

Basis Wundbehandlung

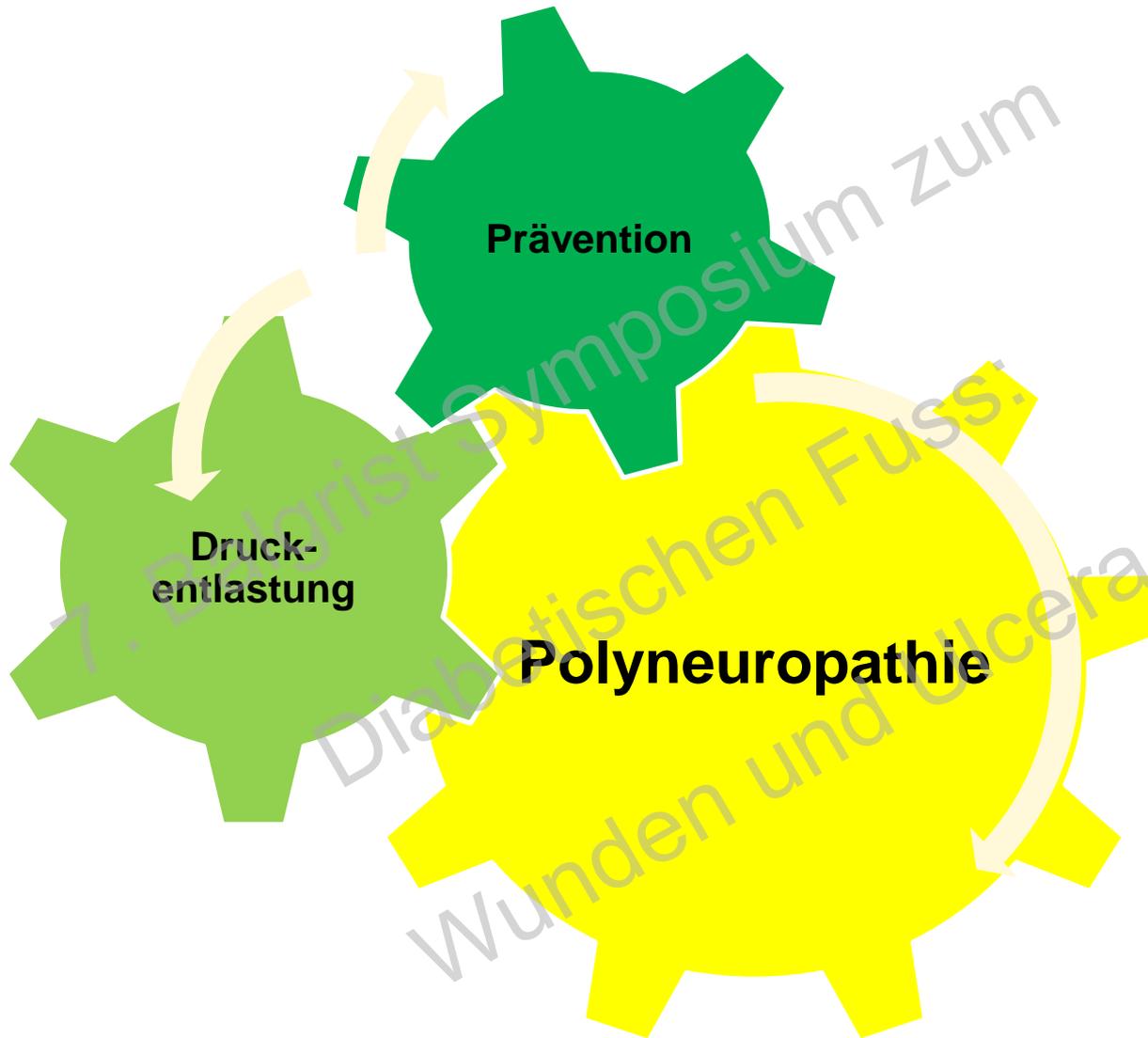
Nicole Weber

Pflegefachfrau HF/ Wundexpertin SAfW/Gipsexpertin

Zürich 10.11.2017

- Wir können die Grundsteine für eine gute Behandlung legen
- Wir Pflegenden sind die Koordinatoren
- Wenn wir die Ursache von Druckstellen und Ulzera erkennen und handeln, können wir Amputationen verhindern

7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera



sensible Nervenfasern

- kein Schmerzempfinden aber «kitzelig»

motorische Nervenfasern

- keine Tiefensensibilität
- «es fühlt sich an, als würde ich auf Eiern gehen»

vegetative Nervenfasern

- verminderte Schweißsekretion, sehr trockene Haut

Ursachen für Druckstellen können sein

- nicht korrekt sitzende Schuhe
- Fussformveränderungen im Rahmen der bestehenden Krankheit
- zu alte Gipse (Polsterung ist heruntergedrückt)
- schlecht sitzende Orthesen, Prothesen
- falsch angebrachtes Verbandmaterial
- Volumeninstabilität

Entlastung durch

- Fussbettung-Einlagen
- Massschuhe, die angepasst werden
- Verbandschuh mit Fussbettung
- Gipstherapie

Die Identifikation von Personen mit erhöhtem Risiko für Fusskomplikationen

Die Vermeidung diabetes-assoziiertes Fussläsionen (z. B. Ulkusvermeidung)

7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera

Fussinspektion

Mechanisches chirurgisches Débridement

Fallbeispiele A und B

Kriterien der Materialwahl

Falsche Anwendung von Verbandmaterial

Beispiele für Verbandfixationen

7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera

Fussinspektion von **BEIDEN FÜSSEN**

- Fersen, Rhagaden
- Gesamte Hautbeschaffenheit, Hyperkeratose, trockene Haut
- Interdigital, Mazeration

Neuropathie: Der Patient spürt den Druck von Schuhen und Hyperkeratosen nicht

Druckentlastung: Bei Rötungen sollte bereits die Schuhversorgung überprüft werden

Prävention: Rhagaden, Hyperkeratosen und trockene Haut können Ursache für Ulzera sein



Hyperkeratose:

Abtragen

Mazeration:

Medizinische Schafswolle einlegen

Rhagaden:

Ränder abflachen, regelmässige Hautpflege

Trockene schuppige Haut:

Hautpflege

Chirurgisches Débridement

Primär sollte beim diabetischen Fussulkus ein Débridement avitaler Gewebeanteile erfolgen

Die Wundheilung wird durch avitales Gewebe, Fremdkörper, Beläge und Detritus behindert. Deshalb sollte eine radikale Abtragung von avitalem Gewebe bis in intakte anatomische Strukturen initial durchgeführt werden;

Die Belastung des Patienten ist zu berücksichtigen. Bei Bedarf soll das chirurgische Débridement mit einer adäquaten Schmerztherapie einhergehen

S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus.“ Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

Hilfsmittel dazu sind:

- Skalpell mit Griff
- Ringkürette
- Scharfer Löffel



Ziel ist es hierbei, den Wundgrund für die nachfolgende feuchte Wundbehandlung zu konditionieren und damit die Abheilung zu beschleunigen

Dient zur direkten Druckentlastung im Wundbereich und in der Umgebung

Das Ausmass einer Wunde kann besser beurteilt und beobachtet werden

Präventiv, Hyperkeratose abgetragen

7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera











Polyneuropathie: Der Patient hat den erhöhten Druck durch die Hyperkeratose nicht gespürt

Druckentlastung: Die Orthese, die er trägt, wurde kürzlich überprüft, es braucht keine weiteren Anpassungen. Die Druckentlastung wird durch das Abtragen der Hyperkeratose gewährleistet

Prävention: Kürzere Intervalle beim Abtragen der Hyperkeratose

7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera

Fallbeispiel A

Anforderung an den Verband

Lokalisation: Stabiler Verband, hoher Druck plantar

Fixierung: Gefahr von Verschiebung durch hohen Druck und Reibung, der Patient trägt Kompressionsstrümpfe

Grösse: Sollte nicht zu dick oder zu klein sein, damit es nicht erneut zu Druckstellen kommt, der Patient trägt Massschuhe

Exsudat: Moderat

Verbandwechsel: Einfache Handhabung, die Ehefrau führt den Verbandwechsel durch

Meine Wahl:

Stabiler, adhesiver Schaumstoff

Fixation mit Klebeflies, damit er sich beim Anziehen des Kompressionsstrumpfes nicht aufrollt





Fallbeispiel B

Warum geht der Patient zuhause barfuss?

Er hat orthopädische Serienschuhe mit einer Fussbettung
Zuhause trägt er «Adiletten»

Meine Massnahmen:

Präventionsgespräch : Schwerpunkt Polyneuropathie-Barfuss gehen

Zusammenhang :Ulkus, keine Fussbettung

Hinzuzug von Schuhmacher (OSM) zur Aufgleisung der Hausschuhversorgung

Fallbeispiel B

Anforderung an den Verband

Fixierung: Gefahr von Verschiebung durch hohen Druck und Reibung

Grösse: Sollte nicht zu dick oder zu klein sein, damit es nicht erneut zu Druckstellen kommt, Fussbettung

Exsudat: Wenig

Verbandwechsel: Einfache Handhabung, die Ehefrau führt den Verbandwechsel durch

Meine Wahl:

Adhesiver, extra dünner Schaumstoff

Fixation mit Klebeflies und selbsthaftender Bandage

Materialwahl

Bei der Auswahl der Materialien sollen folgende Gesichtspunkte, in Abstimmung mit den Zielen des Patienten und den Erfordernissen der Wundsituation und Wirtschaftlichkeit, im Vordergrund stehen:

- Schmerzvermeidung
- Praktikabilität für den Patienten
- Zustand von Wundrand und Wundumgebung
- Haftstärke
- Exsudataufnahme und -rückhaltefähigkeit
- Allergien und Verträglichkeit

S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus,“ Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.



- Manche Wundauflagen müssen auf den Wundgrund zugeschnitten werden
- Keine «Sandwichverbände»
- Folien entfernen



- Primäre Wundauflage nicht zu klein schneiden (Hydrofaser)
- Selbsthaftende Bandagen nicht unter Zug anbringen CAVE: Strangulierung
- Bandagen fixieren



7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera

7 wichtige Aspekte

1. Bei neuen Druckstellen und Ulzera muss der zuständige Arzt informiert werden, damit die Schuhe und Hilfsmittel angepasst werden können
2. Eine plötzliche Änderung der Kompressionstherapie von Strümpfen auf Bandagen braucht eine Anpassung der Schuhversorgung
3. Bei einer Verschlechterung des Ulkus, Vergrößerung, mehr Exsudat, muss die Schuhversorgung überprüft werden. Ist genügend Platz für den Verband vorhanden? Ja oder nein, braucht es evt. einen Verbandschuh oder eine Gipstherapie?
4. Der Verband darf nicht verrutschen und keinen zusätzlichen Druck /Druckstelle erzeugen - gute Fixation
5. Bei plantaren Ulzera muss das Material stabil sein, Schaumstoffe sollten nicht zerreißen
6. Hyperkeratose muss regelmässig abgetragen werden
7. Keine zirkuläre Strangulierung

Die Ursache des Ulkus/Druckstelle herauszufinden und zu behandeln ist viel wichtiger, als was für ein Pflaster/Verband wir verwenden

Der «Goldstandard» bei einem diabetischen Ulkus ist die Druckentlastung

Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017 U. Zifko, *Polyneuropathie* DOI 10.1007/978-3-662-53871-5_2

S3-Leitlinie 091-001 „Lokaltherapie chronischer Wunden bei den Risiken CVI, PAVK und Diabetes mellitus,“ Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.

7. Balgrist Symposium zum
Diabetischen Fuss:
Wunden und Ulcera