



Wenn die Haut unter Druck ist - Dekubitus

Karin Gläsche Mehar

Wund- und Stomaberaterin SPZ Nottwil

25.10.2017

Dekubitus

Definition:

Ein Dekubitus ist eine **lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes**, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von **Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften**.

Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.





Deep Tissue Injury





Risikoerfassung

1. Mittels strukturierten Instrumenten zur Dekubitus-Risikoeinschätzung (Braden, Norton, Waterlow, u.a.)
2. Strukturierte pflegerisches Assessment/ Expertise der Aktivität und Eigenbeweglichkeit des Pat. (Pflegeanamnese)
3. Pflegerische Expertise durch Beobachtung (mehrmals tgl. Hautinspektion und Palpation)

Regelmässigkeit der Erfassung muss definiert werden, bei Eintritt (innerhalb der ersten 8 h),

Zusätzliche Erfassung

**bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes
bei Infekten und Fieber
nach Operationen oder Anaesthesien
bei Bettlägerigkeit**

Dekubitus Leitlinie EPUAP 2014

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe DNQP (aktualisiert 2017)



Dekubitus

Risikofaktoren (intrinsisch und extrinsisch)

- Alter
- BMI
- Immobilität
- Sensibilitätsausfall oder –
veränderung
- Inkontinenz
- Muskelatrophie
- Kontrakturen
- Vorbestehende Narben über
gefährdeten Stellen
- Schmerzen
- Schwitzen
- Ödeme
- Depression
- Erkrankungen
- Medikamente
- U.a.

Indirekte Risiken:

Soziale Situation

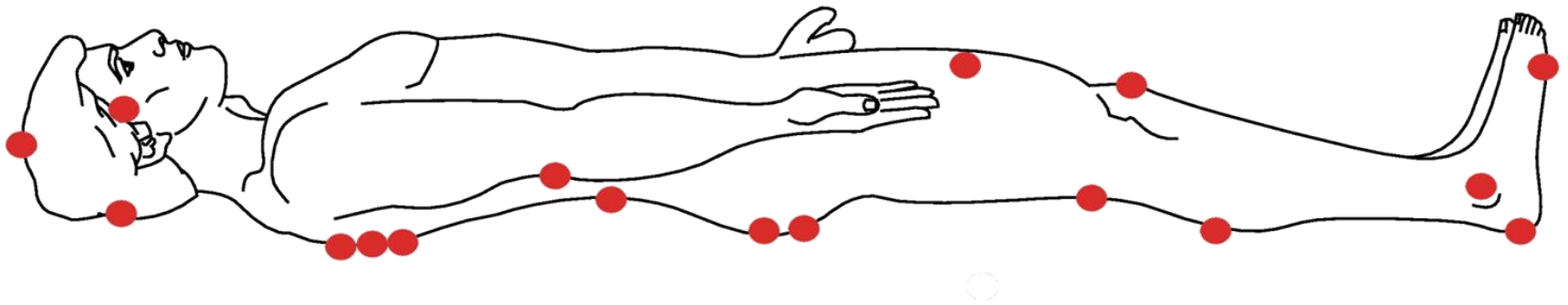
Wohnsituation

Sport / Hobbys

kognitive Leistungsfähigkeit

Dekubitus

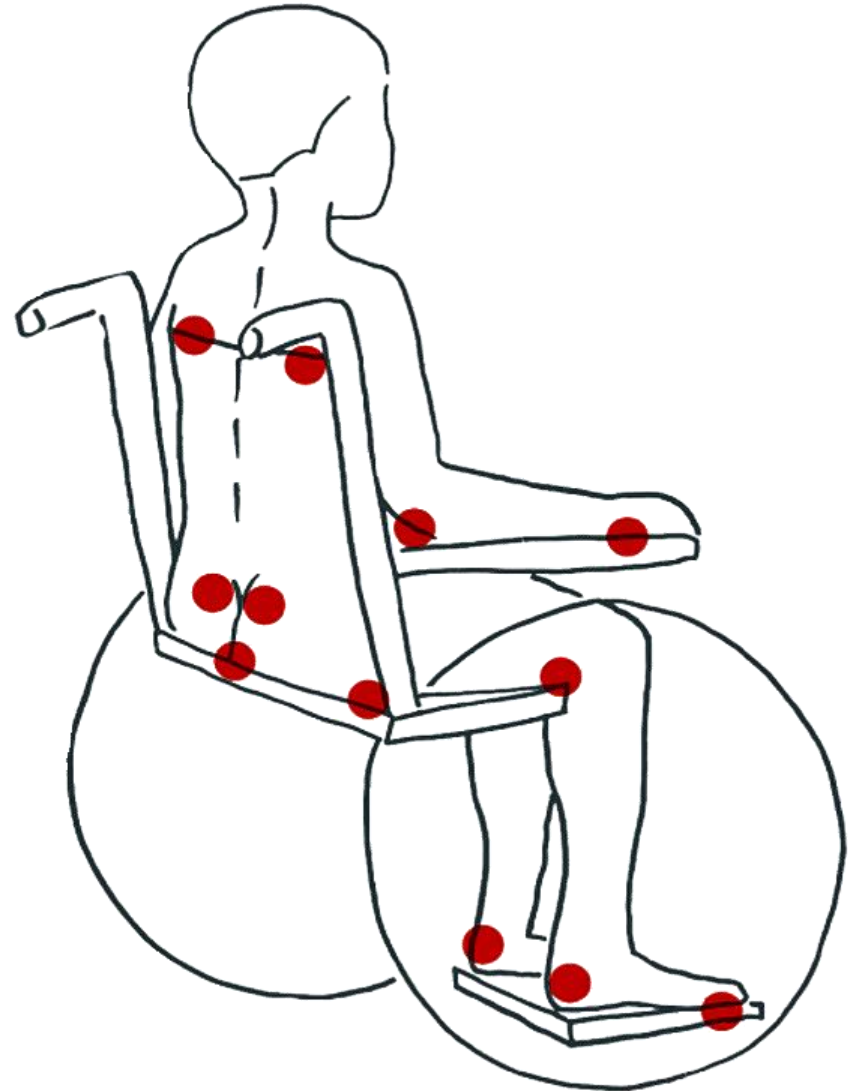
Prädilektionsstellen

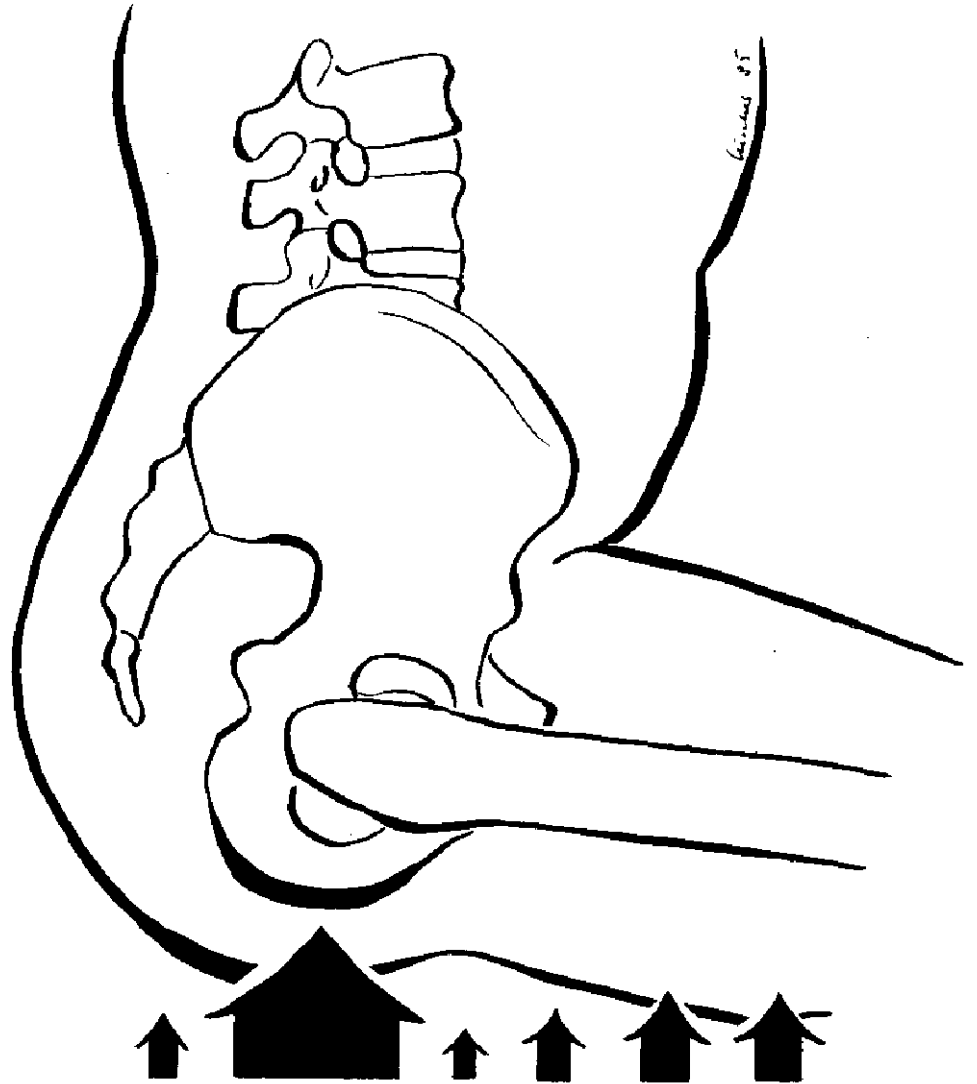


Dekubitus

Prädilektionsstellen

An Gesäss, Rücken sowie Armen, Knien und Füßen treten Druckgeschwüre am häufigsten auf



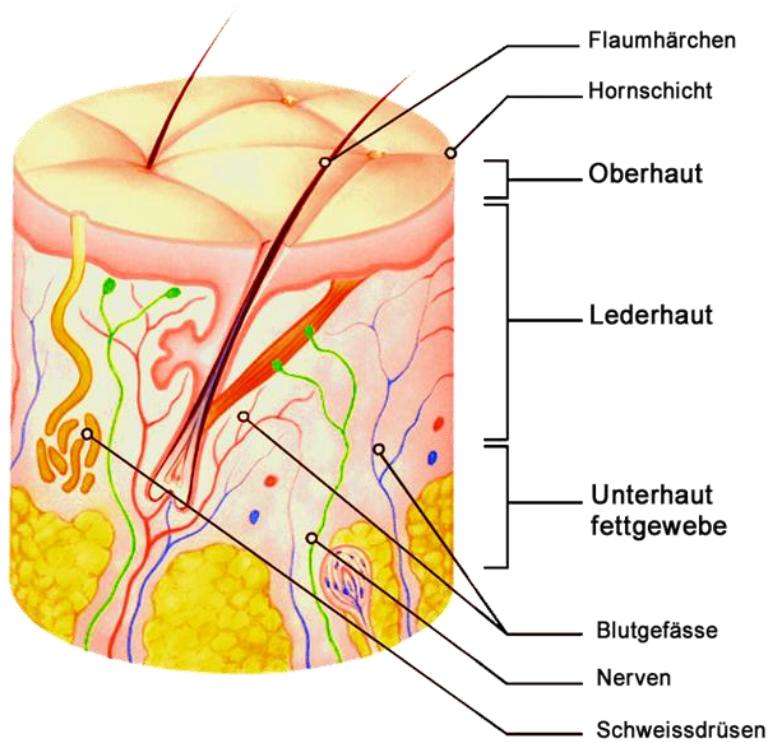


Dekubitus

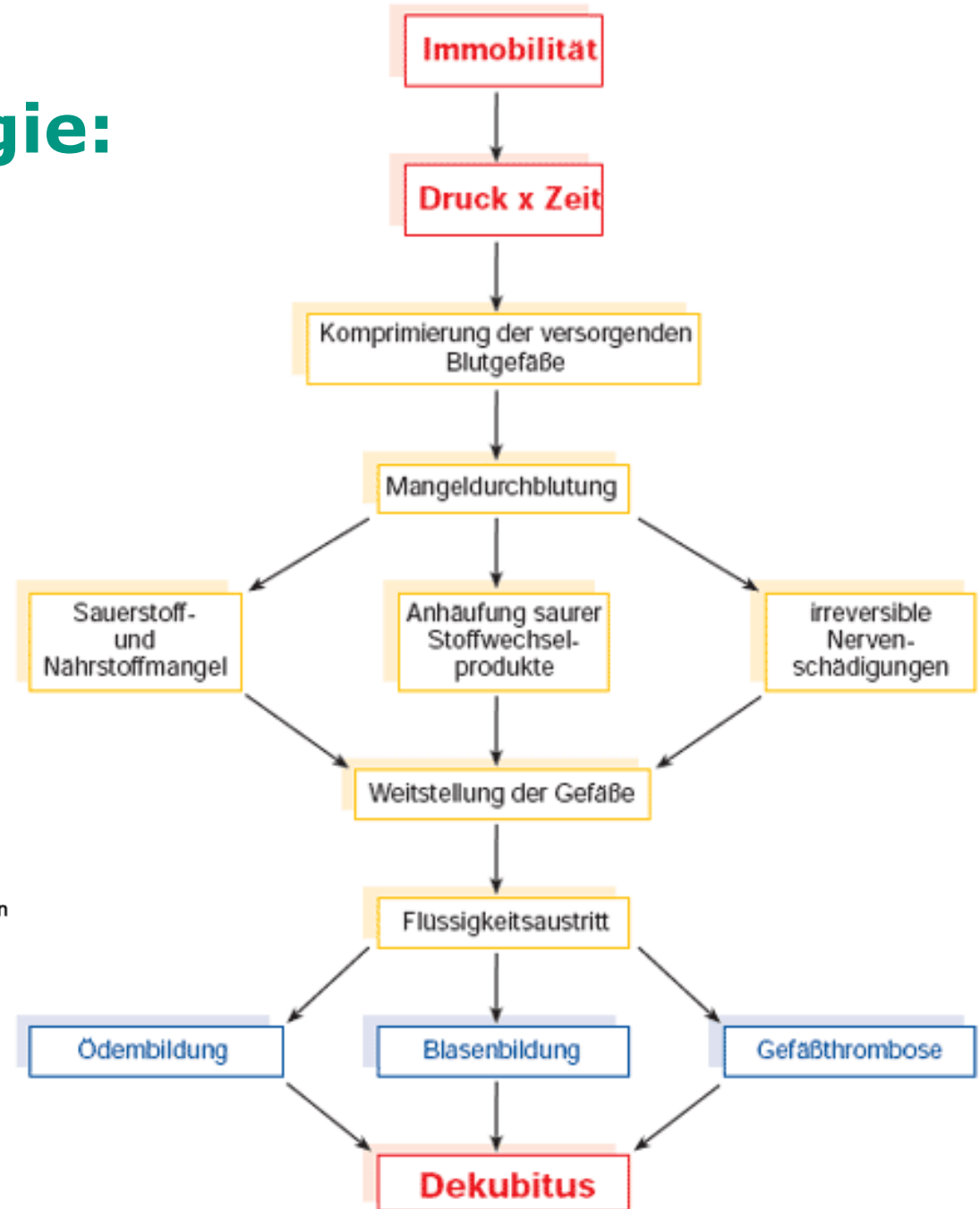




Pathophysiologie:



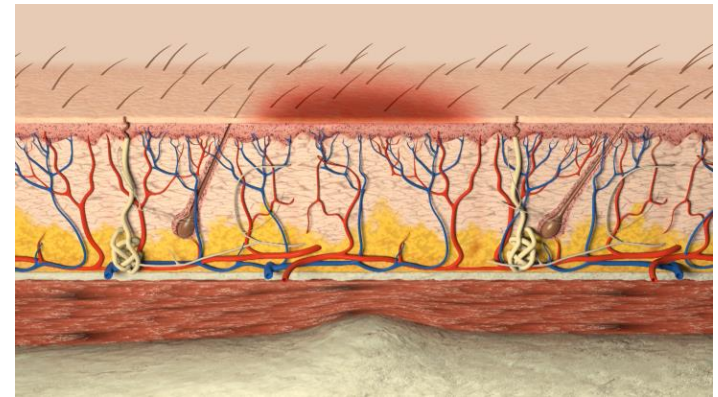
Biomechanics in Body
Tissues, 2010





Kategorie/Stufe/Grad I: nicht wegdrückbare Rötung

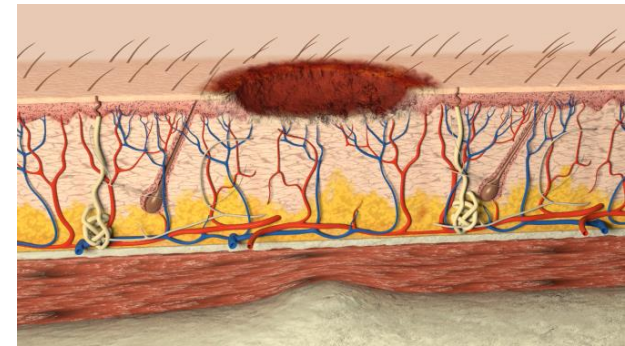
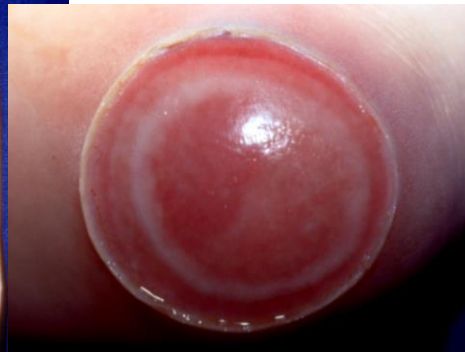
Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich,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





Kategorie/Stufe/Grad II: Teilverlust der Haut

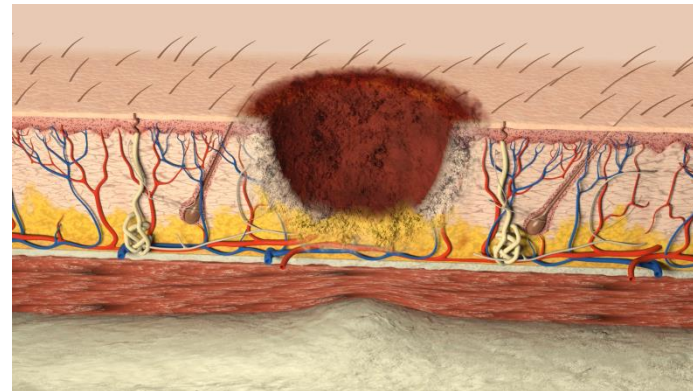
Teilerstörung der Haut (bis Dermis/ Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisierendes Gewebe oder Bluterguss (Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebeschädigung hin. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden, um Skin Tears (Gewebezerreissungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschäden, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.





Kategorie/Stufe/Grad III: Verlust der Haut

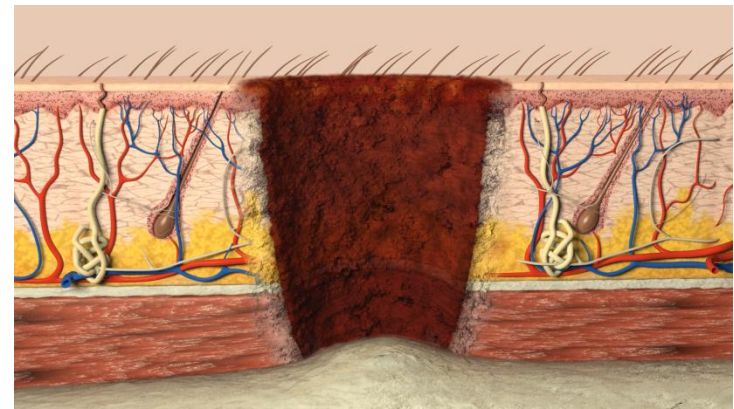
Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad 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/Stufe/Grad IV: vollständiger Haut- oder Gewebe- verlust

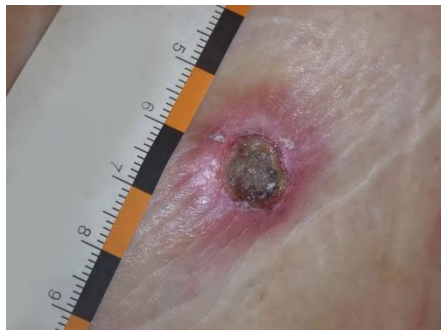
Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV 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





Uneinstufbar/nicht klassifizierbar: vollständiger Haut- oder Gewebeverlust - unbekannte Tiefe

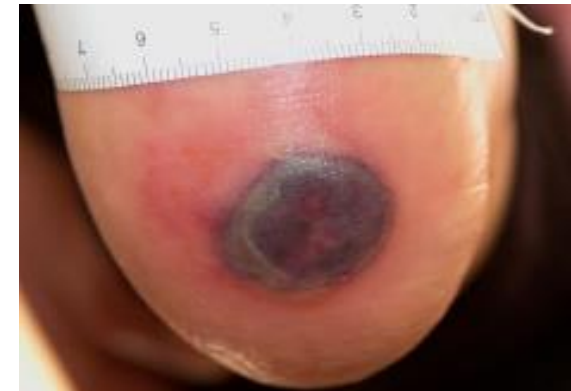
Ein vollständiger Haut- oder Gewebeverlust, bei der die tatsächliche Tiefe der Wunde von Belag (gelb, dunkelgelb, grau, grün oder braun) und Wundkruste/Schorf (dunkelgelb, braun oder schwarz) im Wundbett verdeckt ist. Die tatsächliche Tiefe der Wunde ist oft nicht festzustellen, ohne Belag oder Wundkruste/Schorf in ausreichendem Maße zu entfernen. Dennoch handelt es sich entweder um Kategorie/Stufe/Grad III oder IV. Stabiler Wundschorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher biologischer Schutz“ und sollte nicht entfernt werden, wenn keine Infektzeichen vorliegen (Abb. 7).





Vermutete tiefe Gewebsschädigung: unbekannte Tiefe

Violetter oder rötlichbrauner, umschriebener Bereich verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Dem Effekt vorausgehen kann eine Schmerzhaftigkeit des Gewebes, das von derber, breiiger oder matschiger Konsistenz sein kann und wärmer oder kälter als das angrenzende Gewebe ist. Vermutete tiefe Gewebsschädigungen sind bei Menschen mit dunkel pigmentierter Haut schwer zu erkennen. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem schwarzen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter entwickeln und mit Wundschorf bedeckt sein. Es kann zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten auch unter optimaler Behandlung kommen





DIFFERENZIALDIAGNOSE

- Viele Wunden, die als Dekubitus bezeichnet werden, sind verursacht durch Feuchtigkeit und Reibung. (kombinierte Läsionen)
- IAD (Inkontinenz assoziierte Dermatitis)
- andere Wundursachen



Dekubitus versus feuchtigkeitsbedingte Wunde

Dekubitus



feuchtigkeitsbedingte Wunde
in Kombination mit Druck



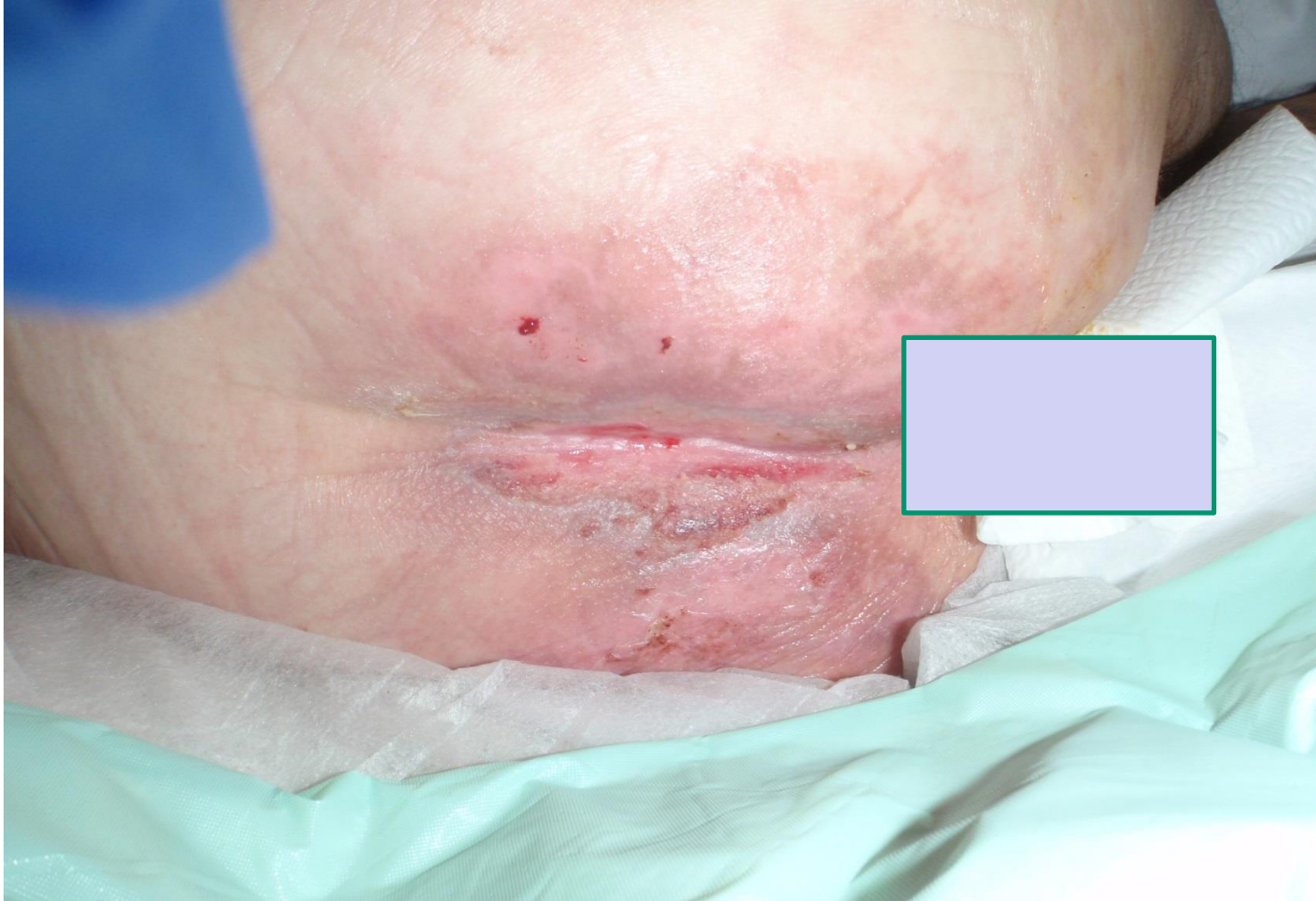


Differentialdiagnose

Beurteilungskriterien	Dekubitus	Feuchtigkeits - bedingte Läsionen IAD
Ursache	Langanhaltender Druck Scherkräfte und Reibung	Feuchtigkeit und Reibung auf der Haut
Lokalisation	Über Knochenvorsprüngen	Genitalbereich, Hautfalten
Aussehen der Wunde	Schlechte Durchblutung, klar abgegrenzt, schnell sind tiefere Schichten betroffen	Gut durchblutet, meist oberflächlich
Umgebende Haut	Meist nicht direkt betroffen	Umgebungshaut ist in Mitleidenschaft gezogen



Differentialdiagnose



IAD Schweregrad

Kategorie 0

Haut ist intakt, aber vermehrte Feuchtigkeit vorhanden

Kategorie 1

Haut ist intakt, Rötung und Feuchtigkeit ist vorhanden

Kategorie 2

Mässig bis schwere Hautschädigung





Dermatologische Symptome, die Wunden verursachen können

Feuchtigkeit	Andere Ursachen
Mazerationen	Narben, instabile Narbenplatten
Mykosen	Schürfungen
	Ekzeme / Hauterkrankungen
	Folikollitis
	Fisteln und Bursabildungen



Differenzialdiagnose





Differenzialdiagnose





Dekubitus

Prophylaxe

- Regelmässige Hautkontrolle, mindestens 2xtgl. und bei besonderen Aktivitäten
- Angepasste Lagerung und Mobilisation
- Gezielter Einsatz von Hilfsmitteln
- Risikofaktoren evaluieren und möglichst ausschalten oder auf ein Minimum reduzieren
- Haut schützen und pflegen
- Schulung von Patient und Betreuungspersonen



Dekubitus

Prophylaxe

- **Beweglichkeit des Patienten erhalten/fördern**
- Vergrößerung der Auflagefläche
- Korrekter Hüftknick im Bett – Vermeidung von Scherkräften
- Individuelle Bewegungsintervalle
- Gewebeschonende Bewegungs- & Transfertechniken

- **Gezielter Einsatz von Hilfsmitteln**

Dekubitus

Prophylaxe

Sitzkissenauswahl für Patienten, die mehrheitlich im Rollstuhl sitzen





Prophylaxe Sitzposition





Dekubitus

Prophylaxe



Regelmässige HK



Regelmässige Entlastung
im Rollstuhl (alle 20 min)



Korrekte
Sitzposition



Druckentlastung

Lagerung = Bewegungsförderung

Die Häufigkeit der Umlagerung hängt von den Druckverteilungseigenschaften der Unterlage und der Gewebetoleranz des Patienten ab.

Individueller Lagerungsplan



Hilfsmiteileinsatz

Für Makro-und Mikrolagerungen





Dekubitus

Prophylaxemassnahmen- Lagerung- Entlastung





Druckentlastung

Entlastungsprinzipien

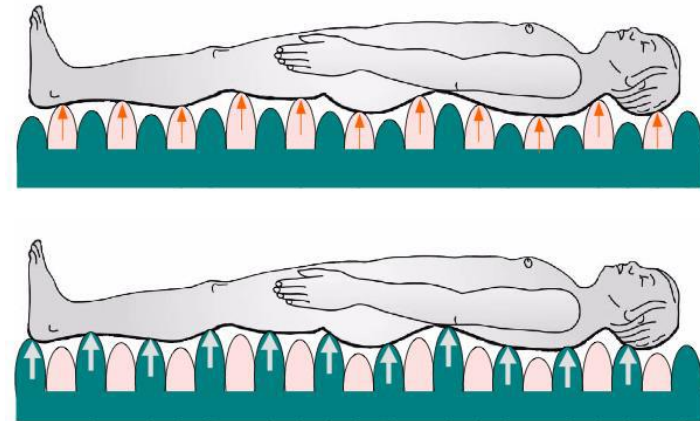
Freilagerung

- Nulldrucklösung der gefährdeten Stelle wie Fersenfreilagerung

Wechseldrucksystem

- wechselnde Belastung und Entlastung quer zur Körperlängsachse
- ständig lokale Druckentlastungen durch Freilagerung und verstärkter Druckbelastungen an den Kontaktflächen der aufgeblasenen Luftkammern
- Auflage zwischen Kammersystem und Haut dämpft einen Teil der Wirkung bzw. macht es unwirksam

NW: Erhöhung des Muskeltonus bis hin zu Spastiken



Druckentlastung

Entlastungsprinzipien

Weichlagerung (viskoelastischer Schaum, Luftstrom)

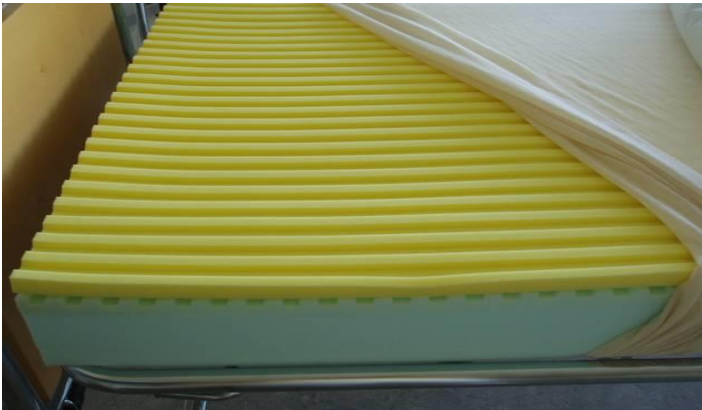
- Die Auflagefläche wird vergrössert/ Druck verteilt
- Belastung auf ein bestimmtes Areal wird reduziert aber nicht aufgehoben
- Weiche Unterlagen vergrößern die Auflagefläche
- fördern aber auch Immobilität und verminderte Selbstwahrnehmung des Patienten durch Einsinken des Körpers in Unterlage
- Umlagerung auch im Luftstromtherapiebett nötig



Dekubitus

Prophylaxemassnahmen- Matratzenauswahl

Statische Matratzenauflage



Dynamische Matratzenauflage



Dekubitus

Ungeeignete Hilfsmittel (Guideline EPUAP 2014)

- Wassergefüllte Kissen, Handschuhe
- Kleinzellige Wechseldruckauflagen
- Synthetische oder echte Felle
- Ringkissen
- Watteverbände
- Fersen- und Ellbogenschoner aus Fell





Dekubitus

Massnahmen bei bestehenden Dekubitus

- Druckentlastung
- Risikofaktoren/Ursachen evaluieren, ausschalten oder minimieren
- Ernährung/Flüssigkeitszufuhr
- Adäquate Wunversorgung
- Instruktion und Information
- Hilfsmittel gezielt anpassen

Was tun bei einer Rötung ?



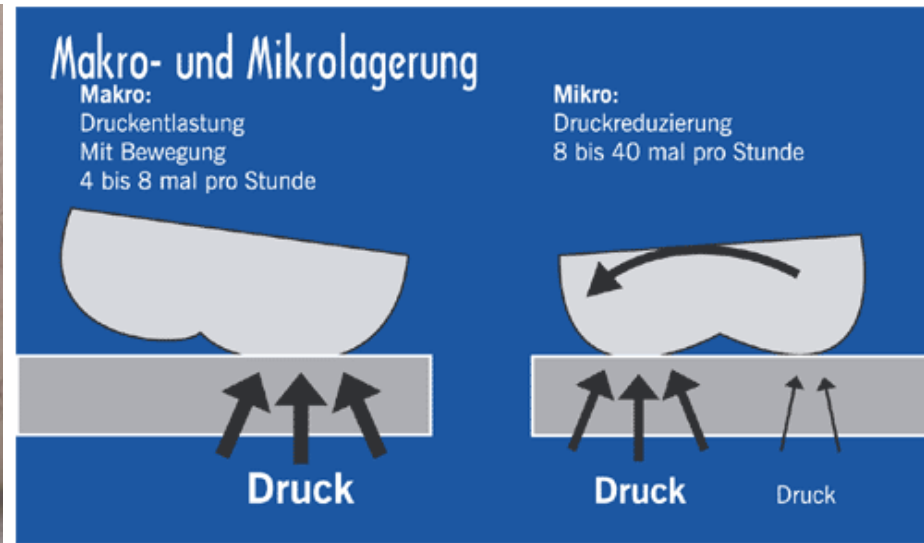
Ursache suchen



Haut genau anschauen

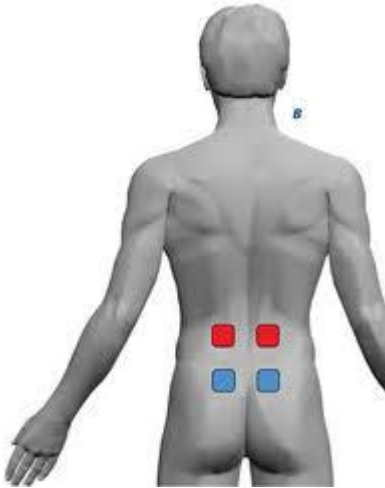


Hautstelle ertasten



Haut entlasten

Beispiele



- Elektrostimulation zur Unterstützung der Wundbehandlung

- Elektrostimulation (TENS) durch Physiotherapie zum Muskelaufbau
- Gezielte Hautpflege
- Akkupunktur
- Ttouch
- Wassergefiltertes Infrarot A
- Ernährung



Dekubitus-Vorgehen

1. Klassifizierung
2. Ursachen- und Risikoevaluation
3. Planung von Entlastung der gefährdeten Stellen(Lagerung, Hilfsmiteleinsetzung),
4. Bei Lokalisation im Sitzbereich- zwingend Bettruhe und Lagerungen im Bett
5. Schmerztherapie
6. Wundbehandlung nach dem Prinzip TIME (Tissue removal, Infection control, Moistre management, Edge)
7. Hilfsmittelneuanpassung, Anpassung von Schuhen, Sitzposition im Rollstuhl, Transfertechniken, Abführtechniken, usw.
8. Ernährung
9. Patientenedukation

