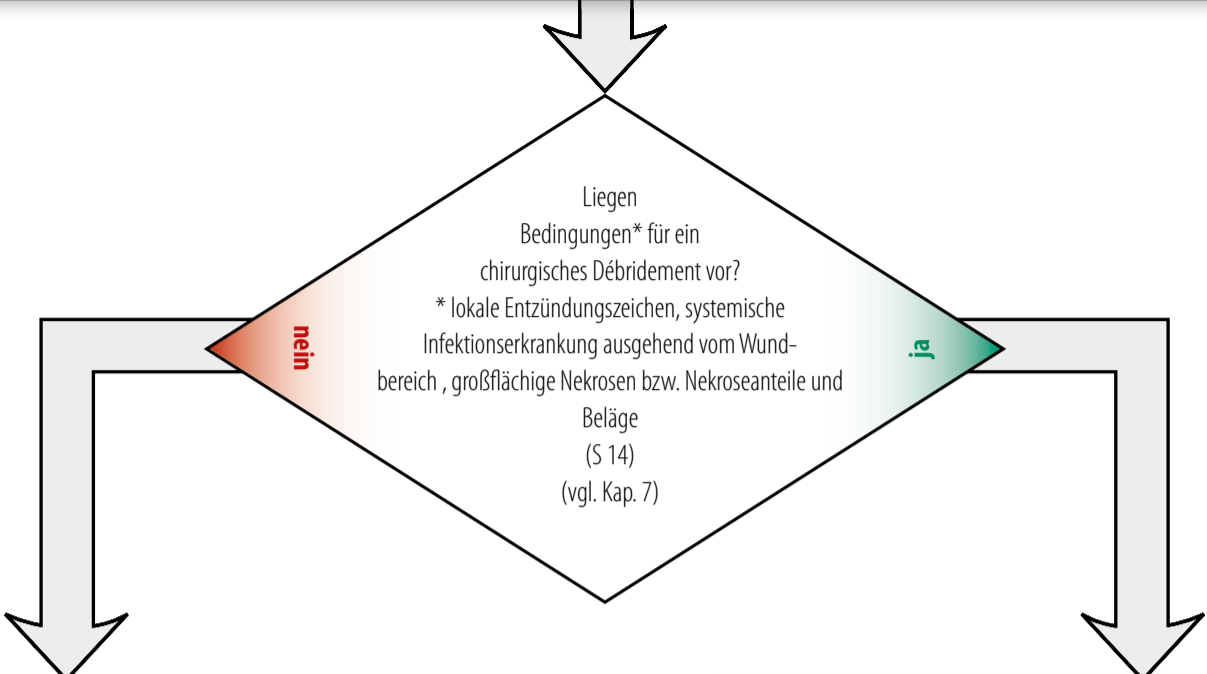


Quelle: S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken PAVK, CVI und Diabetes mellitus“ (2)

Legende: Die Prozessschritte oder Grundlagen sind mit dem Hinweis auf die Nummer der zugehörigen Empfehlung (E), Statements (S) und die Kapitel der Langfassung der Leitlinie, welche weitere Information enthält, versehen. Kapitel 9 der hier vorliegenden Kurzversion zeigt eine Übersicht aller Empfehlungen. Die Diagnostik und Behandlung der Grunderkrankung sowie deren Prävention sind den zugehörigen S3-Leitlinien der AWMF zu entnehmen.

Algorithmus – Wundreinigung

Vorliegen avitaler Gewebe, Nekrosen, Beläge und/oder Fremdkörper



Wundreinigung

Die Wundheilung wird durch avitales Gewebe, Fremdkörper, Beläge und Detritus behindert. Deshalb sollte eine Abtragung von avitalem Gewebe bis an intakte anatomische Strukturen heran durchgeführt werden. Die Belastung des Patienten ist zu berücksichtigen (E 16)

Wenn eine Wundreinigung durchgeführt wird, sollte sie primär mechanisch erfolgen (E 17)

Für Lösungen die Octenidin, Polihexanid, PVP-Iod, Wasserstoffperoxid, Chlorhexidin und Farbstoffe -einschließlich Ethacridinlactat- enthalten, liegen anhand der vorliegenden Studien keine belastbaren Aussagen zum Nutzen als Wundspüllösung vor (S 6)

Es gibt zu bestimmten Substanzen, je nach galenischer Zubereitung, Konzentration und Einwirkdauer, Hinweise auf Toxizität, allergene Potenz oder Iodbelastung (S 7)

Zur periodischen Wundreinigung sollten daher bevorzugt neutrale, wirkstofffreie Lösungen eingesetzt werden. (E 19)

Ausnahme:
Bei Verdacht auf erreggerbedingte Entzündung der Wunde kann zur Wundreinigung die Anwendung von Polihexanid, Octenidin oder PVP-Iod in Form zugelassener Antiseptikallösungen erwogen werden. (E 20)

Bei Bedarf soll die Wundreinigung mit einer adäquaten Schmerztherapie einhergehen. [E 18]

(vgl. Kap. 6)

Initial chirurgisches Débridement

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. (E 25)

Bei Bedarf soll das chirurgische Débridement mit einer adäquaten Schmerztherapie einhergehen (E 26)

(vgl. Kap. 7)

Wiederholung bei Bedarf

Avitale Gewebe, Beläge und/oder Fremdkörper vollständig entfernt

Quelle: S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken PAVK, CVI und Diabetes mellitus“ (2)
 Legende: Die Prozessschritte oder Grundlagen sind mit dem Hinweis auf die Nummer der zugehörigen Empfehlung (E), Statements (S) und die Kapitel der Langfassung der Leitlinie, welche weitere Information enthält, versehen. Kapitel 9 der hier vorliegenden Kurzversion zeigt eine Übersicht aller Empfehlungen.

Algorithmus – Wundauflagen

Bei der Wundbehandlung sollte ein physiologisch feuchtes Milieu in der Wunde geschaffen und aufrechterhalten werden. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn die Erzeugung oder Aufrechterhaltung einer avitalen trockenen Nekrose einen Behandlungsvorteil darstellt wie z.B. bei endständiger diabetischer Gangrän. [E 28]

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. (E 29) Physikalische Begleitmaßnahmen Amputationsbedrohte Extremität → HBO (E 35) Sonstige physikalische Begleitmaßnahmen wie Unterdrucktherapie (E 33), Magnetfeldbehandlung (E 34) vgl. Kap. 10

Die Wundbeurteilung im Rahmen des Heilungsverlaufs sollte regelhaft erfolgen und bei jeder Veränderung mit therapeutischer Konsequenz (E7)
vgl. . Kap. 4.6.2.

Liegt eine trockene Nekrose vor?
ja
nein

Nekrosen sollen nicht rehydriert werden E 23
Ziel: : Nekrose trocken halten

Ziel: Schaffung und Aufrechterhaltung eines physiologisch feuchten Milieus in der Wunde (E 28)

Starkes Exsudataufkommen?
nein
ja

Ausgewogenes Exsudataufkommen?
nein
ja

Schwachex Exsudataufkommen
ja

Weitere Ziele:

Vermeidung von Flüssigkeitsaustritt aus dem Verband (E 14)
Vermeiden von Mazeration und Austrocknung von Wundrand und Wundumgebung (E 32)
Schutz von Wundrand und Wundumgebung (E 32)
Erhalt der Haut-Barriere-Funktion (E 32)

Weitere Ziele:

Vermeidung von Flüssigkeitsaustritt aus dem Verband (E 14)
Vermeiden von Mazeration und Austrocknung von Wundrand und Wundumgebung (E 32)
Schutz von Wundrand und Wundumgebung (E 32)
Erhalt der Haut-Barriere-Funktion (E 32)

Weitere Ziele:

Vermeidung von trockenheitsbedingten Nachteilen (z.B Schmerz)

Einsatz saugfähiger Materialien (Wundfüller und/bzw. Wundabdeckung) mit hoher Exsudataufnahme und -rückhaltefähigkeit
ggf. zusätzliche Schutz- und Pflegemaßnahmen zum Erhalt der Haut-Barriere-Funktion (E 32)
(vgl. Kap. 8 & Kap. 9)

Einsatz von Materialien (Wundfüller und/bzw. Wundabdeckung) mit angepasstem, mittlerem Exsudataufnahme und -rückhaltevermögen bei Erhaltung des physiologisch feuchten Milieus in der Wunde
(vgl. Kap. 8)

Einsatz von Materialien (Wundfüller und/bzw. Wundabdeckung), die ein physiologisch feuchtes Milieu in der Wunde erhalten oder schaffen
(vgl. Kap. 6.11.5 & Kap. 8)

Abgeheilte Wunde