

Konzept zur Wundversorgung im aamina, Port

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Zielsetzung	2
2	Verantwortlichkeiten im Prozess der Wundversorgung	2
3	Die alternde Haut: Risiken und Prophylaxe	2
4	Wunden	2
4.1	Wundarten	2
4.2	Bedeutung von Wunden	2
4.3	Ziele der Wundversorgung	2
4.4	Faktoren, welche die Wundheilung beeinflussen	3
4.5	Drei Wundheilungsphasen	3
4.6	Vier Wundheilungsgrade nach internationaler Wundklassifikation	3
4.7	Wundfeuchtigkeit	3
4.8	Qualität des Wundexsudats	3
5	Wunden einschätzen und dokumentieren	4
5.1	Erstbeurteilung einer Wunde	4
5.2	Wöchentliche Wundbeurteilung – Vorgehen Schritt für Schritt	4
5.3	Wunddokumentation	4
5.4	Die Wunde wird ausschliesslich mit der hauseigenen Digitalkamera fotografiert	4
6	Wundreinigungstechniken	5
6.1	Mechanische Reinigung	5
6.2	Nass-Trockenphase (Umschläge)	5
6.3	Wundspülung	5
6.4	Debridement	5
7	Wundversorgungs-Produkte im aamina und ihre Wirkung	6
7.1	Wundfüller	6
7.2	Wundabdeckung	6
7.3	Spezielle Wundauflage	7
7.4	Fixation	7
7.5	Hautschutz	7
7.6	Wund-Desinfektion	8
8	Wundversorgung	9
8.1	Prinzipien bei der Anwendung von Hydrokolloiden und Schaumstoffen	9
8.2	Übersichtstabelle zur Behandlung von unterschiedlichen Wunden	9
8.3	Behandlung von Blasen	11
9	Wundschmerzen	12
9.1	Ziele	12
9.2	Nicht medikamentöse Massnahmen	12
9.3	Medikamentöse Massnahmen	12

1 Einleitung und Zielsetzung

Im aamina haben ca. 10% der Bewohner¹ eine Wunde, die durch das Pflegepersonal versorgt wird. Dazu gibt es ein definiertes Sortiment an Wundversorgungsmaterialien.

Durch dieses Konzept sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Regelung der Zuständigkeit für die Wundversorgung.
- Einheitliches zielgerichtetes Vorgehen in der Wundversorgung.
- Hohe Qualität in der Wundversorgung, aufgrund der Umsetzung von evidenzbasierten Erkenntnissen.
- Kostenbewusste und wirtschaftliche Anwendung der Wundversorgungsmaterialien.

Das Konzept zur Wundversorgung gilt als verbindlich.

2 Verantwortlichkeiten im Prozess der Wundversorgung

- Jede Wunde wird der Verantwortlichen für die Wundversorgung gemeldet (Stufe 3). Diese erstellt einen Behandlungsplan.
- Der Behandlungsplan ist verbindlich und **darf nicht ohne Einbezug** der Verantwortlichen für die Wundversorgung geändert werden.
- Wöchentlich oder nach Bedarf erfolgt eine Wundbeurteilung durch die Verantwortliche für die Wundversorgung, wenn nötig verordnet sie andere / neue Massnahmen.
- Wenn die Wundsituation stagniert oder sich verschlechtert, zieht die Verantwortliche für die Wundversorgung die Pflegeexpertin bei.

3 Die alternde Haut: Risiken und Prophylaxe

Dieses Thema ist in der Pflegerichtlinie zu Dekubitusprophylaxe nachzulesen.

4 Wunden

Eine Wunde bedeutet die Durchtrennung verschiedener Gewebeschichten infolge äusserer und/oder innerer Ursachen. Dabei können neben den Hautschichten der Epidermis, Dermis oder Subkutis auch tiefer gelegene Strukturen wie Bänder, Sehnen oder Knochen geschädigt werden.

4.1 Wundarten

- Traumatische Wunden: Stich-, Schnitt-, Platz-, Schürfwunden, Verbrennungen, Erfrierungen, Verätzungen etc.
- Iatrogene Wunden: Werden vom Gesundheitspersonal gesetzt durch: Operationen, Punktionen, Amputationen, Radiotherapie, Medikamente etc.
- Chronische Wunden: Dekubitus, Ulcus cruris, diabetisches Fussyndrom, tumorbedingte Wunden etc.

4.2 Bedeutung von Wunden

Durch eine Wunde verliert eine Person ihre Unversehrtheit. Oft führen Wunden zu Schmerzen, Einschränkungen in der Bewegung, Beeinträchtigung der Lebensqualität, sie können das Körperbild stören sowie Angst, Verunsicherung und Abhängigkeitsgefühle auslösen.

4.3 Ziele der Wundversorgung

- Die Sicherheit des Bewohners wird gewährleistet.
- Die Wundheilung wird unterstützt.
- Die Bildung von rezidiv Wunden und Infektionen werden vermieden.
- Die Lebensqualität wird gefördert.
- Begleitend wird die zugrunde liegende Erkrankung behandelt.

¹ Die im Text benutzte männliche Form gilt für beide Geschlechter

4.4 Faktoren, welche die Wundheilung beeinflussen

- Grunderkrankung: z.B. Gefässerkrankungen, Diabetes
- Medikamente: z.B. Cortison, Immunsuppressiva
- Hohes Alter
- Altershaut, sehr trockene oder sehr feuchte Haut
- Mangelernährung:
Eine ausgewogene Ernährung beinhaltet Energie liefernde Nährstoffe (Kohlenhydrate, Fett, Eiweiss) und nicht Energie liefernde Nährstoffe (Vitamine, Mineralstoffe, Ballaststoffe).
- Adipositas, Kachexie
- Bewegungseinschränkungen und Immobilität
- Psychischer und emotionaler Zustand
- Verwahrlosung, Suchtverhalten

4.5 Drei Wundheilungsphasen

• Reinigungs- oder Exsudationsphase:	Inflammatorische oder exsudative Phase, es findet hauptsächlich die Reinigung der Wunde statt.
• Granulationsphase:	Proliferative Phase zum Aufbau von Granulationsgewebe.
• Epithelisierungsphase:	Bildung des Epithels und der Narbe.

4.6 Vier Wundheilungsgrade nach internationaler Wundklassifikation

Schwarz	Nekrose	Nekrosen müssen frühzeitig entfernt werden, da sie ein günstiges Milieu für das Wachstum von Bakterien schaffen und die Bildung von Granulationsgewebe verhindern und dadurch die Wundheilung stark verzögern.
Gelb	Fibrinbelag, schmieriger Belag	Behindert die Bildung von Granulationsgewebe und muss entfernt werden.
Rot	Granulationsgewebe	Ist gut durchblutet und dadurch eine optimale Barriere gegen Bakterien. Darf nicht mechanisch gereinigt werden, muss nicht desinfiziert werden.
Rosa	Epithelisationsgewebe	Eine dünne verletzte Haut schliesst die Wunde, sie muss geschützt werden, damit sie stärker wird.

4.7 Wundfeuchtigkeit

Wunden brauchen zur Heilung ein gewisses Mass an Feuchtigkeit. Das Wundexsudat (Wundflüssigkeit) hilft bei der physiologischen Wundheilung. Bei Überschuss an Wundexsudat besteht die Gefahr einer Wundheilungsstörung und von Mazeration der Wundumgebung. Ein Mangel an Wundexsudat behindert ebenfalls die Wundheilung und beeinflusst die Lebensqualität negativ. Die Wahl der Wundauflage wird durch die Exsudat Menge bestimmt. Bei sehr nässenden Wunden muss zusätzlich auch ein Wundrandschutz angebracht werden.

Das Wundexsudat wird bezüglich **Qualität, Quantität** (notwendige Häufigkeit des Verbandwechsels), sowie des **Geruchs** beschrieben.

4.8 Qualität des Wundexsudats

Viskosität	Farbe	Konsistenz	Bedeutung
Serös	Klar, strohfarben	Dünnflüssig, wässrig	normal
Fibrinös	Getrübt	Dünnflüssig	Enthält Fibrin/Protein
Eitrig	Gelb, grau, grün	Dickflüssig	Infektion

5 Wunden einschätzen und dokumentieren

5.1 Erstbeurteilung einer Wunde

Zur Planung der Massnahmen erfolgt als erstes die Einschätzung folgender Kriterien:

- Wundart, Wundtyp
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Wund- und Therapiebedingte Einschränkungen
- Möglichkeit des Bewohners selber einen Beitrag zur Wundheilung zu leisten
- Beeinflussende Faktoren (s. Kap. 3 & 4)

5.2 Wöchentliche Wundbeurteilung – Vorgehen Schritt für Schritt

Die Wundverhältnisse und die Behandlungsart müssen 1 x wöchentlich immer nach den gleichen Kriterien beurteilt und dokumentiert werden. Die Beurteilung erfolgt immer **erst nach** der Wundreinigung.

- Den entfernten Verband beurteilen in Bezug auf aufgenommene Menge an Wundflüssigkeit, Geruch und Farbe. Erst danach entsorgen!
- Wundreinigung (s. Kap. 6)
- Wunde beurteilen
 1. Grösse der Wunde ausmessen: Länge und Breite in mm, Tiefe schätzen.
 2. Auf Taschenbildung oder Fisteln achten.
 3. Feuchtigkeitsgrad (Menge der Wundflüssigkeit) einschätzen: trocken, feucht, nass (s.Kap.4)
 4. Konsistenz der Wundflüssigkeit einschätzen: serös, blutig, schmierig/fibrinös, eitrig.
 5. Geruch definieren: unauffällig, mässig, übel.
 6. Infekt Zeichen erkennen: Rötung, Überwärmung, Schwellung, Schmerzen, Fieber, Funktionseinschränkung.
 7. Wundheilungsgrad definieren nach internationaler Wundklassifikation: (s. Kap. 4)
 8. Wundumgebung beurteilen: Intakt, gerötet / ekzematös, entzündet / überwärmt, ödematös, mazeriert, schuppig, Blase oder Hyperkeratose.
 9. Patientenfaktoren einschätzen: Begleiterkrankungen, Ernährung, Mobilität, Hautzustand, Körpertemperatur, psychologischer und physischer Zustand, Compliance, soziale Faktoren.
 10. Schmerzen einschätzen und behandeln: Wundschmerz oder Schmerzen bei Verbandwechsel (Skala 0-10).
 11. Kosten beachten: Material, Pflegeaufwand.

5.3 Wunddokumentation

- Alle erfassten Daten auf werden in das standardisierte Wundprotokoll übertragen.
- Fotodokumentation: Die Wunde wird bei der Erstbeurteilung fotografiert. Danach regelmässig alle 2 Wochen oder bei schwerwiegenden Veränderungen und vor Verlegungen.

5.4 Wunde fotografieren

- Vor der Aufnahme wird das mündliche Einverständnis des BW eingeholt.
- Die Fotografie muss immer unter den gleichen Bedingungen erfolgen, sonst kann man beim Vergleich keine Schlüsse ziehen!
- Wenn möglich wird auf 2 Seiten ein Messband angebracht.
- Die Wundfotografie wird nach Aufnahme auf den PC (Dropbox\Bewohner-Daten) mit Datumsangabe übertragen. Unmittelbar danach wird das Bild auf der Kamera gelöscht.



Bildquelle: Pflege-Beratung Willener GmbH©

6 Wundreinigungstechniken

6.1 Mechanische Reinigung

- Mit Tupfer und Pinzette und TenderWet® oder NaCl 0.9%. Keine Wattestäbchen verwenden, da Watterfasern in der Wunde zurückbleiben und die Wundheilung stören.
- Wenn Granulations- und Epithelisationsgewebe vorhanden ist, darf eine Wunde nicht mechanisch gereinigt werden, denn dies kann das junge Gewebe beschädigen.

6.2 Nass-Trockenphase (Umschläge)

Wirksame Methode zum Abdampfen von Fibrinbelägen und zur Erholung von angegriffener mazerierter Haut und zur Entfernung des Biofilms:

1. Nassphase: Eine Kompresse mit NaCl 0.9% tränken. Die nasse Kompresse als Umschlag auf die Wunde legen und 5 – 20 Minuten einwirken lassen, danach entfernen. (Je stärker die Beläge, die Entzündung, die Infektion, die Wundumgebung schuppig ist, umso länger die Einwirkzeit). Bei übelriechenden und infizierten Wunden kann die Kompresse auch mit Prontosan® getränkt werden.
2. Trockenphase: Die Wunde mit 2-3 Lagen trockenen Kompressen für mindestens 5, maximal 10 Minuten abdecken. Beim Abziehen der Kompressen werden die Beläge entfernt.

6.3 Wundspülung

Durch eine Wundspülung werden entgegen allgemeiner Meinung Bakterien kaum von der Wunde entfernt, weil sich die Bakterien in einem Biofilm an die Wundoberfläche haften. Biofilme bestehen aus einer dünnen Schleimschicht, in der Mikroorganismen eingebettet sind. Wundspülungen dienen dazu, Zelltrümmer und Resten von Verbandmaterialien aus der Wunde zu bringen oder Wundtaschen zu reinigen.

- Wunde und Umgebung mit körperwarmer TenderWet® oder NaCl 0.9% aufgezogen in einer Spritze mit leichtem Druck spülen und reinigen. Der Strahl darf nicht zu stark sein, weil dadurch das Gewebe geschädigt werden kann.
- Eine Desinfektion ist nicht nötig.
- Wundhöhlen und Fisteln mit Spritze und Knopfsonde spülen.
- Bei tiefen Wundhöhlen und Fisteln mit Frauenkatheter und Blasenspritze spülen.
- Flüssigkeit auffangen mit einer Schale oder unsterilen Kompressen.
- Wundränder sorgfältig trocken tupfen.

Keine Spülung bei:

- Blutender Wunde; die Bildung eines Blutpfropfens wird verhindert.
- Frei liegenden Nervenenden, weil dadurch starke Schmerzen ausgelöst werden können.

6.4 Debridement

Avitales Gewebe (Nekrose, Fibrin) werden mit Schere, Pinzette oder Curette auf Verordnung des Arztes abgetragen.

7 Wundversorgungs-Produkte im aamina und ihre Wirkung

7.1 Wundfüller

Produkte	Wirkungsprinzip
Sorbalgon® (Calcium-Alginat-Kompresse)	Sehr saugfähig, Wunde locker austamponieren, darf Wundränder nicht überlappen . Wandelt sich in ein nicht verklebendes Gel um. Keime werden während der Umwandlung in der Gelstruktur eingeschlossen.
Aquacel® diverse (Hydrofaserkompresse)	Sehr saugfähig, Ausdehnung nur vertikal. Muss Wundränder ½ cm überlappen , da sich die Kompresse bei der Aufnahme von Flüssigkeit zusammenzieht. Aquacel Ag® enthält Silber-Ionen. Es ist geeignet für infektionsgefährdete oder infizierte Wunden und bei Verbrennungen . Kontraindikation: blutende Wunden und Wunden mit dickflüssigem Exsudat wie Eiter.
Wundgel z.B. Prontosan® Gel (s. auch Kap.7.6) Actimaris Wundgel®	Hat einen hohen Wasseranteil und führt der Wunde Feuchtigkeit zu. Bei trockenen Wunden wirkt es aufquellend und löst Beläge und Nekrosen. Das Gel wird beim Verbandwechsel mit NaCl 0.9% oder Ringerlactat herausgespült.

7.2 Wundabdeckung

Produkte	Wirkungsprinzip
Hydrokolloid z.B. Hydrocoll® Varihesive®	Für schwach bis mässig exsudierende Wunden. Saugender, selbsthaftender Hydrokolloid-Verband mit semipermeabler, keimdichter Deckschicht; Die hydrokolloide Wirkseite nimmt aus der Wunde durch Quellung Flüssigkeit auf. Der Kolloidanteil des Verbandes bindet nach und nach Exsudat und verwandelt sich dabei in freies Gel. Der Verband ist so lange saugfähig, bis er gesättigt ist. Muss immer mit dem Wundgrund in Kontakt sein, um die volle Wirkung entwickeln zu können. Wenn dies nicht der Fall ist, muss ein Wundfüller verwendet werden. Soll 2cm über die Wunde ragen, damit es haftet.
Schaumverband z.B. Kliniderm® Hydro Tac® Mepilex®	Für mässig bis stark exsudierende Wunden; der saugfähige Schaumstoff nimmt überschüssiges Wundexsudat auf; bei relativ trockenen Wunden gibt das Hydrogel Feuchtigkeit ab und unterstützt die Bildung und Aufrechterhaltung des feuchten Wundmilieus. Muss immer mit dem Wundgrund in Kontakt sein, um die volle Wirkung entwickeln zu können. Wenn dies nicht der Fall ist, muss ein Wundfüller verwendet werden. Soll 2cm über die Wunde ragen. Fixation: je nach Lokalisation zirkulär mit elastischer Binde oder nur die Ränder mit Folie oder Omnifix® abkleben.
Superabsorber z.B. Mesorb®	Für sehr stark exsudierende Wunden; nimmt Exsudat auf, minimiert Mazerationsrisiko; Deckvlies verhindert Austreten von Exsudat.
Faltkompressen steril & unsteril	Gute Saugfähigkeit, luftdurchlässig. Bindet das Exsudat nicht, was eine Mazeration der Wundumgebung zur Folge haben kann. Verklebt mit Wunden, was beim Verbandwechsel zu Verletzungen des Granulationsgewebes führt.
Rundtupfer steril & unsteril	Zur Reinigung von Wunden.
Dermaplast Schnellverband®	„Pflaster“ für kleine Wunden.

7.3 Spezielle Wundaufgabe

Produkte	Wirkungsprinzip
Distanzgitter z.B. Mepitel one®	Klebt nicht auf der Wunde; Netzstruktur ermöglicht guten Abfluss von Exsudat in die Wundabdeckung. Anwendung bei Verbrennungen, Schürf-, Platz-, Riss- & chronischen Wunden. Direkt auf Wunde legen, darüber immer eine Wundabdeckung legen. Beim VW kann nur die Wundabdeckung gewechselt werden. Mepitel one® kann bis zu 14 Tage belassen werden.

7.4 Fixation

Produkte	
Folie z.B. Opsite®	Hauchdünner synthetischer Folienverband zur Abdeckung und Fixation von Verbänden.
Fixiervlies z.B. Omnifix®	Selbstklebendes Vlies, zur Fixation von Verbänden, Kathetern etc.
Fixierpflaster	diverse
Steri Strip®	Zum Verschluss von sauberen Wundrändern, z.B. Schnittwunden oder zur Fixation der Haut bei Hautläsion von Alters- und Pergamenthaut.
Elastische Gazebinden	Für zirkuläre Fixation

7.5 Hautschutz

Produkte	
Zinkcream®	<p>Ist eine weiche, zinkoxidhaltige Crèmepaste, welche sich leicht auf der Haut verteilen lässt. Zinkoxid fördert die Wundheilung und wirkt leicht desinfizierend. Sie ist geruchlos und leicht abwaschbar und haftet auch auf nasser Haut. Sie wirkt trocknend und eignet sich gut für feuchte und nässende Hauterkrankungen.</p> <p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutz bei Inkontinenz, Durchfall • Zur Heilung von Hautrötungen, bei Wundsein am Gesäss, bei Intertrigo • Geeignet auch bei irritierter Haut, welche zu Infektion mit Bakterien oder Pilzen neigt. <p>Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf mehrmals täglich auftragen, so dass die zu behandelnde Stelle vollständig bedeckt ist. • Behandlung dauert in der Regel 2-3 Wochen. • Kann auch als Wundrandschutz bei nässenden Wunden dünn auf die Wundränder aufgetragen werden.
Cavilon Creme®	<p>Ist ein schnell trocknender Hautschutz. Bildet einen lang anhaltenden transparenten und atmungsaktiven Hautschutzfilm.</p> <p>Indikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primärschutz gegen Flüssigkeiten und Reizstoffe, z.B. bei Inkontinenz • Schutzbarriere gegen Klebstoffe • Hautschutz um Stomaanlagen • Wundrandschutz vor Exsudat und Mazeration <p>Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dünn auftragen, nach jeder Körpertoilette Cavilon neu auftragen. • Cavilon immer vor Abdeckung der Haut trocknen lassen (30 Sek.) • Kann auch auf geschädigter Haut angewendet werden.

7.6 Wund-Desinfektion

Produkte	Wunden müssen in der Regel nicht desinfiziert werden.
Prontosan® Geöffnet 2 Monate haltbar, Anbruchda- tum an- schreiben	Gebrauchsfertige Wundspüllösung, reinigt Wundoberflächen von Restnekrosen, Zelltrümmern, Enzymresten und Resten von Wundaufgaben, Verkrustungen werden aufgelöst. Die Wirkung tritt langsam ein, nach 5-20 Minuten. Indikation: <ul style="list-style-type: none"> • Nur gezielt einsetzen! Bei allen chronischen Wunden anwendbar. • Für Nassphasen bei chronisch, fibrinös belegten Wunden & bei Verdacht auf stark kolonisierte Wunden. • Zur Primärversorgung bei Schürfwunden. Anwendung: <ul style="list-style-type: none"> • Solange bis sich alle Wund Beläge, Verkrustungen oder Teilnekrosen entfernen lassen und die Wunde optisch sauber ist. Kontraindikation: <ul style="list-style-type: none"> • Kombination mit Aquacel Ag® extra™.
Prontosan Gel® Geöffnet 2 Monate haltbar, Anbruchda- tum an- schreiben	Dickflüssiger Hydrogel. Das enthaltene Polihexanid dient zur Konservierung und verhindert das Keimwachstum. Indikation: <ul style="list-style-type: none"> • Nur gezielt einsetzen! • Bei schlecht heilenden Wunden mit mässiger bis fehlender Exsudation, zum Lösen stark verdickten fibrinös-nekrotischen Wundbelägen und bei Verdacht auf stark kolonisierte Wunden. Anwendung: <ul style="list-style-type: none"> • Benötigte Menge Gel auf eine sterile Fläche (z.B. Folie eines geöffneten Tupferpäckchens) richten. Wundgel 3 - 5 mm dick mit Spatel auf Wunde auftragen und mit einem geeigneten Sekundärverband (Alginat/Schaumstoff/Hydrokolloid) abdecken. • Solange bis sich alle Wund Beläge, Verkrustungen oder Teilnekrosen entfernen lassen und die Wunde optisch sauber ist. Kontraindikation: <ul style="list-style-type: none"> • Kombination mit Aquacel Ag® extra™.
Octenisept® Geöffnet 6 Monate haltbar	Breites und schnell wirkendes, jodfreies, antimikrobielles Antiseptikum zur Schleimhaut- und Wundantiseptik. Indikation: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Schürf-, Schnitt-, Bisswunden, chronischen & chirurgischen Wunden, diabetischen Gangrän, Verbrennungen, zeitlich begrenzt als unterstützende Therapie bei Fusspilz, zur Spülung der Mundhöhle. Anwendung: <ul style="list-style-type: none"> • Einwirkungszeit 1 Minute • Erst nach vollständigem Abtrocknen Folien und Verbände anbringen. • Nicht länger als 14 Tage einsetzen (es liegen keine Forschungsergebnisse vor zu längerer Anwendung). Kontraindikation: <ul style="list-style-type: none"> • Nicht anwenden, wenn vorher BraunoI®/Betadine® verwendet wurde (kann zu braun/violetten Hautverfärbung führen).

8 Wundversorgung

8.1 Prinzipien bei der Anwendung von Hydrokolloiden und Schaumstoffen

Der Verband

- muss mindestens 24 Stunden halten. Ist dies nicht der Fall, muss aus Kostengründen konventionell mit Gaze oder Vlies verbunden werden.
- muss mindestens 2–3 cm über die Wundränder hinausragen.
- muss mit dem Wundgrund in Kontakt sein. Ist dies nicht der Fall, muss die Wunde mit Wundfüller ausgefüllt werden.
- kann 3 Tage belassen werden. Soll nur vorher gewechselt werden, wenn er sich ablöst oder zusammenrollt.
- Eine begonnene Behandlung sollte 10 bis 14 Tage fortgesetzt werden. Sie soll nur geändert werden, wenn sich die Wunde massiv verschlechtert.
- Bei Unsicherheit über die ausgewählte Behandlungsart den Verband nach einem Tag wechseln, dann nach zwei Tagen, dann nach drei Tagen usw.
- Bei infizierten Wunden sollen keine Hydrokolloidverbände angewendet werden.

8.2 Übersichtstabelle zur Behandlung von unterschiedlichen Wunden

Wunde	Verband	Kontraindikation / Bemerkungen	Verbandwechsel
Trockene Wunden Feuchtigkeit zuführen:	Wundfüller: Prontosan Gel®, ActiMaris Wundgel® Abdecken: Mit Hydrocol® oder Varihesive® Fixieren: Mit Omnifix oder mit Opsite®		Nach 3 Tagen. Nur früher wechseln, wenn undicht oder durchnässt.
Feuchte Wunden Feuchtigkeit regulieren:	Wundfüller: Prontosan Gel®, ActiMaris Wundgel® auf Fibrinbeläge. Auffüllen mit Sorbalgon® dieses nicht über Wundränder legen oder Aquacel®, 1-2cm über Wundrand legen Abdecken: Mit Hydrocol® oder Varihesive® Fixieren: Mit Omnifix oder Opsite® Hautschutz: Mit ZinkCream® oder in speziellen Situationen mit Cavilon®	Sorbalgon® muss genau in die Wunde passen, nicht über die Wundränder legen, sonst mazerieren die Wundränder! Aquacel® muss die Wundränder um mindestens ½ cm überlappen, weil sich die Kompresse bei der Aufnahme von Flüssigkeit zusammenzieht. Kontraindikation: Kombination Prontosan Gel® mit Aquacel Ag® extra™.	Nach 3 – 5 Tagen oder sobald er undicht oder „gesättigt“ ist. Wenn der Verband keine 24 Stunden hält, muss aus Kostengründen auf die konventionelle Methode mittels Gaze umgestellt werden.

Wunde	Verband	Kontraindikation / Bemerkungen	Verbandwechsel
Nasse Wunden Feuchtigkeit entziehen:	Wundfüller: Sorbalgon® nicht über Wundränder legen oder Aquacel®, 1-2cm über Wundrand legen oder mit steriler Gaze. Abdecken: Mit Kliniderm®, Hydro Tac®, Mepilex®, Mesorb® Fixieren: Mit Omnifix oder mit Opsite®. Hautschutz: Mit ZinkCream® oder in speziellen Situationen mit Cavi- lon®.	Sorbalgon® muss genau in die Wunde passen, nicht über die Wundränder legen, sonst mazerieren die Wundränder! Aquacel® muss die Wundränder um mindestens ½ cm überlappen, weil sich die Kompresse bei der Aufnahme von Flüssigkeit zusammenzieht.	Nach 3 – 5 Tagen oder sobald er undicht oder „gesättigt“ ist. Wenn der Verband keine 24 Stunden hält, muss aus Kostengründen auf die konventionelle Methode mittels Gaze oder Superabsorber umgestellt werden.
Infizierte und übelriechende Wunden	Wundfüller: Aquacel Ag® extra™ oder Prontosan Gel® Actimaris Wundgel®, ev. Sorbalgon® Abdecken: Mit Gaze Vlies, Superabsorber Fixieren: Mit Omnifix Hautschutz: Mit ZinkCream® oder in speziellen Situationen mit Cavi- lon®	Ein Nachweis von Bakterien nach einem Abstrich sagt noch nicht aus, ob eine Wunde infiziert ist. Zu einer infizierten Wunde gehören die Zeichen einer Infektion: Rötung, Schwellung, Überwärmung, Schmerzen und Funktions Einschränkung. Kontraindikation: Kombination Prontosan Gel® mit Aquacel Ag® extra™.	1 x täglich Therapie mit Arzt besprechen!
Kleine Nekrosen	Verflüssigen (Autolyse) mit Actimatis Wundgel® oder Prontosan Gel® Chirurgisches Debridement durch den Arzt.	Nekrosen müssen frühzeitig entfernt werden, denn sie schaffen ein günstiges Milieu für das Wachstum von Bakterien und verhindern die Bildung von Granulationsgewebe. Dadurch wird die Wundheilung stark verzögert.	Verband wechseln nach 3 – 5 Tagen oder sobald er undicht oder „gesättigt“ ist.
Nekrose bei PAVK und Diabetes	Trockene Nekrose: Trocken lassen, Gazeverband, Täglich Infektionszeichen beurteilen. Desinfizieren (Octenisept) auf Verordnung und an Luft trocknen lassen.	Nie feucht behandeln! Ein Trockenverband (Gaze) soll die Entstehung einer feuchten Nekrose (Gangrän) verhindern und damit einer Infektion vorbeugen.	1 x täglich
Nekrose bei PAVK und Diabetes	Feuchte, nasse Nekrose: Desinfizieren mit Prontosan®, abdecken mit steriler Kompresse. Fixation mit Omnifix	<u>Umgehend Meldung an Arzt</u> so dass eine Behandlung eingeleitet werden kann.	

Wunde	Verband	Kontraindikation / Bemerkungen	Verbandwechsel
Hautläsionen bei Alters- und Pergamenthaut „Ablederung“	Wunde mit NaCl 0.9% reinigen Abdecken: Haut wieder an ursprüngliche Stelle platzieren, trocknen, mit Steri Strip 3M™ fixieren, danach mit steriler Kompresse abdecken. Fixieren: Mit elastischer Binde.		Nach 3-4 Tagen. Kompresse ersetzen, Steri Strip belassen, nur wenn nötig ersetzen.
Grosse Schürfwunden	Wunde mit NaCl 0.9% reinigen, wenn verschmutzt mit Prontosan®. Abdecken: mit Klinidem®, Mepilex® Hydro Tac® Fixieren: Mit elast. Binde od. Folie.	Wegen der Gefahr des Verklebens, Schürfwunden nie nur mit Kompresse abdecken.	Nach 3-4 Tagen.
Kleine Schürfwunden	Wunde mit NaCl 0.9% reinigen, wenn verschmutzt mit Prontosan®. Abdecken: Dünn Bepanthensalbe® auftragen und Kompresse auflegen. Fixieren: Mit elastischer Binde oder mit Hydrofilm®.	Wegen der Gefahr des Verklebens, Schürfwunden nie nur mit Kompresse abdecken.	
Abgeheilte Schürfwunden	Kein Verband nötig. Mit Bepanthensalbe® geschmeidig halten.		

8.3 Behandlung von Blasen

Ob eine geschlossene Blase eröffnet werden soll, wird durch ihre Lokalisation und wie stark sie den Betroffenen stört bestimmt.

Es ist von Vorteil, sie so lange wie möglich geschlossen zu lassen. Denn eine geschlossene Blase bietet Schutz gegen Infektionen und heilt meistens primär ab.

Geschlossene Blasen

- Zum Schutz abdecken mit Kompresse. Kein Hydrocol®, kein Hydro Tac® und keine Folie aufkleben! Dies weicht die Haut auf und es besteht die Gefahr, dass die Haut beim Verbandwechsel wegkommt.
- Stark gefüllte Blase: Desinfektion, mit einer feinen Nadel und Spritze die Flüssigkeit aspirieren, abdecken mit Kompresse.

Offene Blasen

- Bei einer offenen Blase muss das avitale Gewebe entfernt werden.
- Anschliessend wird sie wie eine feuchte Wunde behandelt.

8.4 Aufbewahren von angefangenen Verbandmaterialien

Mit Wundmaterial wird aseptisch, hygienisch und wirtschaftlich gearbeitet.

- Angefangene Verbandmaterialien bleiben in der original Verpackung.
- Die Verpackung wird zugeklebt und mit BW Namen und Datum des Öffnens angeschrieben.
- Das angeschriebene Material wird in einem BW bezogenen Boxli, welches mit dem Namen des BW angeschrieben ist, entweder im Zimmer oder in der untersten Schublade des Verbandwagens aufbewahrt.
- Das angefangene Wundmaterial soll bei nicht gebrauchten nach 10 Tagen entsorgt werden.

9 Wundschmerzen

9.1 Ziele

Schmerzen werden ernst genommen, erfasst und behandelt.

Der Bewohner ist informiert und einbezogen, seine Bedürfnisse werden respektiert.

9.2 Nicht medikamentöse Massnahmen

- Schmerzen ernst nehmen, erfassen und dokumentieren (Einschätzungsskala 0-10).
- Hydroaktive Verbände, Alginat und Gels benutzen. Diese Verbände kleben nicht und lassen sich mühelos entfernen. Die Nervenenden bleiben feucht, was die Schmerzen reduziert. Sie müssen weniger oft gewechselt werden als konventionelle Verbände.
- Verringerung von Ödemen durch Hochlagerung.
- Behandlung einer Wundinfektion.
- Bewohner fortlaufend informieren, Sorgen und Ängste mit ihnen besprechen.

9.3 Medikamentöse Massnahmen

- Immer mit dem Arzt besprechen auf Basis der dokumentierten Schmerzeinschätzung.
- Vor dem Verbandwechsel Schmerzmittel verabreichen: z.B. Dafalgan Tabletten 3/4 Std. vorher, Morphium-HCL s.c. 1 Std. vorher.
- Lokalanästhetika: Emla® auf die Wunde geben, mit steriler Folie abdecken und 60 Min. einwirken lassen.
- Auf Verordnung Xylocain® 1% auf Wunde tröpfeln, 3 – 5 Min. einwirken lassen. Xylocain bewirkt eine Vasokonstriktion und sollte deshalb nicht öfters als 2-mal pro Woche angewendet werden, da die Wundheilung dadurch verzögert werden könnte.

10 Literaturangaben

- Andraea S., von Hayek D., Weniger J., 2011: Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege. 3. Auflage, Thieme.
- Convatec: <http://www.switzerland.convatec.com/wundversorgung/wound-type.aspx> Zugriff am 31.07.2016
- Direktion Pflege, Medizin-technische und Medizin-therapeutische Bereiche, Inselspital Universitätsspital Bern, 2010: Leitfaden zur Pflege der gesunden Haut von Erwachsenen.
- Direktion Pflege, Medizin-technische und Medizin-therapeutische Bereiche, Inselspital Universitätsspital Bern, 2012: Pflegestandard Wundbehandlung bei Erwachsenen.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), 2009: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.
- Hartmann ivf: <https://shop.ivf.hartmann.info/de/vi/subgroups/2> Zugriff am 31.07.2016
- Heinholt H., 2012: Pflege der Altershaut – Intakte Haut soll intakt bleiben. Wund Management 04/2012, S. 168-170.
- Kammerlander G. et al., 2020: Wundreinigung, Nass/Trockenphase 3.0. Gesundheit / Medizin; Clinicum 2 – 20, S. 71-77.
- Protz K., 2011: Moderne Wundversorgung. 6. Auflage, Elsevier Urban & Fischer München.
- Panfil E.M., Schröder G., 2009: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 2. Auflage, Verlag Hans Huber.