

## Wundbehandlung Dekubitus (Vs 1.0)

### A Wundreinigung (Keimreduktion / Infektbehandlung) (Vs 1.0)

Dieser Standard beschreibt nur die direkte Wundbehandlung. Zusätzlich sind kausale und ergänzende Massnahmen notwendig, z.B. Druckentlastung! (siehe Leitlinie Dekubitusprävention und –therapie Kategorie I und II)

|  | Keine kritische Kolonisation <sup>1</sup>   | Kritische Kolonisation   | Lokale Infektion   | Systemische Infektion   |
|--|---|--|--|---|
| <b>Definition</b>  | Besiedlung der Oberfläche mit einzelnen Keimen  | Starke Keimvermehrung ohne typische Infektionszeichen  | Lokale Infektion vorhanden   | Generalisierte Infektion  |
| <b>Diagnose</b><br><br>Rubor<br>Calor<br>Tumor<br>Dolor<br>Functio laesa | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlende Infektionszeichen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen</li> <li>Stagnation der Wundheilung,</li> <li>Vergrösserung der Wunde</li> <li>torpide (schlaaffe) Granulation, Hypergranulation</li> <li>Wundgeruch</li> <li>Gesteigertes Exsudat</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zeichen von kritischer Kolonisation</li> <li>Rötung der Wundumgebung</li> <li>weitere Infektionszeichen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lokaler Befund wie z.B. lokale Infektion</li> <li>Zusätzlich:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Laborchemisch Entzündungszeichen</li> <li>Fieber</li> <li>Schüttelfrost</li> <li>Erbrechen</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Wundreinigung</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>NaCl, Ringer-Lsg<sup>2</sup></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prontosan Wundspüllösung<sup>3, 4</sup> (PH), NTP* (15 – 10 min)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> <li>Prontosan Wundspüllösung<sup>3,4</sup> (PH) bis zum Konsil, NTP* (15 – 10 min)</li> <li>Wundabstrich inkl. Resistenzprüfung nach Arztanordnung<sup>5</sup></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil Arzt</li> <li>Wundabstrich inkl. Resistenzprüfung nach Arztanordnung<sup>5</sup></li> <li>ggf. Biopsie</li> </ul>   |
| <b>Anmerkungen</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Prinzipiell ist jede chronische Wunde mit Keimen besiedelt. Bei Verdacht auf kritische Kolonisation sollte frühzeitig eine effiziente Keimreduktion erfolgen. Wichtigste Massnahmen zur Keimreduktion sind das Debridement und der tägliche Verbandswchsel, bis Keimreduktion ausreichend.</li> <li>Je einen Tupfer für die Wunde und je einen Tupfer für die Wundumgebung verwenden (Wischprinzip von aussen nach innen oder umgekehrt ist überholt) (Schwarzkopf, 2017).</li> <li>Antiseptische Massnahmen können nur wirken, wenn der Biofilm (Wundbelag) zuvor ausreichend entfernt wurde.</li> <li>Antiseptische/ Antiinfektiöse Therapien sind indiziert für die Akutphase (2 bis max. 4 Wochen)</li> <li>Entnahme von Wundabstrich immer mit Resistenzprüfung (Antibiogramm). Abstrich von Wundrand und Wundgrund (tief genug bis es leicht blutet, auf einer Fläche von 1-4 cm<sup>2</sup>). Zentral für die Identifikation von Keimen.</li> </ol> <p><b>Bei Unsicherheiten Ressourcenpflegende, Wundexpert*innen oder Arzt kontaktieren</b></p> |  |  |   |







**Legende:** Nass-Trocken-Phase; PH: Polihexanid; WEX: Wundexpert\*in

#### Literatur:

- Bessa, L. J., Fazii, P., Di Giulio, M., & Cellini, L. (2015). Bacterial isolates from infected wounds and their antibiotic susceptibility pattern: some remarks about wound infection. *International wound journal*, 12(1), 47-52.
- Kramer, A., Dissemond, J., Kim, S., Willy, C., Mayer, D., Papke, R., Tuchmann, F., & Assadian, O. (2018). Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018. *Skin Pharmacology and Physiology*, 31(1), 28–58. <https://doi.org/10.1159/000481545>. Dt. Version: WUNDManagement (2019), 13 (Suppl 1);
- Schwarzkopf, A. (2017). Wunde auswischen – aber wie? *WUNDmanagement* 11(6), 304-305.
- Stürmer, E. K., & Dissemond, J. (2022). Evidenz in der lokalen Therapie chronischer Wunden: Was ist gesichert?, *Phlebologie*, 51(02), 79-87.

## B Phasengerechte Wundbehandlung Dekubitus (Vs 1.0)

Dieser Standard beschreibt nur die direkte Wundbehandlung. Zusätzlich sind kausale und ergänzende Massnahmen notwendig, z.B. Druckentlastung! (siehe Leitlinie Dekubitusprävention und –therapie Kategorie I und II)

| Kategorie (EPUAP)                           | Dekubitus I   | Dekubitus II  | Dekubitus III  | Dekubitus IV  | Tiefe unbekannt<br>(«blutgefüllte Blase»)   | nicht klassifizierbar<br>(«Nekroseschicht»)   |
|---|---|---|--|---|---|---|
| Fotos: USB                                  |    |    |    |    |              |    |
| <b>Wundreinigung</b>                        | Je nach Keimbesiedlung, siehe Tabelle Dekubitus A Wundreinigung (Keimreduktion / Infektbehandlung)                                  |   |  |   |   |   |
|   | <b>Wundbett: Gewebetyp, Exsudat</b>   |   |  |   |   |   |
| <b>Debridement</b>                          | keines  | Belag:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>mechanische Reinigung (NaCl 0,9%, Ringer)</li> <li>bei infizierten Wunden Prontosan Wundspüllösung (PH)</li> <li>autolytisches Debridement mit Verbandstoffen, s.u.</li> </ul>   | Belag:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>mechanische Reinigung (NaCl 0,9%, Ringer)</li> <li>bei infizierten Wunden Prontosan Wundspüllösung (PH)</li> <li>autolytisches Debridement mit Verbandstoffen, s.u.</li> <li>Bei Bedarf scharfes Debridement (WEX, Arzt)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  |
| <b>Verbandstoffe nicht infizierte Wunde</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ggf. bei starker Reibung Haut mit unsteriler Folie schützen, z.B. Opsite flexifix</li> </ul> | <b>Geschlossene Blase:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ggf. Mepore (einfacher Wundverband), Opsite post-op (Folie)</li> <li>Bei Pergamenthaut Biatain Silicone lite (Schaumstoff)</li> <li>Eröffnen nach Arztanordnung</li> </ul> <b>Offene Wunde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>trocken:</b> Comfeel plus (Hydrokolloid), Prontosan Gel (Hydrogel), Hydrosorb (Hydrogel)</li> <li><b>feucht:</b> Biatain Silicone lite (Schaumstoff) oder Aquacel (Hydrofaser) und Opsite Folie (Folie)</li> <li><b>nass:</b> Aquacel extra/ Allevyn life/adhesiv (Schaumstoff) je nach Wundgrösse, Convamax / Cutimed Sorbion (Superabsorber)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>trocken:</b> Prontosan Gel (Hydrogel), Aquacel extra, Opsite flexifix (Folie) oder Allevyn life/adhesiv (Schaumstoff)</li> <li><b>trocken nekrotisch:</b> Arztanordnung</li> <li><b>feucht granulierend:</b> Aquacel plus (Hydrofaser), Allevyn life/adhesiv (Schaumstoff)</li> <li><b>feucht – nass fibrinös:</b> Biatain Alginate (Alginat), abdecken mit Allevyn life/adhesiv (Schaumstoff)</li> </ul> <b>Dekubitus an Ferse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kliniderm Heel (Schaumstoff)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Vor Reibung schützen: Opsite flexifix (Folie)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> <li>Abtupfen mit Betadine, (PVP-Jod), trocken verbinden mit Kompresse</li> </ul> |
| <b>Verbandstoffe infizierte Wunde</b>       |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Einbezug Ressourcenpflegende, WEX oder Arzt</li> <li>Biatain Ag, Prontosan Gel, Aquacel Ag (Silberverband)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Einbezug Ressourcenpflegende, WEX oder Arzt</li> <li>Biatain Ag, Aquacel Ag (Silberverbände), Prontosan Gel (Hydrogel)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Massnahme</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  |
|   | <b>Wundrand- und umgebung</b>   |   |  |   |   |   |
| <b>Wundrand</b>                             | -   | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>mazeriert:</b> Cavilon Lolly</li> <li><b>nekrotisch:</b> Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>mazeriert:</b> Cavilon Lolly; evtl. Wechsel von Allevyn life/adhesive (Schaumstoff) auf Cutimed Sorbion Sachet (Superabsorber)</li> <li><b>gerötet:</b> Infektion? siehe infizierte Wunde</li> <li><b>nekrotisch:</b> Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>mazeriert:</b> Cavilon Lolly</li> <li><b>gerötet:</b> Infektion? siehe infizierte Wunde</li> <li><b>nekrotisch:</b> Konsil WEX oder Arzt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Massnahme</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abtupfen mit Betadine (PVP-Jod)</li> <li>Konsil WEX oder Arzt</li> </ul>                                   |
| <b>Wundumgebung</b>                         | Keine Massnahmen, da sonst Pflaster nicht haften  |   |  |   |   |   |
| <b>Anmerkungen</b>                          | Bei Unsicherheiten: Ressourcenpflegende, Wundexpert*innen oder Arzt kontaktieren  |   |  |   |   |   |

Legende: PH: Polihexanid; WEX: Wundexpert\*in

Literatur: European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)(2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline.

<https://www.epuap.org/pu-guidelines/>