gewebe, zu einer Weitstellung der Gefäße.

Das führt zu:

- Stärkerer Durchblutung, erkennbar an einer starken Hautrötung (Gefäßdilatation),
- diese bewirkt Flüssigkeits- und Eiweißaustritt in das Gewebe und führt zur
- Entstehung von Ödemen und Blasen.



Bei der Entstehung der Dekubitus kommen unterschiedliche Faktoren zusammen:

- der Zustand der Haut,
- der Allgemeinzustand,
- die mangelnde Mobilität (Beweglichkeit), zusätzlich:
- Scherkräfte und Druck, die auf die Haut einwirken.

Was sind Scherkräfte?

Scherkraft ist die Verschiebung verschiedener Hautschichten gegeneinander.

Beispielsweise wenn jemand der sich selber nicht aufrichten kann, im Bett oder Stuhl nach unten **gleitet** oder nach oben **gezogen** wird. Dies führt zum Strecken, Abknicken oder Zerreißen von subkutanen Blutgefäßen und evtl. zu einer tiefen Nekrose.

Beim älteren Menschen können durch Scherkräfte ganze Hautschichten voneinander getrennt werden.

Verantwortlich sind die Hautveränderungen im Alter.

Die Haut älterer Personen ist nicht mehr so elastisch. Sie wird schlaffer, das Unterhautfettgewebe nimmt ab. Die Aktivität der Talgdrüsen lässt nach, dadurch trocknet die Altershaut vermehrt aus.

Die Altershaut ist insgesamt verletzlicher bei gleichzeitig verlangsamter Wundheilung. Aus all diesen Gründen ist es wichtig, die Haut älterer Patienten mit großer Sorgfalt zu pflegen.

Druck ↔ Schmerz

Die Haut kann kurzfristig eine höhere Druckeinwirkung ausgleichen. Hält die Druckeinwirkung an, nehmen Minderdurchblutung und Mangel an Sauerstoff (Hypoxie) zu.

Dies kann zu einer Schädigung der Zellen führen. Auf den Anfang dieser Schädigung antwortet der Körper mit Schmerzen. Dadurch wird bei einem gesunden Menschen (auch im Schlaf) eine Lageveränderung ausgelöst.

Nach der Lageveränderung können sich die Kapillaren erneut mit Blut füllen, so dass die Haut wieder ausreichend versorgt wird. Schon geringste Bewegungen und Lageveränderungen bewirken dies.

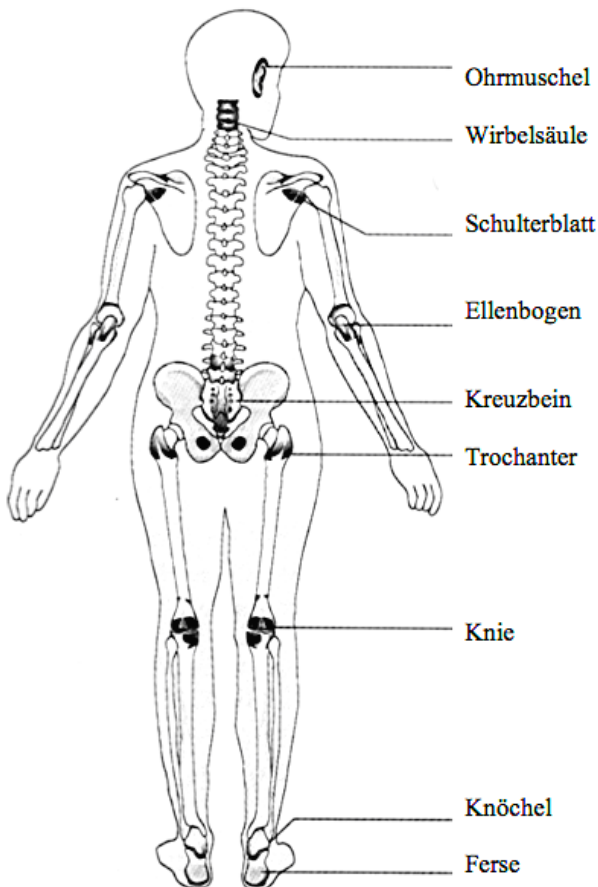
Die Druck-Schmerz-Reaktion funktioniert unwillkürlich. Ein gesunder Mensch kann so keinen Dekubitus entwickeln. Aufgrund der altersbedingten Veränderungen der Haut, kann der Druck-Schmerz-Mechanismus aber beeinträchtigt sein.

Die Pflegefachkraft beurteilt mittels eines systematischen Vorgehens das Dekubitusrisiko aller Patienten/Bewohner, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.

Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter), die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen.

Zitat: DNQP-Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Entstehungsorte



Typische Lokalisationen mit wenig Subkutangewebe	Häufigkeit
Hinterhaupt	6%
Schulterblätter	6%
Dornfortsätze der Brustwirbel	5%
Beckenbereich: Trochanter major, Os sacrum (Kreuzbein) Tuber ossis ischii (Sitzbeinhöcker) Os coccygis (Steißbein)	48 %
Fibulaköpfchen	6%
Ellenbogen	6%
Knöchel	5%
Ferse	18%

Zusätzlich sollten Hautbezirke beobachtet werden, die durch

- Antithrombose-Strümpfe bedeckt sind.
- Durch Alltagsaktivitäten Druck- und Scherkräften ausgesetzt sind.
- Durch z. B. Hilfsmittel und Kleidung Druck bzw. Scherkräften ausgesetzt sind.

Weiter

Ebenso Körperstellen beobachten die durch Intertrigo gefährdet sind z. B.:

- Achselhöhle, weibliche Brust,
- Ellenbeuge, Bauchfalten,
- Leistenbeuge, Gesäßspalte, Kniekehle.

Gefährdete Stellen im Sitzen (Rollstuhl)

- Sitzbeinhöcker, Kreuzbein
- Perineum (zwischen Steißbein u. äußeren Genitalien)
- Vorderdamm, Hinterdamm, Hüfte
- äußere Fußkanten u. Knöchel, Ellbogen
- Schulterblätter

Schädigungen sind jedoch auch an jeder anderen Stelle des Körpers möglich.

„Für die sitzende Position muss für den jeweiligen Patienten / Bewohner ein individuelles Zeitintervall gefunden werden“.

Zitat: DNQP-Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Einteilung der Dekubitus

In der internationalen Leitlinie des NPUAP und EPUAP (2009) werden Dekubitus wie folgt klassifiziert:

Kategorie I: Nicht wegdrückbare Rötung.

Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Verblässen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.

- ! Besonders bei dunkelhäutigen Menschen können auch Hautverfärbungen, Überwärmung, Ödem oder Verhärtung ein Hinweis für Grad 1 sein.

Kategorie II: Teilverlust der Haut

Teilerstörung der Haut (bis zur Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene / rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen.

Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss.

Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreibungen), Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.

Kategorie III: Verlust der Haut

Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiern. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation.

Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein.

Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.

Kategorie IV: vollständiger Haut oder Gewebeverlust

Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln.

Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor.

Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein.

Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

-Tiefe Gewebeschädigung, unbekannte Tiefe (Kategorie kann nicht zugeordnet werden).

Risikofaktoren

Es werden intrinsische (im Patienten selber) und extrinsische Risikofaktoren (in der Umwelt begründet) unterschieden.

Dekubitus sind nicht die Folge bestimmter Erkrankungen und auch keine „normale“ Begleiterscheinung des Alters. Sie sind vielmehr das Ergebnis sich gegenseitig verstärkender Risikofaktoren.

Diese Risikofaktoren werden bei alten Menschen, mit häufig mehreren Krankheiten, verstärkt wirksam.

Risikofaktoren die mit einem erhöhten Dekubitusrisiko einhergehen bzw. bei denen Dekubitus gehäuft auftreten, sind:

- Mobilitätseinschränkungen jeder Ursache (Hauptfaktor)
- Durchblutungsstörungen der Haut
- Erkrankungen oder Beeinträchtigungen des Stoffwechsels
- Erkrankungen oder Schädigungen der Haut selbst

Extrinsische Risikofaktoren (Umwelt)

Druckbelastung

Harte Matratze, Operationstisch, mangelndes oder fehlendes Umlagern, Sonden.

Scherkräfte

Instabiles Sitzen, falscher Knick im Bett.

Mikrotraumata der Haut

Raue Oberfläche, Falten, Sonden.

Schädigung der Haut

Schlechte Körperhygiene, Entfettung mit Alkohol, Nässe / Feuchtigkeit, Seifenschaden.

Medikamente

Kortison, Zytostatika, Strahlentherapie (Pergamenthaut bei Kortison-, Zytostatika- oder Strahlenbehandlung), Sedativa, Hypnotika, Analgetika u.a.

Schwerste Beeinträchtigungen

Vorausgegangene große Chirurgische Eingriffe, Koma, Polytrauma.

Intrinsische Risikofaktoren (in der Person liegende)

Mobilitätseinschränkung

Hirn-, Rückenmarks- oder periphere Nervenverletzungen Schlaganfall, Nerven- oder Muskelerkrankungen, Demenz-Erkrankungen, Parkinsonsche Krankheit, Schizophrenie, Depressionen, Medikamentöse Sedation (Narkose, Brandverletzte etc.)

Inkontinenz

Aufweichen der Haut durch Kot und Urin bei Inkontinenz

Fehlende Sensibilität

Periphere oder zentrale Ursachen, Neuropathie beim Diabetes mellitus oder Gefäßerkrankungen.