

▷ EINSCHÄTZUNGSEBENE

PLANUNGSEBENE

ORGANISATIONSEBENE

BERATUNGSEBENE

INFORMATIONSEBENE

ERGEBNISEBENE

Handlungsebene 1: Wissen zur Dekubitusentstehung und Risikoeinschätzungskompetenz**>> EINSCHÄTZUNGSEBENE**

Um die Dekubitusgefährdung fachgerecht einschätzen zu können, benötigt die Pflegefachkraft aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung und des -verlaufs (Pathogenese und Ätiologie). Die Pflegefachkraft muss weiterhin in der Lage sein, das erworbene Wissen im Pflegeprozess umzusetzen.

>> Strukturqualität Pflegefachkraft

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sowie durchgeführte prophylaktische Maßnahmen müssen auf dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse beruhen.

Da der wissenschaftliche Erkenntnisprozess permanent voranschreitet, reichen die einmalig in der Ausbildung erworbenen Inhalte nicht aus. Zusätzlich sollte das vorhandene Wissen kontinuierlich aktualisiert werden. Dies kann beispielsweise durch Lesen von Fachliteratur (sollte in der Regel nicht älter als fünf Jahre sein) oder durch Besuche von Kongressen medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften (z. B. der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V.) erreicht werden. Nach Möglichkeit sollte eine Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation für diese Aufgabe hinzugezogen werden.

S1) Aktuelles Wissen der Pflegefachkraft zur Dekubitusentstehung

Um einen Dekubitus (Dekubitalulcus) zu vermeiden, muss die Pflegefachkraft die Grunderkrankung der Diagnose = Dekubitalulcus kennen.

Merke:

Die Mehrzahl von Dekubitus ist auch Dekubiti (gesprochen mit einem langem „u“) bzw. bei Dekubitalulcus ist die Mehrzahl Dekubitalulcerationen.

Der Begriff Dekubiti wird für die Mehrzahl von Dekubitus in der Praxis häufig verwendet, ist aber grammatikalisch falsch.

Die internationale Definition von Dekubitus (nach EPUAP/NPUAP 2009)

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 (EPUAP/NPUAP 2009).

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe weist ebenfalls auf diese Definition hin.

Entstehung:

Lang andauernder Druck auf das Gewebe infolge eingeschränkter Mobilität und Aktivität des Kunden/Klienten.

Grunderkrankung:

Die Bewegungseinschränkung kann durch akute Erkrankungen wie Apoplex (Schlaganfall), Myokardinfarkt (Herzinfarkt) oder durch Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) besonders bei pflegebedürftigen Kunden/Klienten ausgelöst werden.

Ätiologie:

Im Expertenstandard werden nach Studienlage zwei Arten von Dekubitalulcerationen diskutiert. Zum einen Dekubitalulcerationen durch lang anhaltenden Druck und/oder Scherkräfte, die meist die tieferen Gewebeschichten Kategorie (Grad) drei und vier schädigen, und zum anderen eher mechanische Reizungen wie Reibung oder Nässe, die die oberflächlichen Hautschichten bis Kategorie zwei schädigen.

Beide Schädigungen kommen in der täglichen Pflegepraxis vor, jedoch gibt es bisher keine Studien, die die oberflächlichen Läsionen von den tieferen Gewebeschädigungen unterscheiden.

Klassifikationen zum Dekubitus

| Kategorie drei und vier (EPUAP/NPUAP) | Kategorie zwei (EPUAP/NPUAP) |
|---|---|
| Lang anhaltender Druck und/oder Scherkräfte | Mechanische Reizung wie Reibung oder durch Feuchtigkeit (Nässe) |
| Beginn in tiefen Gewebeschichten (Knochen, Muskelgewebe) | Beginn in den Hautschichten (oberflächlich) |
| Zu Beginn nicht zu erkennen | Beginn meist in Kategorie zwei |
| Überwiegend über Knochenvorsprüngen | Häufig in Hautfalten, wo Feuchtigkeit eine Rolle spielt, z. B. Rima Ani (Analfalte) |
| Betroffenes Gebiet kann sich bei Druckentlastung regenerieren | |
| Betroffenes Gebiet kann sich nach Tagen oder Wochen zum Dekubitus Kategorie drei oder vier entwickeln | |
| Häufig bei liegenden Personen | |
| Entwicklung 1 – 6 Std. nach ununterbrochener Druckbelastung | |
| Bei sitzenden Personen Entwicklung noch früher als bei liegenden Personen | |

Hinweis:

Eine ausführliche Übersicht und Erklärung, warum es einen Wechsel von Kategorie zu Grad gibt, finden Sie in der 6. Handlungsebene.



Gefährdete Körperregionen

Letztendlich sind alle Stellen des Körpers gefährdet, wenn Druck von innen (durch Knochen) oder von außen wirkt. Besonders gefährdete Körperregionen sind die, wo der Knochen prominent hervortritt.

- Kreuzbein (Os sacrum) – Entstehung bei 40 – 60 % der Kunden/Klienten
- Fersenbein (Calcaneus) – Entstehung bei 18 – 24 % der Kunden/Klienten
- Großer Rollhügel (Trochanter major) – Entstehung bei 16 – 20 % der Kunden/Klienten
- Steißbein (Os coccygis) – Entstehung bei 6 % der Kunden/Klienten

Quelle: rcn.guidelines/pressure ulcer



| Druck von innen | Druck von außen |
|---|---|
| <p>An konvexen Körperstellen ist der Druck in der Tiefe 3 – 5 x höher als an der Hautoberfläche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Kompression wird der Druck an der Ferse zusätzlich verstärkt (Druck durch den Knochen und Gegendruck durch die Kompression) | <ul style="list-style-type: none"> • Venöse Zugänge, Katheterschlauch, Sonden, Nasale Tuben • Im Bett hinterlassene Gegenstände (z. B. Kanülenkappen, Spritzen, Klemmen, Scheren) • Faltige Wäsche, Nahrungsreste • Schienen, festsitzende Verbände |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kompression der Blutgefäße, zusätzlich kann es zu Kapillarthrombosen kommen Folge: Ischämie (Minderdurchblutung) und venöse Abflussstörungen im Gewebe • Die Minderdurchblutung ist an einem weißen Auflagefleck zu erkennen • Durch die venöse Abflussstörung werden saure Stoffwechselprodukte angehäuft (Azidose) • Der Körper reagiert mit Gefäßweitstellung auf die Sauerstoffunterversorgung, zu erkennen an einer Hautrötung nach Druckentlastung. Kompressionsdrucktest kann noch negativ sein (reversible Hautrötung) oder Kompressionsdrucktest ist positiv (irreversible Hautrötung) = Dekubitus Kategorie 1 wird sichtbar • Durch die Gefäßweitstellung und die Anhäufung der sauren Stoffwechselprodukte werden die Kapillaren zunehmend geschädigt • Es tritt Flüssigkeit in das Interstitium (Zellzwischenraum) aus, es entsteht ein Ödem. Zu erkennen an einer derben Schwellung • Es kann auch direkt eine vermutete tiefe Gewebeschädigung mit unbekannter Tiefe entstehen. Zu erkennen an einem violetten oder rötlichbraunem, umschriebenen Bereich verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck (EPUAP/NPUAP 2009) | |
| Scherkraft | |
| <p>Scherkraft ist die Kraft, die parallel zum Gewebe wirkt (Definition: Defloor 1999). Sie entsteht zwischen Knochen und Subcutangewebe oder Muskel.</p> <p>Beispiel 1: Kunde/Klient liegt im Bett oder sitzt auf dem Stuhl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er drückt mit seinem Körpergewicht die Gewebeschichten zwischen Knochen und Auflagefläche (Matratze) zusammen • Das Gewebe (Oberhaut, Lederhaut, Unterhautfettgewebe, Muskel) wird gequetscht (Sandwich) • Das Gewebe versucht dem Druck parallel zur Auflagefläche auszuweichen <p>Beispiel 2: Kunde/Klient rutscht im Bett oder im Stuhl herunter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haut (Oberhaut, Lederhaut, Unterhautfettgewebe) bleibt durch Reibungswiderstand auf der Unterlage liegen • Der Körper mit knöchernen Strukturen rutscht der Schwerkraft entgegen <p>Folgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blutgefäße, welche aus der Tiefe die Haut versorgen, werden gedehnt, überdehnt und abgerissen • Folge: Ischämie (Minderdurchblutung), Kapillarthrombosen oder Einblutung ins Gewebe | |

Beantworte / Kläre:

- Was sind mögliche Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus?
- Was sind mögliche Anzeichen eines bestehenden Dekubitus?
- Welche Körperstellen sind gefährdet?
- Welche Populationen sind besonders gefährdet?

