

9.1 Dekubitusprophylaxe

9.1.1 Grundlagen



Definition: „Ein Dekubitus (lat. Druckgeschwür, auch Dekubital-Ulkus, Wundliegen) ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandene Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes“ (DNQP 2002).

Häufigkeit

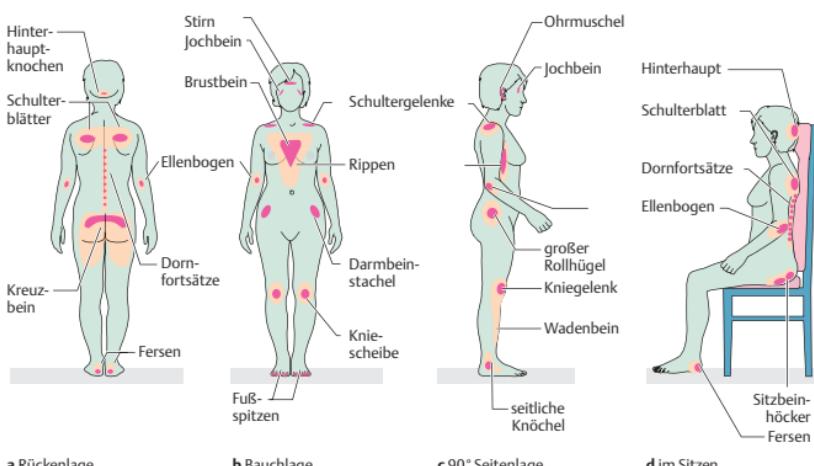
Das Dekubitusvorkommen bei Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 1 liegt in Hamburg bei 3%. Es nimmt bei den Schwerpflegebedürftigen mit der Pflegestufe 3 auf bis zu 20% zu. Ein Dekubitus als Todesursache wurde 1999 in der BRD bei 229 Personen registriert; das entspricht 27 von 100 000 Todesfällen (Robert-Koch-Institut 2002).

Ursachen

Druck. Ein über längere Zeit anhaltender Druck auf die Blutgefäße des betroffenen Gewebes führt zu einer Mangeldurchblutung (Ischämie) und Unterversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen. Gefährdet sind vor allem die Körperpartien, die ohne oder nur mit geringer Muskelpolsterung einem Knochen anliegen (Abb. 9.1).

Scherkräfte. Scherkräfte entstehen beim Verschieben von Hautschichten. Die Oberhaut der Betroffenen verschiebt sich z.B. beim Herunterrutschen oder Hochziehen im Bett oder Stuhl in Richtung der Bewegung, während die darunterliegenden Hautschichten diese Bewegung nicht mitmachen. Durch eine Verdrillung der Blutgefäße, die die Blutzirkulation unterbindet, entstehen Verletzungen, die an der Oberfläche zunächst nicht sichtbar sind (IGAP 2004).

Abb. 9.1 Dekubitusgefährdete Stellen. Besonders gefährdete Stellen bei verschiedenen Positionen.

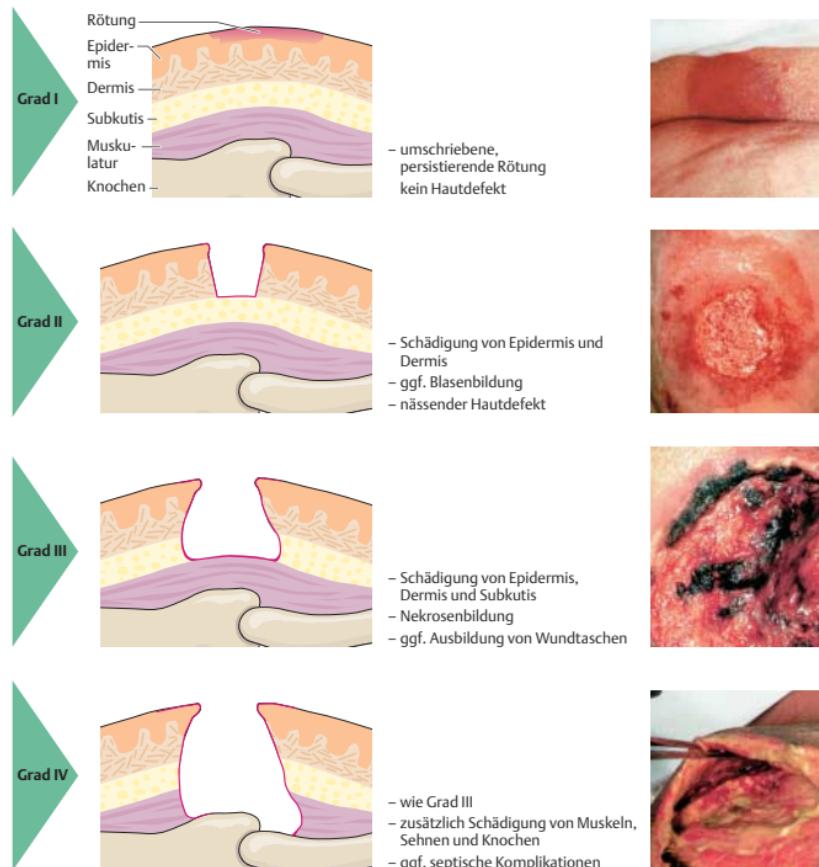


Kennzeichen

- anhaltende Rötung der Haut, die z.B. nach Lagewechsel nicht vergeht

Fingertest. Hiermit kann ein beginnender Dekubitus von einer vorübergehenden Rötung unterscheiden werden. Die Pflegende drückt dazu mit der Fingerkuppe in die Mitte der Rötung. Bleibt die Haut da, wo der Finger auflag, gerötet und wird

Abb. 9.2 Dekubitusstadien. Die 4 Stadien und ihre Kennzeichen.



9

nicht weiß, ist der Test „positiv“ und es liegt ein Dekubitus 1. Grades (Abb. 9.2) vor (Schröder 2004).

Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

Der nationale Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ist ein Instrument der Pflege, um verbindliche und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte (evidenzbasierte) Maßnahmen und Interventionen anzuwenden und einzusetzen. In der Dekubitusprophylaxe weist der nationale Expertenstandard der Druckreduzierung, der Bewegungsförderung und der Kontinuität der prophylaktischen Maßnahmen eine herausragende Bedeutung zu.

Risikofaktoren

- trockene, dünne und unelastische Haut, Immobilität, hohes Gewicht, Kachexie
- Durchblutungsstörungen, Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Inkontinenz
- starkes Schwitzen, hohes Fieber, erhöhter Gewebedruck (z.B. bei Ödemen)
- Diabetes, Anämie, multiple Sklerose, onkologische Erkrankungen

Stadien des Dekubitus

1. Stadium.

- deutliche, anhaltende Hautrötung bei intakter Haut
- Hautrötung, die sich auch durch den Fingertest nicht „wegdrücken“ lässt

2. Stadium.

- oberflächlicher Hautdefekt, evtl. mit Blasenbildung
- nach dem Aufplatzen der Blase schmerzhafte und infektabhängige Hautläsion

3. Stadium.

- Defekt aller Hautschichten und Nekrose des subkutanen Gewebes
- Geschwürbildung, blutig dunkelblau verfärbtes Hautareal

4. Stadium.

- Defekt aller Hautschichten, blauschwarze trockene/nässende Schädigung
- bis auf die Knochen reichende, infizierte und entzündete Wunde
- evtl. Mitbeteiligung von Muskeln, Sehnen, Knochen und/oder Gelenken

Assessmentinstrumente

Zur systematischen Beurteilung des Dekubitusrisikos ist die Einschätzung durch ein Assessmentinstrument zu empfehlen (DNQP 2002). Die Braden Skala berücksichtigt die in der Pflege alter Menschen häufig problembehaftete Ernährung sowie das Auftreten von Reibung und Scherkräften bei Lagerungswechsel und Transfer (Abb. 9.3).

Die Punktewerte werden i. d. R. in der Langzeitpflege einmal wöchentlich kontrolliert. Liegen jedoch besondere Erkrankungen oder Veränderungen beim Betroffenen vor, muss umgehend eine neue Einschätzung und eine Anpassung der geplanten Maßnahmen vorgenommen werden.

Pflegeziele

1. Dekubitusgefährdung einschätzen
2. individuellen Bewegungsplan erstellen
3. druckreduzierende Unterlagen und Hilfsmittel unverzüglich anwenden
4. durchgeführte Interventionen dokumentieren
5. Alle an der Versorgung Beteiligten, besonders die Betroffenen und Angehörigen, wissen um die Dekubitusgefährdung, kennen ihre Ursachen, die geplanten Maßnahmen und wirken auf der Basis ihrer Möglichkeiten an der Umsetzung mit.
6. Der Betroffene hat keinen Dekubitus.



Merke: Das Pflegeziel der Dekubitusprophylaxe lautet: Jeder dekubitusgefährdete Betroffene erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert (DNQP 2002).

9.1.2 Pflegemaßnahmen**Druckentlastung (Umlagern)**

Die Wirksamkeit von Druckentlastung ist wissenschaftlich nachgewiesen. Für jeden Betroffenen ist ein eigener Bewegungsplan zu erstellen. Zunächst wird 2-stündig bewegt/gelagert. Dann wird die Gewebetoleranz durch den Fingertest ermittelt und das Ergebnis (negativ oder positiv) in den Bewegungsplan eingetragen. Nach dieser individuellen Gewebetoleranz richtet sich die Intervalldauer der einzelnen Positionierungen, z.B. 1 Stunde oder auch 2,5 Stunden.

Druckreduzierung (Weichlagerung)

Lagerungen sollten mit weichem Lagerungsmaterial wie Federkissen, Lagerungskissen mit Polyurethan-Schaum-Füllung (z.B. Rhombo-fill) oder mit weichen Decken erfolgen. Hohl- oder (Super-)Weichlagerung sollten mit superweicher Matratze, 5/6-Kissen-Bett oder Spezialkissen durchgeführt werden. Großzellige Wechseldruckmatratzen können eingesetzt werden.