

Rezertveranstaltung 2023-R-970

A-00269 Seminaranbieter Initiative Chronische Wunden

Dozent: Klaus Herzog

Anti-Dekubitustag

Dekubitus/Hautschutz + IAD/Hautpflege

Wundmanagement Köln
Inga Hoffmann

1

Alle Seminaranbieter sind angehalten vor jeder Rezertveranstaltung das kurze Video zur ICW Rezertifizierung zu zeigen.

<https://www.icwunden.de/>

Erklärs mir - ICW Rezertifizierung

Präsenz-Veranstaltungen

E-Learning

Hospitationen

Referententätigkeit

Maximal 16 Punkte

Gesamt 40 Punkte in 5 „Jahren“

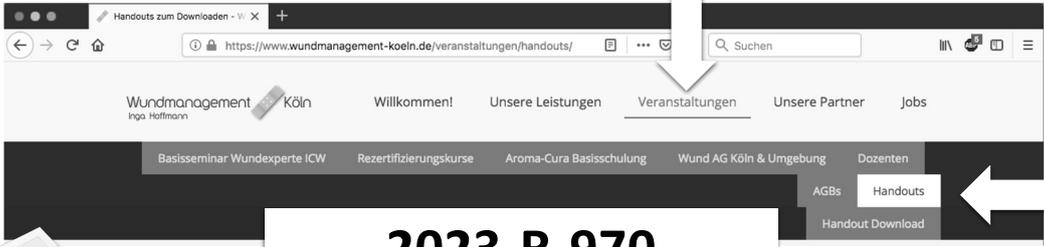
Ansehen auf YouTube

Wundmanagement Köln
Inga Hoffmann

2

Handout gewünscht?

www.wundmanagement-koeln.de



2023-R-970

Sie sind an Schulungen, Fortbildungen, Wund RG Köln & Aachen und Themen rund um die Wunde interessiert?
Dann abonnieren Sie unseren Newsletter!



 Wir freuen uns über ein „Like“, ein „gefällt mir“ und eine „Bewertung“!



3

Ich bin :

Klaus Herzog

- Krankenpfleger
- Pflegedienstleitung
- Wundexperte ICW®
- Wundassistent DDG®
- Wund.-Stomamentor
- Pain-Nurse
- Fachkraft palliativ care
- Dozent im Gesundheitswesen



4

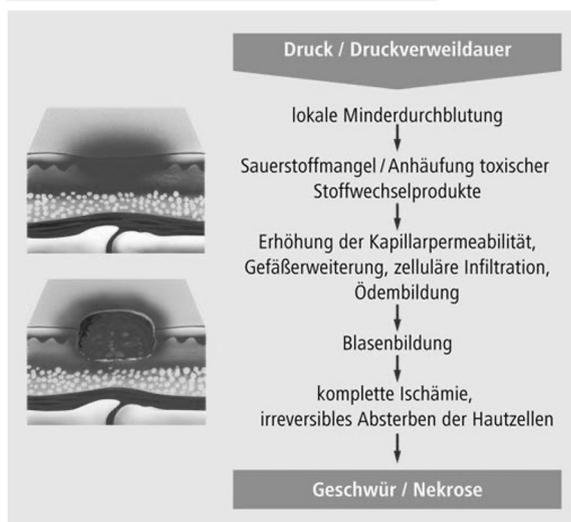
Dekubitus

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist“ (NPUAP und EPUAP 2014)

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

5

Dekubitusentstehung



Entstehung eines Dekubitus:
Kurzfristig kann die Haut selbst stärkere Druckeinwirkungen ohne Schädigung überstehen. Bleibt die Druckeinwirkung jedoch bestehen, kommt es in den belasteten Hautzellen durch die sich zunehmend verstärkende Minderdurchblutung zur kompletten Ischämie und zum Absterben der Hautzellen.

6

Dekubitusentstehung

Bei der Klassifizierung der Schwere eines Dekubitus orientiert man sich daran, welche Gewebeschichten durch die Druckschädigung bereits zerstört wurden.

7

Kategorie/Stadium I: Nicht wegdrückbares Erythem

Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs 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 schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf „gefährdete“ Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).

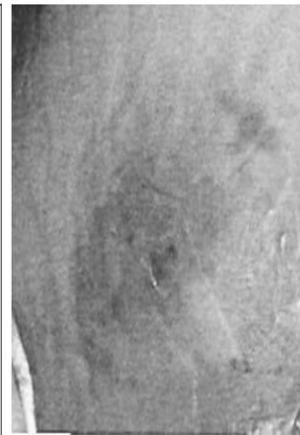
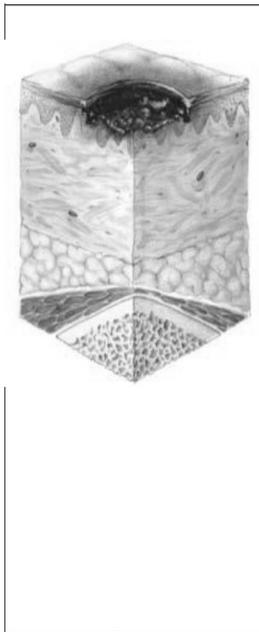
8

Kategorie/Stadium II: Teilverlust der Haut

Teilerstörung der Haut (bis in die 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/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.

Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne Beläge oder Bluterguss*. Diese Kategorie/dieses Stadium sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerstörungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoriation zu beschreiben.

** Ein livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.*

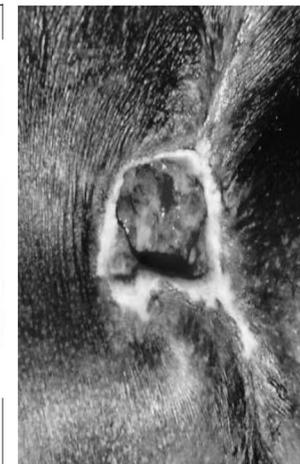


9

Kategorie/Stadium III: Vollständiger Verlust der Haut

Vollständiger Gewebeerlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeerlustes verdecken. Es können Taschebildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadium III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und Ulcera der Kategorie/des Stadiums III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie /des Stadiums III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.

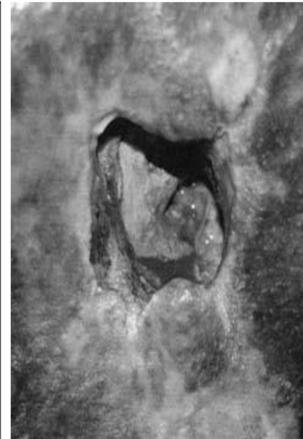
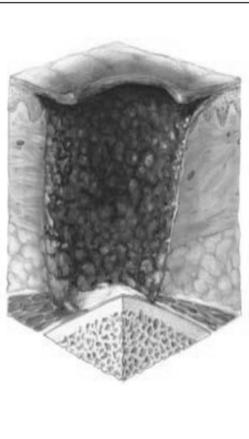


10

Kategorie/Stadium IV: Vollständiger Gewebeverlust

Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und diese Ulcera können oberflächlich sein. Ulcera der Kategorie/des Stadiums IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (z.B. Faszia, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.



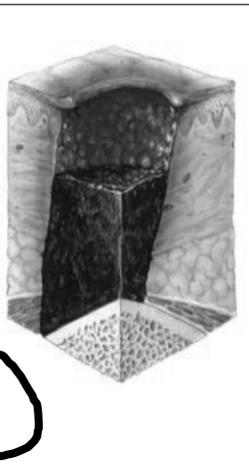
I

11

Keiner Kategorie/ keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.

Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe - und daher die Kategorie/das Stadium - nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.



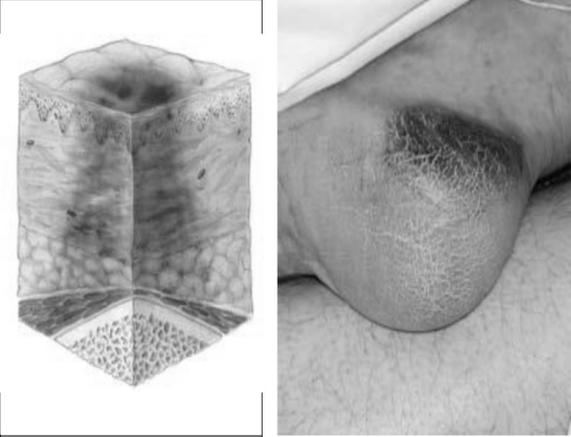
I

12

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.



13

Wundklassifikationen

- Klassifikation Dekubitus nach EPUAP**

DEFINITION
 Dekubitus = lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden 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 werden; deren Bedeutung ist aber noch zu klären (EPUAP 2014).

KLASSIFIKATION DEKUBITUS nach EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)

<p>KATEGORIE I</p>  <p>Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung.</p>	<p>KATEGORIE IV</p>  <p>Totaler Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel und Unterminierungen liegen oft vor.</p>
<p>KATEGORIE II</p>  <p>Teilzerstörung der Haut (bis zur Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot- bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte Blase darstellen.</p>	<p>Uneinstufbar/nicht klassifizierbar - unbekannte Tiefe*</p>  <p>Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Die wirkliche Tiefe kann erst nach Entfernung festgestellt werden.</p>
<p>KATEGORIE III</p>  <p>Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen.</p>	<p>Vermutete tiefe Gewebeschädigung - unbekannte Tiefe*</p>  <p>Violetter oder rötlichbrauner, umschriebener Bereich verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunter liegenden Weichteilgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte.</p>

* Im DRG-System nicht kodierbar, daher ist im Einzelfall ein Dekubitus Kategorie III bzw. IV zu dokumentieren.

Gekürzt und zitiert nach EPUAP 2014

14

Etwas zum Thema „...rasanter Verlauf“

15

Decubitus Pathogenese: Visualisierung

Druck - Lagerung



Test auf Glasplatte

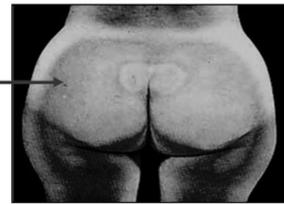
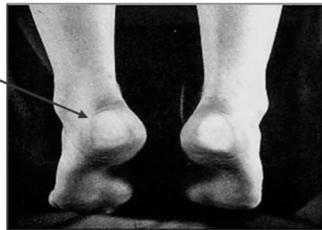
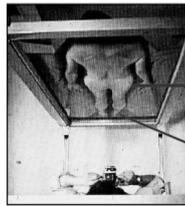


90 ° Seitenlagerung
Ischämie Malleolus, Trochanter

16

Decubitus Pathogenese

Druck bei Lagerung



Rückenlagerung:
Ischämie sacral, Fersen



17

Decubitus Pathogenese

Druck - Lagerung



90 ° Seitenlagerung

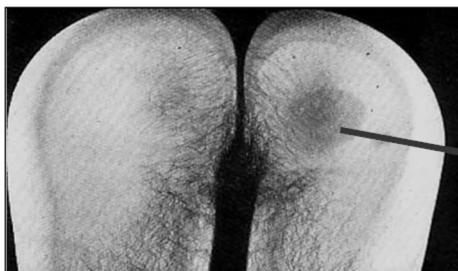


Ischämie über Trochanter

18

Decubitus Pathogenese

Druck - Lagerung



Sitzposition auf Glasplatte
Sitzbeinischämie



19

• Fingertest



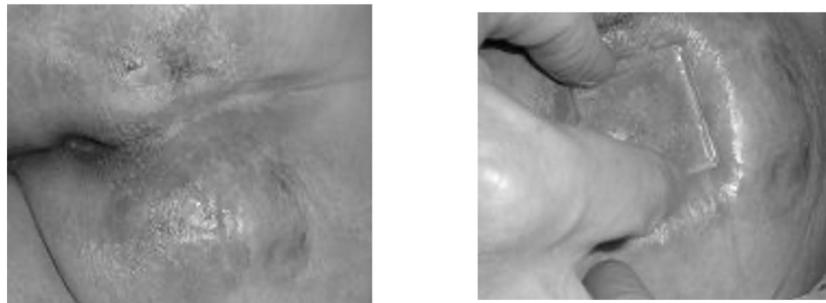
20

Test nach Phillips : Rötung verschwindet = negativ



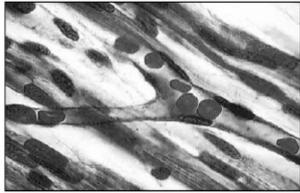
21

Test nach Phillips : Rötung bleibt = positiv



22

> 25 mm Hg bei Betagten



Arteriolenkompression

↓

O₂-Abfall

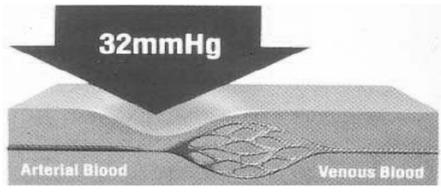
↓

Gewebeanoxie

↓

Ischämische Nekrose

32 mm Hg bei Jungen



Arterial Blood

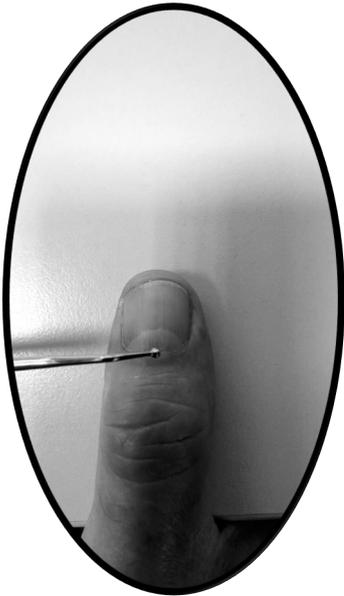
Venous Blood

Druck + Dauer

Seiler 1979

23

Fingervideo:
Das sind
etwa
30mmHg 😊



24

...mal ausprobieren ?



© Rumkugel / fotolia.com

25

Ist es überhaupt ein

Dekubitus ????

Dekubitus ????

Dekubitusse ????

Dekubiti ????

Druckgeschwüre !!!
Dekubitalulcera (ICW)



26



27

Frage 1: Bei welchem Bild handelt es sich um einen Dekubitus ?

The first photograph on the left shows a dark, necrotic ulcer on a patient's heel, with a ruler and a 'Wundversorgung' (wound care) label below it. The middle photograph shows a red, inflamed area on the skin. The third photograph on the right shows a swollen, reddish area on the skin.

28



29

Frage 2: bei welchem Bild handelt es sich um eine Feuchtigkeitsläsion

30

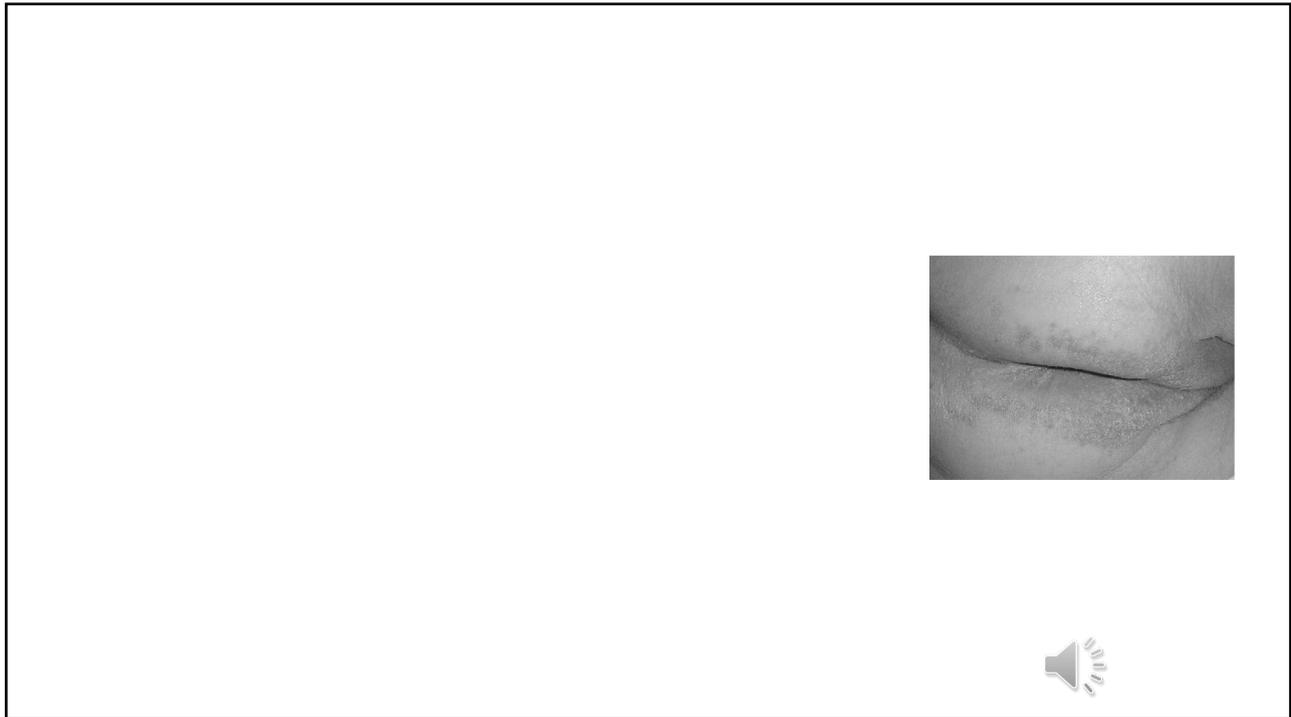


31

Frage 3: Bei welchem Bild handelt es sich um einen Hautpilz?

The slide contains three images for a multiple-choice question. The first image on the left shows a patient's back with a dark, circular lesion and a ruler for scale. The middle image shows a glass of beer. The third image on the right shows a close-up of a patient's skin with a red, scaly, circular lesion.

32

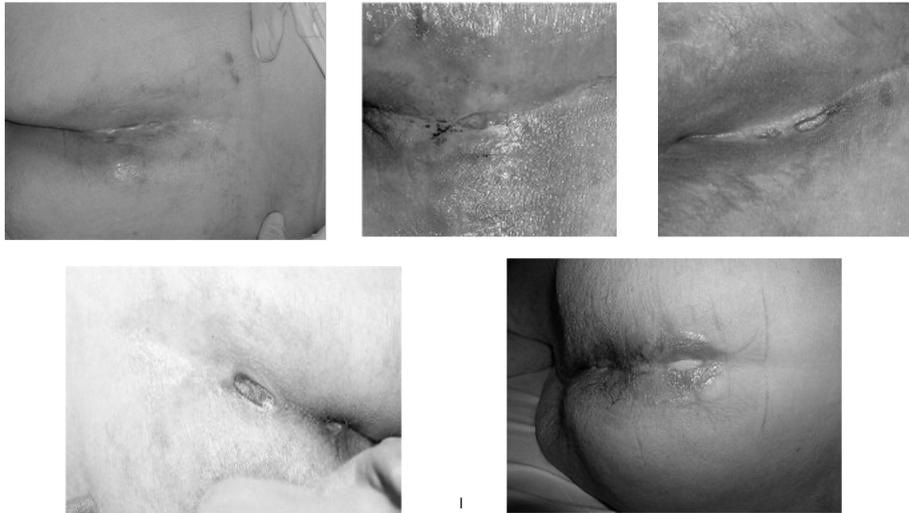


33



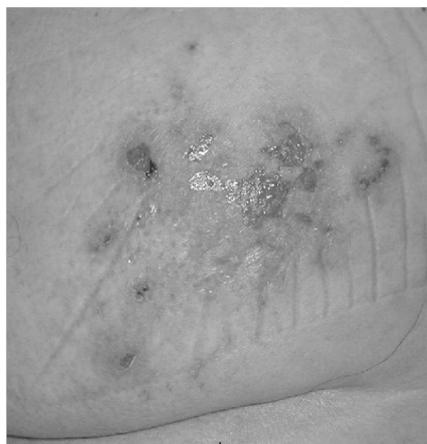
34

Analfaltenfissur durch Feuchtigkeit



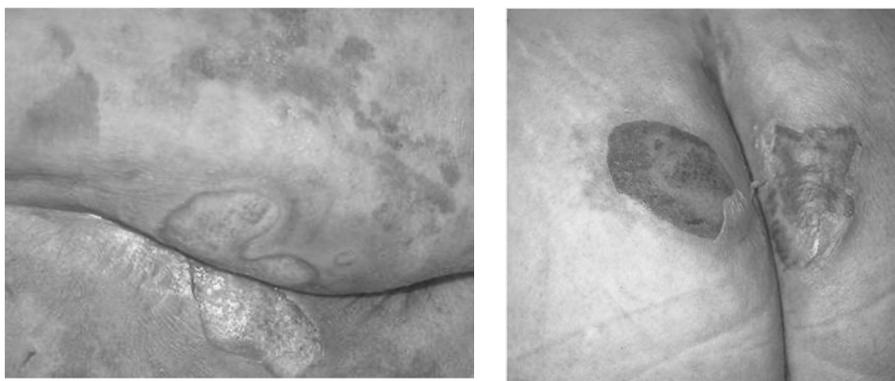
35

Unklare Hautläsionen



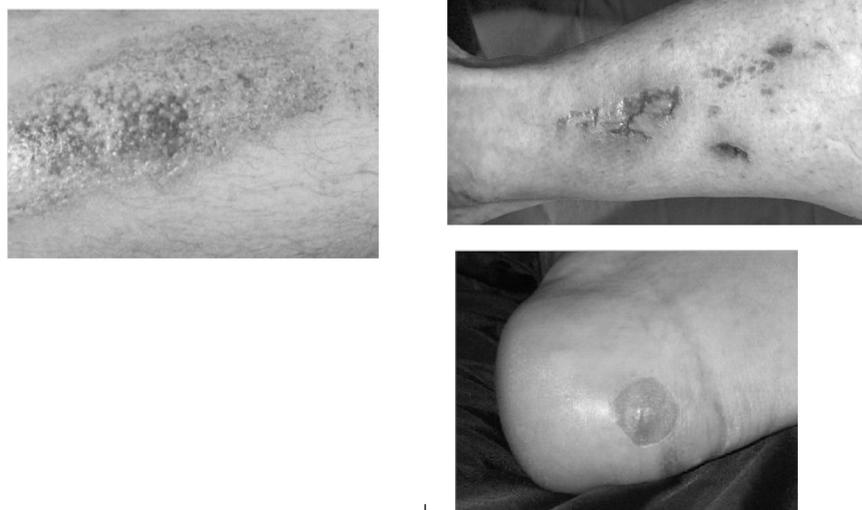
36

Kontaktgeschwüre



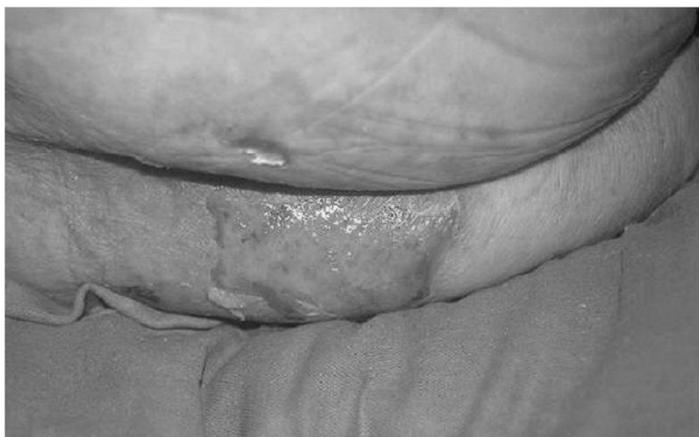
37

Reibung



38

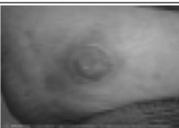
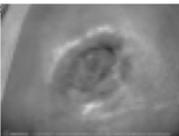
Scherkräfte und Feuchtigkeit



39

Tabelle 3: Unterscheidung zwischen IAD und Dekubitus (übernommen aus Back et al, 2011 und Beeckman et al, 2011; veröffentlicht von Wounds International, 2015)

Tabelle 3: Unterscheidung zwischen IAD und Dekubitus (übernommen aus Back et al, 2011 und Beeckman et al, 2011; veröffentlicht von Wounds International, 2015)

Parameter	IAD	Dekubitus
Anamnese	Harn- und/oder Stuhlinkontinenz	Exposition gegenüber Druck/Scherkräften
Symptome	Schmerz, Brennen, Juckreiz, Kribbeln	Schmerzen
Stelle	Betrifft Perineum, perigenitalen, peristomalen Bereich; Gesäß; Gesäßfalte; Oberschenkel medial und posterior; unteren Rückenbereich; kann sich über Knochenvorsprung erstrecken	Gewöhnlich über Knochenvorsprung oder im Zusammenhang mit der Stelle eines Medizinprodukts
Form/Ränder	Betroffener Bereich ist diffus mit schlecht definierten Rändern/ kann fleckig sein	Ausgeprägte Ränder  ©NPUAP
Präsentation/Tiefe	Intakte Haut mit nicht wegdrückbarem Erythem, mit/ohne oberflächlichem Hautverlust  ©NPUAP	1. Präsentation variiert von intakter Haut mit nicht wegdrückbarem Erythem bis hin zu vollständigem Hautverlust  ©NPUAP 2. Wundgrund kann avitales Gewebe enthalten.
Andere	Sekundäre oberflächliche Hautinfektion (z. B. Candidiasis) kann auftreten	Sekundäre Weichteilinfektion kann auftreten

40

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)

Der Begriff Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) beschreibt die Hautschäden, die mit der Exposition gegenüber Urin, Stuhl oder einer Kombination daraus bei Erwachsenen einhergehen (ICD 1 E802.22). Bei Säuglingen oder Kleinkindern wird sie unter anderem auch als Windeldermatitis oder Windelausschlag (ICD 1 E840.10) bezeichnet. Der Begriff IAD wird bevorzugt, da er Hautläsionen, die direkt durch den Kontakt mit Urin und/oder Stuhl aufgrund von Inkontinenz entstehen, von anderen Erkrankungen unterscheidet. Darüber hinaus berücksichtigt die IAD, dass die Erkrankung nicht nur das Perineum sowie Personen jeden Alters betreffen kann (Beckman et al., 2015).

Die IAD kann die Lebensqualität der Patienten signifikant beeinträchtigen und erhebliche Beschwerden, in einigen Fällen sowohl physische als auch psychische Beeinträchtigungen, verursachen (Van den Bussche et al., 2018). Aus klinischer Sicht kann sich die Behandlung in der Praxis als schwierig, zeit- und kostenaufwändig erweisen (Doughty et al., 2012; Beckman et al., 2014).

Berücksichtigen Sie bei der Risikobewertung kausale, indirekte und kontextbezogene Faktoren.

Best Practice

Identifikation und Management von Risiken

Die Identifikation von Risikopersonen und die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen sind zentrale Faktoren der IAD (Beckman et al., 2015). Bei der Betrachtung von Risikofaktoren und der Bewertung des Patientenrisikos ist es wichtig, kausale, indirekte und kontextbezogene Faktoren zu berücksichtigen (siehe Tabelle 2). Ein kausaler oder indirekter Risikofaktor bedeutet, dass einer dieser Risikofaktoren vorhanden sein muss, damit die Diagnose IAD gestellt werden kann.

Kausal	Indirekt
<ul style="list-style-type: none"> • Art der Inkontinenz • Harn, Stuhl oder beide • Fest oder flüssig (flüssiger Stuhl stellt ein höheres Risiko dar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung/keine Verwendung von Windeln • Expositionsdauer • Häufigkeit und Menge • Nahrungsmittel/Arzneimittel im Harn oder Stuhl • Mechanische Kraft (z. B. je nach Positionierung) • Schlechter Hautzustand • Art und Häufigkeit der Reinigung • Anwesenheit von okklusiven Barriereprodukten/Reinigungsmitteln • Beeinträchtigte Mobilität • Diabetes • Fortgeschrittenes Alter • Psychosoziale Faktoren • Beeinträchtigtes kognitives Bewusstsein • Mangelnde Körperhygiene • Medikation (z. B. Antibiotika, Immunsuppressiva) • Mangelernährung oder unregelmäßige/unausreichende Aufnahme von Nahrungsmitteln oder Flüssigkeiten • Rauchen • Schwere Krankheit • Fieber • Niedrige Sauerstoffsättigung

6 | WOUNDS INTERNATIONAL 2020

41



Identifikation von Patienten mit erhöhtem Risiko

Hinsichtlich der Bewertung potenzieller Risikofaktoren ergab eine Beobachtungsstudie an schwerkranken Patienten mit Stuhlinkontinenz (Van Damme et al., 2018), dass Faktoren wie flüssiger Stuhl, Diabetes, fortgeschrittenes Alter, Rauchen, keine Verwendung von Windeln, Fieber und niedrige Sauerstoffsättigung unabhängig mit IAD assoziiert waren. Es sind jedoch genauere Instrumente zur Risikobewertung und -klassifizierung erforderlich (Beckman et al., 2015).

Es ist unerlässlich, die Bedeutung, Patienten mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung einer IAD (z. B. flüssiger Stuhl oder Darmlähmung) zu erkennen und geeignete Präventionsmaßnahmen zuzugreifen.

Best Practice

Im Bereich der Intensivpflege deuten die Daten darauf hin, dass Stuhlinkontinenz ein unterschätztes Problem sein könnte (mit einer erfassten Prävalenz zwischen 9 und 37 % der Patienten), das mit einer hohen Inanspruchnahme von Pflegezeit einhergeht (Bayón García et al., 2011). Bei Patienten mit Stuhlinkontinenz in diesem Umfeld war die Hautintegrität häufig beeinträchtigt: perineale Dermatitis, Feuchtigkeitsläsionen oder Dekubitus. Das Personal berichtete jedoch über ein relativ niedriges Bewusstsein für die klinischen Herausforderungen des Managements und Stuhlmanagementsysteme wurden selten verwendet.

Bei Personal mit höherem Bewusstsein wurden unter anderem über folgende Hauptvorteile von Stuhlmanagementsystemen berichtet: geringeres Risiko von Kreuzkontaminationen und Infektionen, geringeres Risiko von Hautverletzungen und mehr Komfort und Würde der Patienten (Bayón García et al., 2011).

Kontinenzmanagement

Vorsorglich sollte, wo immer möglich, die Ursache der Inkontinenz ermittelt und eliminiert und, wenn möglich, Therapieoptionen geprüft werden – auch wenn dies auf eine Reihe von Faktoren wie Gesundheitszustand und Mobilitätsprobleme zurückzuführen sein kann (Wishin et al., 2008; Beckman et al., 2020). Dies sollte eine Beurteilung der Blasen- und Nierenfunktion bei Harninkontinenz sowie des Dünndarms und Dickdarms bei Stuhlinkontinenz einschließen (Beele et al., 2017).

Wenn eine Kontinenzverbesserung nicht möglich ist, sollten geeignete Inkontinenzprodukte verwendet und nicht-invasive Verhaltensinterventionen implementiert werden (Beckman et al., 2018). Verhaltensinterventionen können Ernährungs- und Flüssigkeitsmanagement, Mobilisierungssteigerung und Anwendung verschiedener Toilettentechniken umfassen (Wishin et al., 2008; Beckman et al., 2020).

Die Ursache der Inkontinenz sollte ermittelt und behandelt werden.

Best Practice

IAD betrifft zwar nicht nur ältere Menschen, doch legen Erkenntnisse aus Studien an älteren Pflegeheimbewohnern nahe, dass strukturierte Toilettens- und Bewegungsinterventionen die Inkontinenz verbessern können (Bates-Jensen et al., 2003; Beckman et al., 2020). Typ und Häufigkeit der Inkontinenz sollten regelmäßig neu beurteilt werden, um die Inkontinenzversorgung zu personalisieren und das Risiko von Hautläsionen abzuschätzen (Beckman et al., 2018). Indirekte Risikofaktoren sollten möglichst abgemildert werden. Dies kann die Behandlung von Komorbiditäten oder psychosozialen Problemen beinhalten (Beckman et al., 2020).

INTERNATIONALE BEST-PRACTICE EMPFEHLUNGEN FÜR PRÄVENTION UND MANAGEMENT VON FEUCHTIGKEITSSASSOZIIERTEN HAUTSCHÄDEN (IASD) | 7

42

Verwenden Sie einen Reiger mit einem niedrigen Tensid und belassen Sie geeignete Reinigungsschwellertelle und Wasser sollen vermieden werden, um den normalen pH-Wert der Haut zu bewahren.

Best Practice

Verwenden Sie bei Patienten mit IAD ein Hautschutzmittel, das Schmerzen lindert oder den Komfort verbessern kann; verwenden Sie bei Patienten mit einem Risiko für IAD ein Hautschutzmittel, das Feuchtigkeit und Reizstoffe abwehrt.

Best Practice

Hautreinigung

Es wird empfohlen, die Exposition gegenüber Reinigungsmitteln zu begrenzen sowie Seifensatz und Produkte mit physikalischen Schutzeigenschaften, die auf der Haut verbleiben, zu verwenden. Milde, neutrale Tenside und Reiger mit niedrigem pH-Wert sollten mit lauwarmem Wasser und weichen Tüchern eingesetzt werden (Lichterfeld-Kotner et al., 2020).

Die Haut von inkontinenten Patienten sollte mindestens einmal täglich und nach jeder Stuhlinkontinenzepisode gereinigt werden (Beckman et al., 2015).

Hautschutz

Es ist wichtig, den Unterschied zwischen Feuchtigkeitcremes und Feuchtigkeitbarrieren zu beachten. Feuchtigkeitcremes versorgen die Haut mit Feuchtigkeit, während Feuchtigkeitbarrieren Feuchtigkeit und Reizstoffe abweisen (All Wales Tissue Viability Forum und All Wales Continence Forum, 2014). Feuchtigkeitbarrieren sind in Form von Polymerfilmen, Cremes, Salben oder Pasten erhältlich. Es gibt jedoch nur wenig Evidenz für einen Vergleich der Wirksamkeit von Feuchtigkeitbarrieren (Beckman et al., 2016). Barrieren auf Polymerbasis haben den Vorteil, dass sie sowohl wasserdicht als auch atmungsaktiv sind, während Pasten und Salben okklusiv sind.

Die Wirksamkeit der Hauptbestandteile variiert je nach Gesamtexposition und Anwendung. Alle Produkte sollten gemäß den Anweisungen der Hersteller verwendet werden.

Bei Patienten mit IAD und Mobilitätsproblemen kann es aufgrund von Reibung und Scherung bei Verlagerungen und Positionsänderungen erforderlich sein, Wundauflagen auf fragilen Arealen oder Wunden zu applizieren, die beim Sitzen oder Liegen mit Oberflächen in Kontakt kommen (z. B. Rollstuhlkissen oder Betten). Acrylat-Terpolymer- und elastomere Barrierefilmprodukte können zum Schutz vor Reibung beitragen, was für eine Anwendung bei diesen Patienten spricht.

Klassifikation und Dokumentation

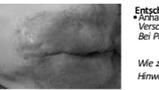
Eine genaue Diagnose sollte die IAD von anderen potenziellen Erkrankungen oder Ursachen unterscheiden. Es ist zu beachten, dass es eine Zusammenhänge zwischen der IAD, ihren wichtigsten ätiologischen Faktoren (Inkontinenz und Feuchtigkeit) und Dekubitus gibt (Beckman et al., 2014). Studien hierzu haben festgestellt, dass es zu Verwechslungen kommen kann und die IAD als Dekubitus klassifiziert wird (Beckman et al., 2014). Siehe Tabelle 3 für weitere Informationen zur Unterscheidung zwischen IAD und Dekubitus.

Für IAD werden verschiedene Klassifizierungsinstrumente verwendet und die mangelnde Konsistenz in Sprache und Terminologie kann zu Problemen bei der Klassifizierung führen. Zwecks Konsistenz sollte das Ghent Global IAD Klassifizierungsinstrument (GLOBIAD) verwendet werden (Beckman et al., 2018). Siehe Tabelle 4 zur Klassifizierung mit GLOBIAD.

8 | WOUNDS INTERNATIONAL 2020

43

Tabelle 4: Ghent Globales IAD- Kategorisierungsinstrument (Beckman et al, 2018)

Kategorie 1: Anhaltende Rötung	Kategorie 2: Hautverlust
<p>1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Zeichen einer Infektion</p>  <p>Entscheidendes Kriterium Anhaltende Rötung Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen</p> <p>Zusätzliche Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts • Glänzende Haut • Mazerierte Haut • Intakte kleine und/oder große Blasen • Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen • Brennen, Krabbeln, Juckreiz oder Schmerzen 	<p>2A – Hautverlust ohne klinische Zeichen einer Infektion</p>  <p>Entscheidendes Kriterium Hautverlust Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z. B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen. Das Muster/die Form des Hautschadens kann diffus sein.</p> <p>Zusätzliche Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende Rötung • Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen. • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts • Glänzende Haut • Mazerierte Haut • Intakte kleine und/oder große Blasen • Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen • Brennen, Krabbeln, Juckreiz oder Schmerzen
<p>1B – Anhaltende Rötung mit klinischen Anzeichen einer Infektion</p>  <p>Entscheidendes Kriterium Anhaltende Rötung Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen Wie z. B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans).</p> <p>Zusätzliche Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts • Glänzende Haut • Mazerierte Haut • Intakte kleine und/oder große Blasen • Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen • Brennen, Krabbeln, Juckreiz oder Schmerzen 	<p>2B – Hautverlust mit klinischen Anzeichen einer Infektion</p>  <p>Entscheidendes Kriterium Hautverlust Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z. B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen.</p> <p>Zeichen einer Infektion Wie z. B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans), sichtbare Beläge im Wundgrund (gelb/braun/grau), grünes Aussehen innerhalb des Wundbetts (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit Pseudomonas aeruginosa), starkes Exsudat, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.</p> <p>Zusätzliche Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende Rötung • Verschiedene Rottöne können vorhanden sein. Bei Patienten mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen. • Abgegrenzte Bereiche oder Verfärbung infolge eines früheren (abgeheilten) Hautdefekts • Glänzende Haut • Mazerierte Haut • Intakte kleine und/oder große Blasen • Haut kann sich bei der Palpation gespannt oder geschwollen anfühlen • Brennen, Krabbeln, Juckreiz oder Schmerzen

44

Mykose



I

45



I

46



47

Quellen:

- Eigene Bilder
- 56. Baseler Decubitusseminar, 28.01.2014, Universitätsspital Basel
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014
- Fletcher J, Beeckmann D, Boyles A et al (2020) International Best Practice Recommendations: Prevention and management of moisture associated skin damage (MASD). Wounds International. Online Verfügbar auf <https://woundsinternational.com/>

48