

Dekubitus

Fachfrau/-mann Gesundheit, 1. Semester

Sarah Hermann, FDII

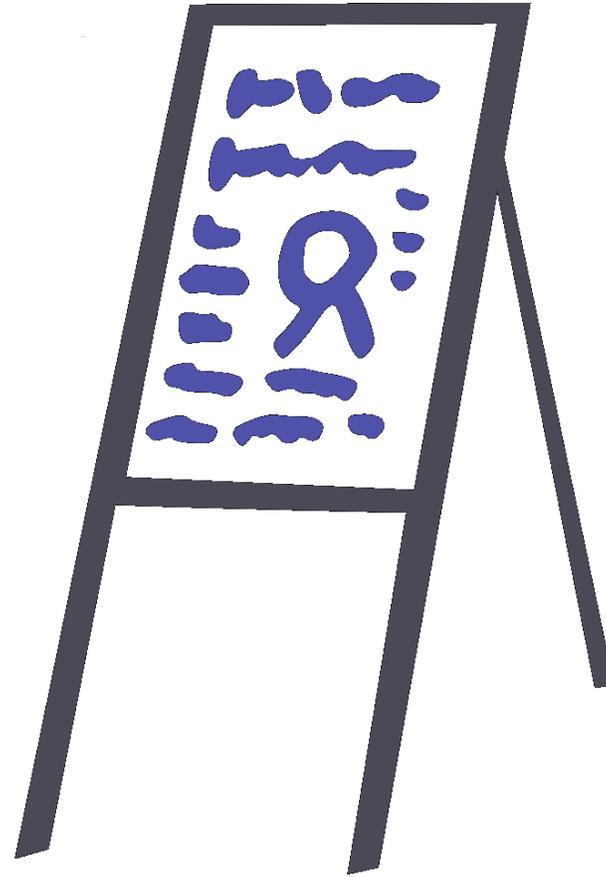
Inhalt

- ▶ Was ist ein Dekubitus?
- ▶ Ursachen
- ▶ Risikofaktoren
- ▶ Symptome & Erscheinungsbild
- ▶ Dekubitusprophylaxe
- ▶ Ausblick

Schon einmal gesehen?



Lernziele



Übersicht «Dekubitus»»

Definition

- ▶ **Lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes**
- ▶ «Ein Dekubitus gilt nicht als eigenständige Krankheit, sondern ist die Folge einer über längerer Zeit bestehenden Immobilität»
- ▶ Kann, je nach Gewebetoleranz, bereits nach 2 Stunden entstehen
- ▶ Grosse und tief reichende Dekubitalulzera sind besonders anfällig für bakterielle Infektionen und können so eine Sepsis hervorrufen → kann lebensbedrohlich sein!



Ursachen

- ▶ Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften
 - ▶ Immobilität
 - ▶ Keine Lage- Haltungsverwechsel
 - ▶ Sauerstoffmangel im betroffenen Gewebe

<https://www.youtube.com/watch?v=hqoZ7cBwWLU>



Die drei wichtigsten Faktoren

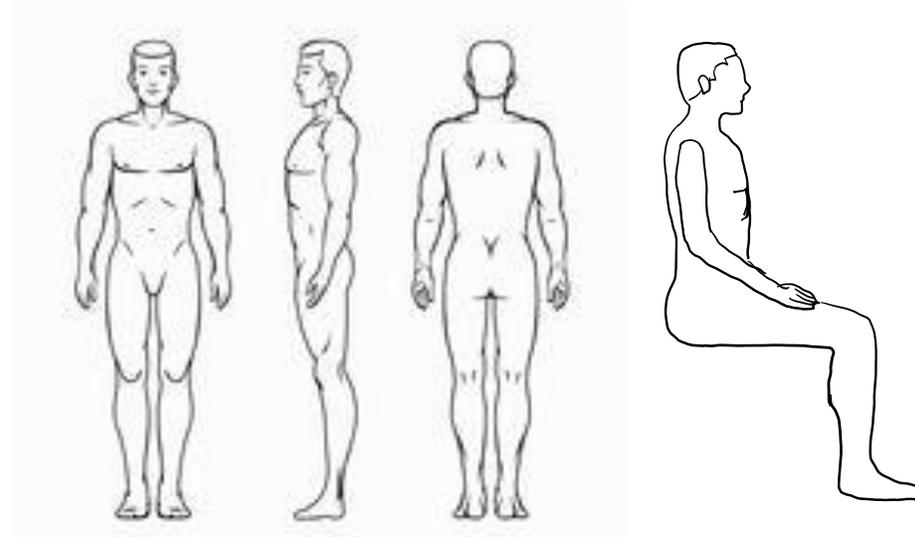
Eine Dekubitusentstehung basiert auf dem Zusammenspiel der folgenden drei Faktoren:

1. Druck
 1. Anlagedruck (Druck pro Fläche) als komprimierende Kräfte (wirken senkrecht auf das Gewebe) oder Scherkräfte (wirken parallel zum Gewebe)
2. Druckdauer (Zeit) und Druckstärke (Intensität)
3. Gewebetoleranz für Druck und Sauerstoff (Druckempfindlichkeit)
 1. Faktoren, welche Dekubitusrisiko beeinflussen, aber nicht in Zusammenhang mit Druckdauer/-intensität stehen. Beispiele: Alter, Gewebsmasse, Medikamente, Flüssigkeitsaufnahme, Stress, Nikotinabusus, Krankheiten, Hypotonie, etc.

Aufgabe



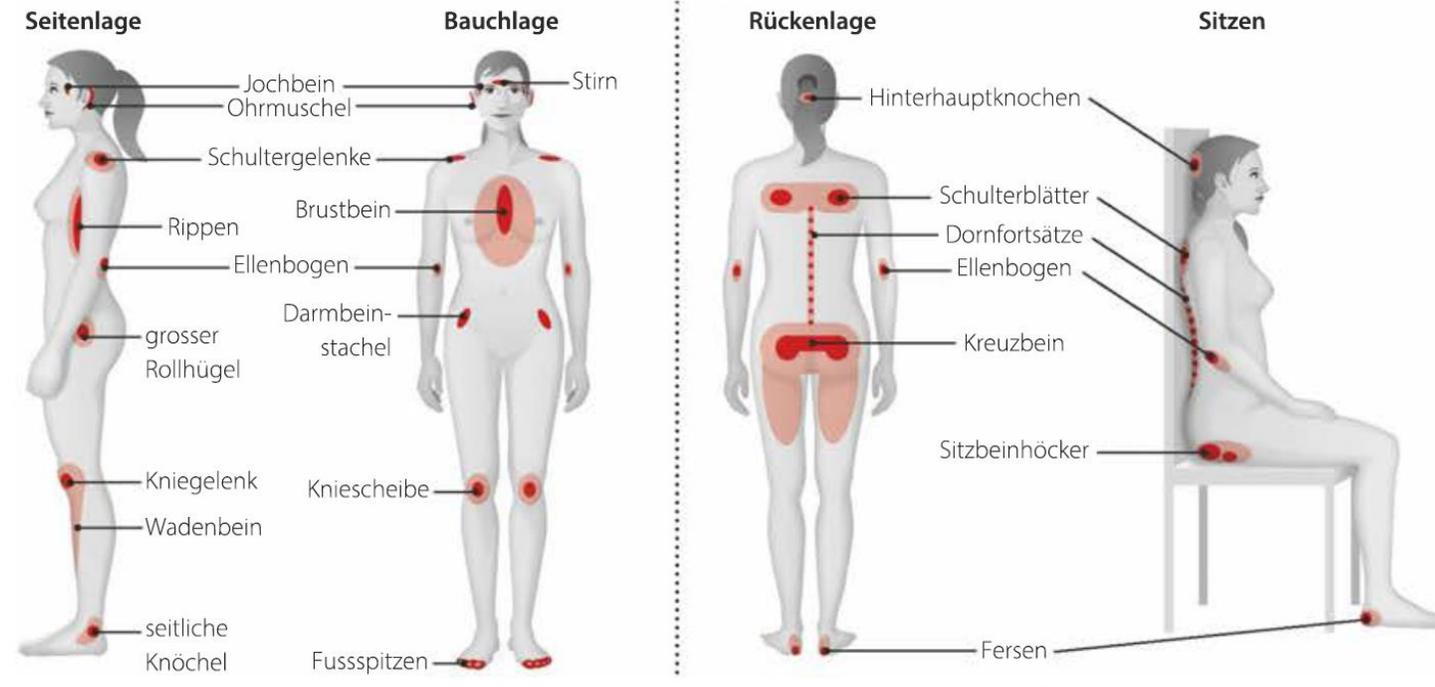
- ▶ In Ihrem Skript finden Sie Skizzierungen eines Körpers in der Seitenlage, Bauchlage, Rückenlage und im Sitzen. Überlegen Sie sich nun, wo sie Risikostellen für die Entwicklung eines Dekubitus vermuten und markieren Sie diese Stellen. Vergleichen Sie Ihr Ergebnis anschliessend mit Ihrem Banknachbarn. Im Anschluss werden wir die Ergebnisse im Plenum diskutieren.
- ▶ Zeit: 5 Minuten



Lösung



Abb. 57: Körperregionen mit hohem Dekubitusrisiko



Besonders hohes Risiko über knöchernen Vorsprüngen!

Weitere Risikofaktoren

- ▶ Alter
 - ▶ Hohes Alter erhöht das Risiko für Hautschädigungen
- ▶ Geringe Flüssigkeitsaufnahme
 - ▶ Schwächt die Haut
- ▶ Chronische Erkrankungen
 - ▶ Diabetes mellitus, etc. → Schwächen Immunsystem
- ▶ Über- / Untergewicht
 - ▶ führt zu kleineren/grösseren Auflagestellen
- ▶ Feuchte Hautstellen
 - ▶ Oberste Hautschicht quillt auf und wird anfälliger
- ▶ Immobilität
 - ▶ Reib- und Scherkräfte, keine Druckentlastung möglich
- ▶ Ernährung
 - ▶ Vor allem Protein- und Vitaminversorgung
- ▶ Vermindertes Schmerzempfinden/-reaktion
 - ▶ Warnsignale funktionieren nicht mehr
- ▶ Fieber, Nikotinabusus, Hypotonie, Stress, β -Blocker, Durchblutungsstörungen, etc.

Symptome & Erscheinungsbild

- ▶ Symptome können von einer sichtbaren Rötung bis hin zu einem tiefen Geschwür reichen
- ▶ Die Rötung lässt sich NICHT wegdrücken
 - ▶ Lupen-Test falls Unsicherheit bei einer Hautrötung → Wird die Rötung unter leichtem Druck blass, so ist es kein Dekubitus
- ▶ Oft starke Schmerzen
 - ▶ ! Lähmung, Medikamente Wahrnehmungsstörungen, Schädigungen von Nervenbahnen oder reduzierter Allgemeinzustand !
- ▶ Einteilung erfolgt in vier Grade:
 - ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=WOn-h83gfeK>



Symptome

Stadium	Merkmale
Stadium I	Hautrötung, die auf leichten Druck nicht verschwindet, keine Hautläsion, oft über knöchernen Vorsprüngen Variable Symptome: Ödem, Verhärtung, lokale Überwärmung
Stadium II	Oberflächliche Hautläsionen unterschiedlicher Grösse von Oberhaut und/oder Lederhaut; Ulkus ist als Abschürfung oder Blase sichtbar
Stadium III	Tiefere subkutane Schichten betroffen; erste Nekrosen in Wunde und Wundumgebung; Schädigung wird von der Unterhautfaszie begrenzt
Stadium IV	Tiefe Haut- und Gewebedefekte mit tiefenwirksamer Nekrose und Zerstörung von Muskeln und Knochen; häufig tiefe Gewebetaschen; Osteomyelitis bei Knochenbefall

Berufspraxis: Dekubitusprophylaxe

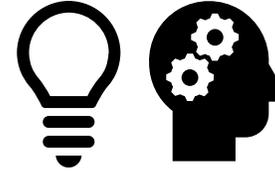
Fallbeispiel



Lesen Sie das Fallbeispiel auf Ihrem Arbeitsblatt aufmerksam durch und bearbeiten Sie anschliessend die untenstehende Aufgabe. Sie haben dafür **ca. 7 Minuten** Zeit.

Überlegen Sie sich nach dem Lesen des Fallbeispiels, was sich Daniela Stüssi wohl notiert hat. Welche Risikofaktoren für einen Dekubitus finden Sie bei Herrn Meier? Notieren Sie sich ihre Überlegungen und tauschen Sie sich anschliessend mit Ihrem Banknachbarn aus. Schreiben Sie am Schluss einen Risikofaktor auf ein Post-it und kleben Sie es an die Wandtafel.

Fallbeispiel



Herr Meier, 79-jährig, ist vor einigen Tagen die Treppe in seinem Haus hinuntergestürzt und hat sich dabei beim Versuch, den Sturz abzufangen, den Arm gebrochen und erlitt einige Prellungen und Schürfwunden. Nun ist er im Spital und erholt sich von seinen Verletzungen. Die Fachfrau Gesundheit Daniela Stüssi hat den Auftrag, Herrn Meier bei der Körperpflege zu unterstützen. Dabei führt sie ein Gespräch mit dem **79-jährigen** Patienten, bei welchem er sich über den langweiligen Spitalalltag beschwert. Herr Meier berichtet, dass er aufgrund seiner Schmerzen am **liebsten im Bett liegt** und Zeitung liest. Auf seine **Zigaretten** möchte er aber nicht verzichten und geht daher 2-3 Mal am Tag nach draussen um zu rauchen. Der **leicht übergewichtige** Herr beklagt sich weiter über das **Essen** im Spital. Das schmecke ihm nicht, ihm zufolge gibt es zu wenig Fleisch und zu viel Gemüse.

Als Frau Stüssi Herrn Meier darum bittet, sich im Bett aufzusetzen, bemüht sich dieser zwar, kann aber **kaum selbstständig die Position wechseln**. Frau Stüssi fällt auf, dass Herr Meier bereits nach kurzen Lagewechseln ausser Atem ist und **schwitzt**. Als sie sich nach den Verletzungen von Herrn Meier erkundet und wissen möchte, ob die Schmerzen nachgelassen haben, antwortet Herr Meier nur sehr knapp und kann die **Schmerzen nicht klar verbal definieren**.

Nachdem Daniela Stüssi die Körperpflege des Patienten abgeschlossen hat, dokumentiert sie sich die wichtigsten Beobachtungen, welche sie gemacht hat.

Dekubitusprophylaxe

- ▶ Bei jeder Neupositionierung und der Körperhygiene müssen die gefährdeten Körperstellen von den Fachpersonen genau inspiziert werden und auf Hautveränderungen untersucht werden (Siehe auch: URGE-Modell).
- ▶ Um einen Dekubitus zu vermeiden, werden prophylaktische Massnahmen im Pflegealltag routinemässig umgesetzt. Häufig wird bereits kurz nach der stationären Aufnahme eine individuelle Risikoeinschätzung durchgeführt (Braden-Skala, Norton-Skala, Braden-Q-Skala, etc.)

Risikoeinschätzung gemäss Braden-Skala

Sechs Risikofaktoren werden auf einer Skala von 1 bis 4 (bzw. bis 3 beim letzten Faktor) eingestuft und am Schluss addiert. 1 ist die schlechteste Punktezahl, 4 (bzw. 3) die beste Punktezahl. Eine genauere Beschreibung der Bewertung finden Sie in Ihrem Lehrbuch «Pflegen 1» auf den Seiten 306 und 307.

Einschätzung sollte regelmässig wiederholt werden und auch sofort nach akuten Veränderungen wie Stürze, Bewusstseinsveränderung, Operation, Infektion, etc.

▶ Aktivität

- ▶ Liegt der Klient nur im Bett (1 P.), kann er aufsitzen (2 P.), ein wenig herumgehen (3 P.) oder regelmässig herumlaufen (4P.)?

▶ Mobilität

- ▶ Kann der Klient die Position nicht aus eigener Kraft wechseln (1P.), kann er sie geringfügig wechseln (2 P.), regelmässig aber minimal wechseln (3 P.) oder kann er sie völlig selbstständig wechseln (4 P.)?

▶ Ernährung

- ▶ Kaum bis keine orale Nahrungsaufnahme (1 P.), guter Appetit mit mehreren Portionen **eiwisshaltiger Nahrung** täglich (4 P.)

Risikoeinschätzung gemäss Braden-Skala

- ▶ Sensorisches Empfindungsvermögen
 - ▶ Fähigkeit des Klienten, auf druckbedingte Beschwerden adäquat zu reagieren; Fehlen von Reaktionen auf Schmerzreize (1 P.), Schmerzen differenziert verbal äussern können (4 P.)
- ▶ Feuchtigkeit
 - ▶ Ist die Haut permanent Feuchtigkeit ausgesetzt (z.B. Sch weiss, Urin; 1 P.) oder ist die Haut trocken (4 P.)?
- ▶ Reibung und Scherkräfte
 - ▶ Beurteilt wird die Häufigkeit, mit der die Haut des Klienten bei Positionswechseln beim Sitzen im Bett oder bei pflegerischen Handlungen über das Bettlaken rutscht und schleift. Häufiges Rutschen entspricht 1 P., geringes bis kein Rutschen entspricht 3 P.

Pflegeinterventionen

- ▶ Am wichtigsten ist die Druckentlastung mittels Neupositionierung
 - ▶ Mobilisation
 - ▶ Regelmässiges Umlagern oder Freilagern (ein Bereich wird vollständig entlastet)
 - ▶ Mikrolagerungen
 - ▶ Weichlagern (Auflagefläche wird vergrössert, Druck wird umverteilt)
 - ▶ Einsatz von Mobility-Monitoren (Helfen bei der Planung)
- ▶ Achten Sie stets darauf, dass Sie die Neupositionierungen mit dem Klienten absprechen und die Wünsche respektieren! Des Weiteren sollte sich der Klient bestmöglich selbst bewegen und sollte genügend Reize aus der Umwelt erhalten (z.B. Fensterblick)

Machen Sie sich nun Notizen in Ihrem Skript zu dem folgenden Video über mögliche Lagerungstechniken und ergänzen Sie anschliessend die Tabelle im Skript. Nutzen Sie zusätzlich Ihr Buch «Pflegen 1» auf S. 310 und 311. Sie dürfen mit Ihrem Banknachbarn arbeiten. Sie haben **10 Minuten** Zeit.

<https://www.youtube.com/watch?v=BMz4UFNVVx4>

(2:54 - 5:40)



Pflegeinterventionen

- ▶ Weitere Massnahmen
 - ▶ Hautpflege mit pH-neutralem Reinigungsmittel
 - ▶ Saubere, faltenfreie Wäsche / Bettlaken
 - ▶ Vermeiden von Feuchtigkeit
 - ▶ Ausreichende Flüssigkeitszufuhr und ausgewogene Ernährung
 - ▶ Mobilisation nach kinästhetischen Grundsätzen (Scherkräfte minimieren)
 - ▶ Aufliegen auf Dauerkathetern, Schläuchen und Fremdkörpern vermeiden
 - ▶ Bewegungsförderungsplan mit Klient erarbeiten (Beispiel S. 309 im Buch)
 - ▶ Regelmässige Hautuntersuchungen

Wundversorgung

- ▶ Chronische Wunde
- ▶ Heilt in feuchtwarmen Milieu schneller als unter trockenen Bedingungen
- ▶ Grundsätzlich hängt die Wahl des Verbandsmaterials von der Wundbeurteilung ab
- ▶ Der Dekubitus wird meist mit hydroaktiven (feuchten) Materialien versorgt
 - ▶ Hydroaktive Wundverbände schützen vor Umwelteinflüssen und vor allem vor dem Austrocknen
 - ▶ Sie unterstützen die Granulation und Epithelisation des Gewebes optimal
 - ▶ Feuchte Wundverbände werden vor allem bei sekundär heilenden Wunden eingesetzt
- ▶ Nass-Trocken-Phase anwenden

! Die verschiedenen Verbandsmaterialien und deren Funktionen können Sie in den Unterlagen der Lektion «Verbandsmaterialien» nachschlagen !

Wundversorgung

- ▶ Grundsätzlich gilt, dass ein Verband nur bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation erneuert wird. Jede Manipulation an der Wunde stört den Heilungsprozess und erhöht das Risiko einer Wundinfektion!

Ausblick

- ▶ Repetition der Lagerungstechniken und Verbandstechniken im ÜK nächste Woche
- ▶ In diesem ÜK werden Sie selbst einen Dekubitus fachgerecht versorgen und an einem «Patienten» prophylaktische Umlagerungen durchzuführen
- ▶ Dieser ÜK gehört zu der heutigen Doppellektion und so ist das dort erworbene Wissen ebenfalls prüfungsrelevant!
- ▶ Die Lernziele, welche im ÜK vertieft werden, sind auf ihrem LZ-Blatt **blau** markiert
- ▶ **Hausaufgabe: Repetieren Sie die Grundlagen der Wundversorgung aus den vorherigen Lektionen und bereiten Sie sich mit dem ausgeteilten Arbeitsblatt auf den ÜK nächste Woche vor**



Unterlagen zum Nachschlagen

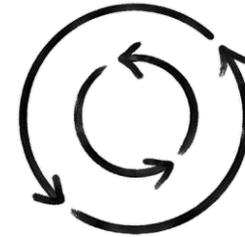
- ▶ Buch «Pflegen 1» S. 302 - 313
- ▶ Skript Handlungskompetenz D7

Repetition

- ▶ Öffnen Sie die «Kahoot»-App
- ▶ Geben Sie den folgenden Code ein: xxx



REPEAT





THANK
YOU
FOR
YOUR
ATTENTION

KeepCalmAndPosters.com

