

Pflegestandards (25)

Dekubitusprophylaxe

Qualifikation: eine exam. Pflegefachkraft

Pflegeziele:

intakte Hautverhältnisse
großflächige Druckentlastung
Förderung der Blutzirkulation

Grundsätze:

decubare = lat. liegen, wund liegen = Gewebedefekt (Druckgeschwür)

Entstehungsursachen:

ein über längere Zeit anhaltender Druck auf die Blutgefäße des betroffenen Gewebes mit der Folge einer Mangel durchblutung und Unterversorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen; dies führt zum Absterben des betroffenen Gewebes (= Nekrose)

Druck + Zeit wirken auf Gewebetoleranz

Druck: komprimierende Kräfte von außen (Falten, Krümel, Katheter) und innen (Knochen) sowie Scherkräfte (Verschiebung zwischen Gewebsschichten führen zur Dehnung oder zum Zerreißen der Blutgefäße im subkutanen Gewebe und dadurch zur Ischämie)

Druckdauer und Intensität: abhängig von Unterlage, Körperposition, Mobilität und Aktivität, Körpergewicht, Hautfeuchtigkeit, Schmerzempfinden

Gewebetoleranz (Fähigkeit von Haut und Unterhautfettgewebe, Druck ohne schädigende Folgen zu ertragen), beeinflussende Faktoren: Alter, Gewebemasse, Dehydratation, Glucocortikoidtherapie, Ernährung (Eiweiß, Vitamin C), Stress, Fieber, RR, Krankheiten ...
Vorsicht: Die Zeit bis zum Eintreten kann nach individueller Gewebetoleranz auch deutlich unter 2 Stunden liegen.

gefährdete Körperstellen:

v. a. die Körperpartien, die ohne oder nur mit geringer Muskelpolsterung einem Knochen anliegen:

in Rückenlage: Hinterkopf, Schulterblätter, Ellenbogen, Kreuz- und Steißbein, Fersen

in Seitenlage: Ohr, Schulter, Ellenbogen, Trochanter, Ellenbogen, Knie, Knöchel

im Sitzen: Fersen, Fußballen, Hinterkopf, Sitzbeinhöcker, WS, distaler Oberschenkel

in Bauchlage: Stirn, Ellenbogen, Beckenknochen, Rippen, Kniescheiben, Zehen

Oftmals sind ältere Menschen zusätzlich gefährdet wegen:

- eingeschränkter oder aufgehobener Mobilität
- feuchter Hautverhältnisse (Inkontinenz, Ödeme)
- mangelnder Abwehrkraft (z. B. bei Ca, HIV- Infektionen)
- ungenügender Flüssigkeitsaufnahme

erstellt am 06.01.08	erstellt durch Erbach	QM- Handbuch- Pflege		Seite 1 von 3
geändert am: durch:	Ambulanter PD Martina Pfeiffer	Pflege- Standards	Zuständigkeit: PDL	freigegeben:

- Ernährungsstörungen (Kachexie, Adipositas)
- Kunden mit eingeschränkter sensorischer Wahrnehmung
- Kunden mit Bewusstseinsstörungen, apathische, verwirrte, stuporöse Kunden

erste Anzeichen:

Rötung, die nach Druckentlastung nicht verschwindet

Kontrolle durch Fingerdruck auf das gerötete Hautareal:

- ist die Rötung wegdrückbar und zeigt sich für ein bis zwei Sekunden eine weißliche Verfärbung, ist es eine Mangel durchblutung des Gewebes
- bleibt die Rötung bestehen, ist es ein Dekubitus ersten Grades
- Jeder Dekubitus kann als Pflegefehler gewertet werden!!!

Einschätzung des Dekubitusrisikos: ärztliche und pflegerische Anamnese, Inspektion der Haut

Instrumente zur systematischen Risikoerfassung: Norton und Bradenskala

Norton- Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos wird bei allen bettlägerigen und immobilen Kunden zweiwöchentlich durchgeführt

Durchführung:

1. Vorbereitung:

- Kunde über Sinn und Zweck der geplanten Maßnahme informieren
- Vorbereitung des benötigten Pflegematerials z. B. Hilfsmittel zur Weich- bzw. Freilagerung, hautschützende Mittel

Die beste Vorbeugung gegen einen Dekubitus ist die Druckentlastung gefährdeter Körperstellen. Einfachste und wirksamste Art der Druckentlastung ist die Mobilisation und Bewegungsförderung am Tag und für die Zeiten im Bett (Mittagsschlaf/ Nachtruhe) die Wechseldruckmatratze.

Förderung der Eigenbewegungen der Kunden. Es zählen auch Mikrobewegungen.

2. Umlagerung nach Plan zweistündlich und dieses Intervall je nach Wirkung verlängern oder verkürzen

d. h. 30 ° Seitenlagerung rechts, Rückenlage, 30 ° Seitenlagerung links

Durchführung der 30° Lagerung:

- ein Kissen zur Unterstützung des Rückens, ein Kissen zwischen die Knie
- gefährdete Stellen wie z. B. Fersen bzw. Ellenbogen weich oder hohl lagern

Durchführung der Rückenlagerung:

Entlastungslagerung durch "schiefe Ebene" = 15-30 ° Schräglagerung

- unter die gesamte Länge der Matratze wird ca. 20 cm dickes Material z. B. eine gerollte Wolldecke auf einer Seite untergelegt
- zum Schutz des Kunden und bei Wunsch Bettgitter anbringen

Druckreduzierende Hilfsmittel:

- Antidekubitusmatratzen

erstellt am 06.01.08	erstellt durch Erbach	QM- Handbuch- Pflege		Seite 2 von 3
geändert am: durch:	Ambulanter PD Martina Pfeiffer	Pflege- Standards	Zuständigkeit: PDL	freigegeben:

Druckentlastung im Sitzen:

- bei längerem Sitzen im Rollstuhl/ Sessel Schaumstoffringe bzw. Gelkissen benutzen
- Vermeidung von Scherkräften beim Höherziehen und
- Vermeidung von Scherkräften, die durch Herunterrutschen auftreten z. B. durch Fußstütze

3. Schutz der Haut

- sorgfältige Hautbeobachtung während der Pflegeverrichtungen
- Hautreinigung mit klarem Wasser und ph- neutralen Waschzusätzen
- bei stark schwitzenden und inkontinenten Kunden mehrmals täglich Teilwaschungen durchführen und für trockene Wäsche sorgen
- sorgfältige Hautpflege z. B. mit MitoSyl auf gefährdeten Hautpartien
- keine Salben und Cremes verwenden, die die Haut verschließen, sowie keine Anwendung von Franzbranntwein
- auf faltenfreie Wäsche und Kleidung achten, um Druck von außen entgegenzuwirken

4. Förderung der Durchblutung

- aktive und passive Bewegungsübungen zur allgemeinen Kreislaufstabilisierung
- Mobilisation des Kunden
- bei der Körperpflege: Abwaschen mit Wasser mit einer Temperatur 10° unter der Körpertemperatur, wenn akzeptiert
- zur Körperpflege durchblutungsfördernde Schwämme, Handschuh o. ä. benutzen
- Massage, Bäder
- keine einengenden Kleidungsstücke

5. Angepasste Ernährung

- ausreichende Flüssigkeitszufuhr, d. h. 30 ml/ kg Körpergewicht/ Tag
- Reichen von bevorzugten, wohlschmeckenden Getränken
- ausgewogene Mischkost (eiweiß- und vitaminreich, Spurenelemente)
- aufbauende Kost bei Mangelzuständen
- Reduktionskost bei Adipositas

Dokumentation:

- der durchgeführten pflegerischen Maßnahme im Tätigkeitsnachweis
- Dokumentation von Hautveränderungen und Auffälligkeiten
- ggf. Information an den Arzt
- Abänderung vom Standard im Pflegebericht dokumentieren mit fachlicher Begründung

erstellt am 06.01.08	erstellt durch Erbach	QM- Handbuch- Pflege		Seite 3 von 3
geändert am: durch:	Ambulanter PD Martina Pfeiffer	Pflege- Standards	Zuständigkeit: PDL	freigegeben: