

Definition Wunde

Eine Wunde bedeutet die **Durchtrennung verschiedener Gewebsschichten infolge äußerer oder innerer Ursachen.**

Dabei können neben den Hautschichten der Epidermis, Dermis oder Subcutis auch tiefer gelegene Strukturen wie Bänder, Sehnen oder Knochen betroffen sein.

Chronische Wunden



Ulcer cruris venosum



Ulcer cruris arteriosum



Diabetisches Fußulcus



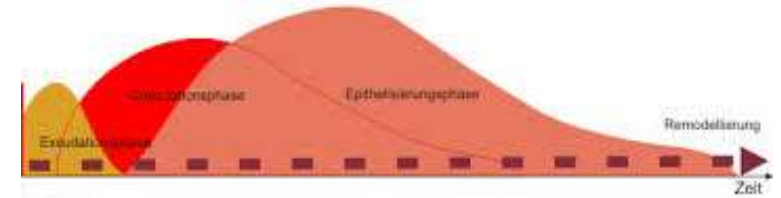
Dekubitus

Chronischen Wunden geht immer eine pathophysiologische, d.h. krankhafte Veränderung des Gewebes voraus, die meistens im Zusammenhang zu einem gestörten Zellstoffwechsel stehen.

Häufigste Ursachen:

- Chronisch venöse Insuffizienz
- Arteriosklerotische Gefäßveränderungen
- Neuropathische Veränderungen
- Mechanische Belastung (z.B. Druck)
- Tumorerkrankung

Wundheilungsphasen



Die Wundheilung ist ein sehr komplexer biologisch- chemischer Prozess, der in mehreren sich überschneidenden Phasen verläuft

Der Prozess der Wundheilung kann in folgende Phasen unterteilt werden:

- **Exsudationsphase**

Auch Inflammatorische (Entzündungsphase) oder Reinigungsphase genannt.

In dieser Phase findet Wundreinigung, Blutgerinnung, Phagozytose, Immunabwehr und Fibroblasteneinwanderung statt.

- **Granulationsphase**

Auch Proliferationsphase genannt, hier findet der Aufbau von neuem Granulationsgewebe statt.

- **Epithelisierungsphase**

Überwachsen der Wunde mit neuen Epithelzellen, Wundverschluss und Narbenbildung

Exsudationsphase

- Aktivierung des Gerinnungs- und Immunsystems zur Säuberung der Wunde
- Mechanische Reinigung der Wunde durch Ausschwemmen von Zelltrümmern, Stoffwechselabfallprodukten und Bakterien
- Leukozyten, v.a. Makrophagen, sind die vorherrschenden Zellen und beginnen mit dem Abbau von abgestorbenen Gewebeteilen, Fremdkörpern und Bakterien durch Phagozytose

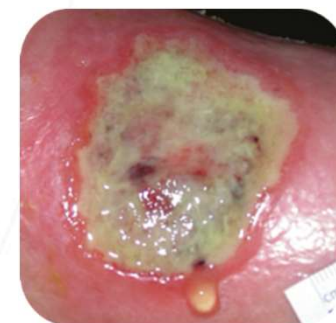
Merkmal: starke Exsudation (Absonderung eiweißreicher Flüssigkeit, Wundexsudat)

Ziele

- Wunde ist frei von leblosem Gewebe (z.B. Nekrose / Fibrin)
- Exsudatmanagement
- Schutz der Wundumgebung

Massnahmen

- mechanische Wundreinigung, evtl. chirurgisches Débridement
- absorbierende Verbände
- angepasstes Verbandwechselintervall



Granulationsphase

- Neubildung eines zell- und gefäßreichen Bindegewebes (Granulationsgewebe)
- Eingewanderte Fibroblasten sorgen für den Kollagenaufbau
- Einsprossens von Kapillargefäßen zur Versorgung des Granulationsgewebes

Merkmal: Granulationsgewebe ist gut durchblutet, gekörnt, feucht, glänzend und rot gefärbt

Ziele

- Erhalt des physiologischen Milieus
- Schutz des neu gebildeten Gewebes



Massnahmen

- Wundruhe
- Austrocknen und Auskühlen der Wunde verhindern
- atraumatischer Verbandwechsel

Epithelisierungsphase

- Die Wunde zieht sich zusammen (Wundkontraktion)
- Wundflüssigkeit nimmt ab
- Granulationsgewebe wandelt sich zu Narbengewebe um
- Überhäutung der Wunde durch horizontales Wandern der Epithelzellen
- Narbenbildung durch Ausreifung der Kollagenfasern

Merkmale: blass rosafarbenes Gewebe

Ziele

- Schutz des Epithelgewebes vor Austrocknung, Traumen und Verletzungen

Massnahmen

- lange Wundruhe
- schonender atraumatischer Verbandwechsel



6 Schritte zur Wundbeurteilung und Wunddokumentation

1. Die Wundheilung beeinflussenden Faktoren beachten und erfassen
2. Beurteilung des entfernten Verbandes
3. Wundreinigung durchführen
4. Wundanalyse erheben
5. Beurteilung und Behandlung von Wundschmerzen
6. Wunddokumentation durchführen

1. Die Wundheilung beeinflussende Faktoren beachten und erfassen



Die Wundheilung beeinflussende Faktoren beachten und erfassen

Systemische Faktoren

- Grunderkrankung / Begleiterkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, chronische Veneninsuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Immunstatus
- Medikamente
- Ernährungszustand des Patienten
- Rauchen / Drogen / Alkohol
- Alter
- Mobilität des Patienten
- Psychosoziale Aspekte
- Adhärenz (Compliance)

Grunderkrankung / Begleiterkrankung

Das Ziel bei der Behandlung der Grunderkrankung ist, die gestörte Mikro- und Makrozirkulation in der Haut zu verbessern.

Eine diagnostische Abklärung der Ursachen für die chronische Wunde ist daher der erste und wesentliche Schritt, um den Patienten effektiv behandeln zu können.



Die Wundheilung beeinflussende Faktoren beachten und erfassen

Lokale Faktoren

- Lokalisation der Wunde
- Durchblutung des Wundgebietes
- Exsudationsmenge
- Temperatur
- Fremdkörper
- Bakterienbesiedelung
- Beschaffenheit der Wundränder und Wundumgebung

2.

Beurteilung des entfernten Verbandes



2. Beurteilung des entfernten Verbandes

Hinweisgeber:

- Exsudatmenge
- Exsudatbeschaffenheit
- Exsudatfarbe



Diese Informationen entscheiden über die Auswahl des Wundverbandes und des Verbandwechselintervalls

Kriterien für die Verbandauswahl

Erfüllt der Verband folgende Funktionen:

- Bleibt er während der gesamten Tragezeit intakt und sitzt er gut, verrutscht also nicht?
- Verhindert er ein Austreten von Flüssigkeit zwischen den Verbandwechseln?
- Verursacht er eine Mazeration / Allergie?
- Reduziert er Schmerzen?
- Reduziert er Geruch?
- Hält er Flüssigkeit zurück z.B. unter Kompression?

Ist der Verband:

- Bequem, anpassbar, flexibel und nicht so voluminös, dass er körperliche Aktivität einschränkt?
- Geeignet, um lange Zeit an Ort und Stelle zu verbleiben?
- Leicht zu entfernen?
- Einfach anzuwenden?
- kosteneffektiv

3.

Wundreinigung



3. Wundreinigung

Definition

„Unter Wundreinigung versteht man die Abtragung von avitalem Gewebe, Nekrosen, Belägen und / oder Entfernung von Fremdkörpern **bis an intakte Strukturen** heran unter Erhalt von Granulationsgewebe.“

Ziel ist die Schaffung eines Wundgrundes, der frei von avitalem Gewebe, Nekrosen, Fremdkörpern, Belägen bzw. Detritus ist.

Bei der Wundreinigung (ohne Zerstörung intakter Strukturen) werden folgende Verfahren unterschieden:

- Aktive periodische Wundreinigung
- Passive periodische Wundreinigung

Aktive periodische Wundreinigung

Gezielte, wiederkehrende mechanische Wundreinigung im Rahmen des Verbandwechsels.

Unter Verwendung von Kompressen (mit wirkstofffreier Spüllösung z.B. NaCl 0,9% angefeuchtet oder trocken) werden Zelltrümmer, Verbandreste, oberflächliche Beläge und Abfallstoffe aus der Wunde ausgewischt.

Quelle: Pflegezeitschrift 2010, Kerstin Protz; S3 LL 2012



Passive periodische Wundreinigung

Unter passiver periodischer Wundreinigung versteht man einen beabsichtigten fortlaufenden Reinigungsprozess ohne Zerstörung intakten Granulationsgewebes bei der Behandlung einer chronischen Wunde. Der Reinigungsprozess findet unterhalb des Sekundärverbandes statt.

Ziel: Lösung und Entfernung avitalen Gewebes und/oder von Belägen während des Zeitraums, in dem die Wunde mittels steriler Wundabdeckung verschlossen ist. Dies geschieht durch Schaffung eines feuchten Milieus und dem Einsatz von Verfahren, die unter einer Wundabdeckung wirken können.

Passive periodische Wundreinigung- Autolytisches Débridement

Hierbei kommt die Eigenschaft des Körpers zum Einsatz, abgestorbenes Gewebe selbst aufzulösen.

Die Wunde wird dafür feucht gehalten.

Verschiedene Verbände und Verbandstechniken können eingesetzt werden.

Das Prinzip besteht darin, dass das Wundexsudat selbst mit seinen Immunzellen, Wachstumsfaktoren und Enzymen die Wundheilung fördert.



QUELLE: Maya Stieger

© 2015 Maya Stieger
 Convatec

Chirurgisches Débridement

Unter chirurgischem (Wund-)Débridement versteht man die radikale Abtragung von avitalem Gewebe, Nekrosen, Belägen und/oder Entfernung von Fremdkörpern mit dem Skalpell, scharfem Löffel, Shaver, Ringkürette **bis in intakte anatomische Strukturen.**



4.

Wundanalyse



4. Wundanalyse- relevante Kriterien

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Quelle: NES Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

Medizinische Wunddiagnose

Die medizinische Wunddiagnose umfasst die **Grunderkrankung, Art** und den **Schweregrad** der Wunde

- Wundarten und Schweregradeinteilung
 - Ulcus cruris venosum
 - Ulcus cruris arteriosum
 - Diabetisches Fußulcus
 - Dekubitus
- Ebenso bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen und deren Wirkung

Definition Dekubitus

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden 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 sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.
Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:
National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014

www.epuap.org

Dekubitus Klassifikation NPUAP & EPUAP 2009/2014

- Kategorie I: Nicht wegdrückbare Rötung
- Kategorie II: Teilverlust der Haut
- Kategorie III: Verlust der Haut
- Kategorie IV: Vollständiger Haut- oder Gewebeverlust

Zusätzliche Kategorien:

- Uneinstufbar / nicht klassifizierbar: vollständiger Haut- oder Gewebeverlust- unbekannte Tiefe
- Vermutete tiefe Gewebeschädigung - unbekannte Tiefe

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.
Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:
National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014

Dekubitus Klassifikation

Kategorie / Stufe / Grad I: Nicht wegdrückbare Rötung

Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, 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 schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.
Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:
National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014



Dekubitus Klassifikation

Kategorie / Stufe / Grad 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 / rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*.

Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreibungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.

*Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014



Dekubitus Klassifikation

Kategorie / Stufe / Grad III: Verlust der Haut

Zerstörung aller Hautschichten.

Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen.

Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten.

Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.
Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:
National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014

Dekubitus Klassifikation

Kategorie / Stufe / Grad IV: vollständiger Haut oder Gewebeverlust

Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab.

Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochen-**n**-vorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen.

Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014



Dekubitus Klassifikation

Uneinstufbar / nicht klassifizierbar:

vollständiger Haut- oder Gewebeverlust- unbekannte Tiefe

Ein vollständiger Haut- oder Gewebeverlust, bei der die tatsächliche Tiefe der Wunde von Belag (gelb, dunkelgelb, grau, grün oder braun) und Wundkruste / Schorf (dunkelgelb, braun oder schwarz) im Wundbett verdeckt ist.

Ohne ausreichend Belag oder Wundkruste / Schorf zu entfernen, um zum Grund des Wundbettes zu gelangen, kann die wirkliche Tiefe der Wunde nicht festgestellt werden, aber es handelt sich entweder um Kategorie / Stufe / Grad III oder IV. Stabiler Wundschorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher biologischer Schutz“ und sollte nicht entfernt werden.

QUELLE:

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014



Dekubitus Klassifikation

Vermutete tiefe Gewebeschädigung - unbekannte Tiefe

Violetter oder rötlichbrauner, umschriebener Bereich verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und / oder Scherkräfte.

Dem Effekt vorausgehen kann eine Schmerzhaftigkeit des Gewebes, das von derber, breiiger oder matschiger Konsistenz sein kann und wärmer oder kälter als das angrenzende Gewebe ist.

Vermutete tiefe Gewebeschädigungen sind bei Individuen mit dunkel pigmentierter Haut schwer zu erkennen. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem schwarzen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter entwickeln und mit Wundschorf bedeckt sein. Es kann zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten auch unter optimaler Behandlung kommen.

QUELLE:
European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel.
Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC:
National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014

4. Wundanalyse

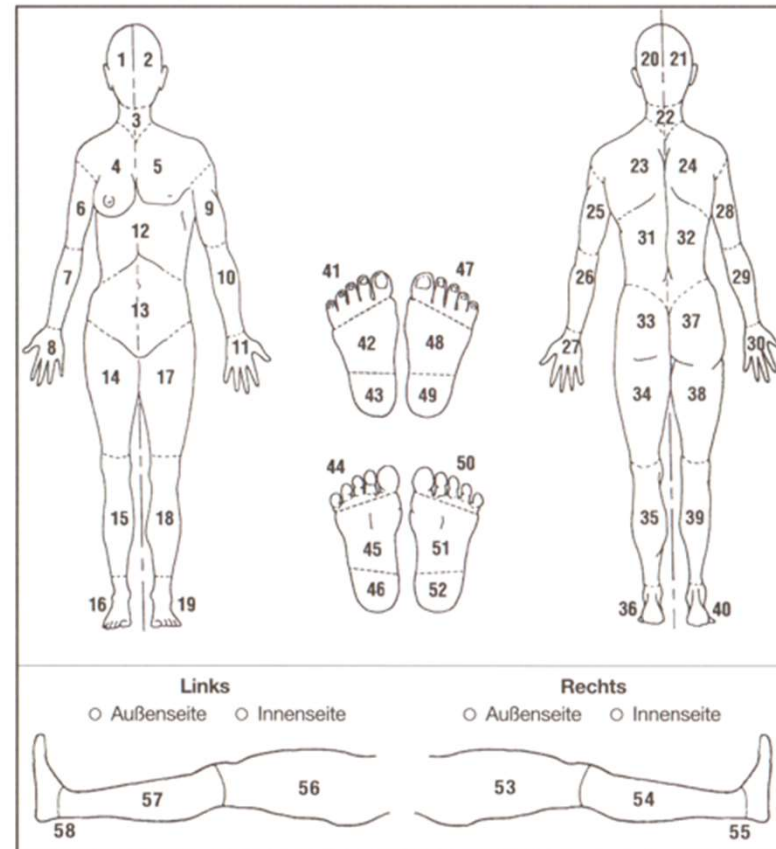
- Medizinische Wunddiagnose
- **Wundlokalisierung**
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wundlokalisation

Die Angabe der Wundlokalisation erfolgt durch eine fachlich korrekte schriftliche und grafische Dokumentation z.B. anhand eines Körperschemas

Wundlokalisationsdiagramm

Benutzen Sie das Diagramm zur genauen Beschreibung der Wundlokalisation (bitte ankreuzen).



4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- **Wunddauer**
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wunddauer

Mit der Wunddauer ist die Zeit vom Auftreten der Wunde bis zur aktuellen Einschätzung gemeint.

Zeitmessung und –angabe in: Tagen, Wochen und Monaten



4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- **Rezidivzahl**
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Rezidivzahl

Durch die Rezidivzahl wird die Häufigkeit des Wiederauftretens einer Wunde nach Abheilung beschrieben.

Zu erfassen sind:

- Zahl der Rezidive
- Rezidivfreie Zeit in Monaten

4. Wundanalyse

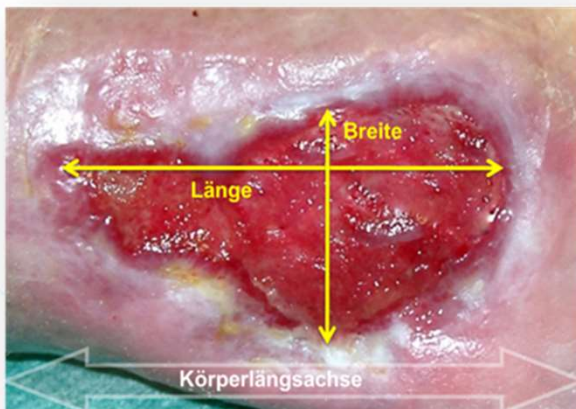
- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- **Wundgröße**
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wundgröße

Die Wundgröße wird beschrieben durch:

- Die größte Länge und die größte Wundbreite mit Orientierung nach der Körperachse.
- Die Messung der Tiefe erfolgt an der tiefsten Stelle der Wunde, z.B. mit steriler Sonde oder Watteträger
- Die Tiefe von Taschen, Fisteln, Unterminierungen werden ebenso gemessen

(Längenangaben in cm, die Lokalisation orientiert sich an der Uhr, analog zur Anordnung der Uhrzeiten)



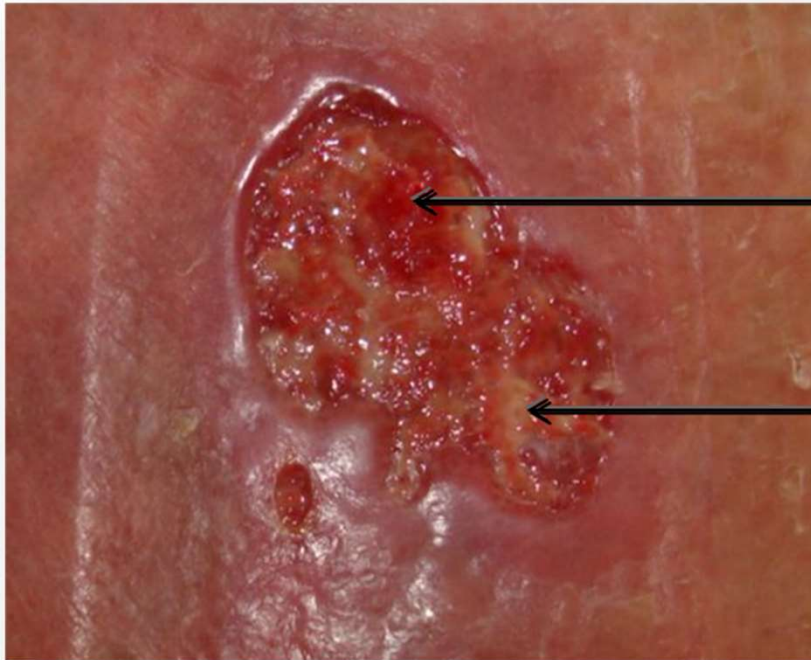
4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- **Wundgrund / häufigste Gewebeart**
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wundgrund / häufigste Gewebeart

Die Beschreibung des Wundgrundes erfolgt durch die Angabe der Gewebearten, welche die Wunde dominieren.

Zum Beispiel: Granulationsgewebe, Fibrin, Nekrose, Knochen...



Granulationsgewebe

Fibrin

Nekrosen

...sind immer eine Herausforderung in der Wundbehandlung, da sie häufig umfassenden Komplikationen bedingen.

- Abgestorbenes Gewebe behindert die Wundheilung
- Gefahr von entzündlichen Reaktionen
- Idealer Nährboden für Keimwachstum



Unterscheidung in:

- **Feuchte Nekrosen** sollten débridiert werden (Infektionsgefahr!).
- **Trockene Nekrosen** entstehen häufig auf Grund einer ausgeprägten Ischämie. Das Gewebe ist in der Regel schwarz, trocken, und wirkt „ledrig“.

ACHTUNG: Trockene Nekrosen- Abklärung Durchblutungssituation- Revaskularisierung

Fibrin

Fibrinbeläge können sowohl bei feuchten als auch bei trockenen Wundverhältnissen vorkommen.

Sie behindern die Wundheilung und sind oftmals ein Indiz dafür, dass eine Wunde zu trocken ist.



Granulation

Eine Wunde mit intaktem Granulationsgewebe befindet sich in der Regel auf einem guten Weg zur Wundheilung.

Kennzeichen von intaktem Granulationsgewebe

- Kräftig rote Farbe
- Feinkörnige Struktur
- Eher wenig Wundexsudat



Epithelisierung

Die Epithelisierung ist der letzte Schritt in der Wundheilung.

Junges Epithelgewebe ist sehr empfindlich.

Es benötigt ein ideal feuchtes Wundklima, um sich über das Granulationsgewebe schieben zu können.



4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- **Exsudat**
- **Wundgeruch**
- Wundrand
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wundexsudat

Erfasst werden sollte die **Quantität**, **Qualität** und der **Geruch** von Exsudat.

- **Quantität (Menge):**
trocken, feucht, nass
- **Qualität (Beschaffenheit):**
Serös, blutig, eitrig
- **Geruch:**
Vorhanden, nicht vorhanden

Wundexsudat

Das Wundexsudat wird häufig als etwas „Schlechtes“ fehlverstanden. Vielmehr ist es so, **dass das Exsudat bekanntermaßen die Wundheilung unterstützt**, indem es:

- verhindert, dass das Wundbett austrocknet
- das Einwandern von gewebereparierenden Zellen erleichtert
- essentielle Nährstoffe für den Zellstoffwechsel liefert
- die Diffusion von Immun- und Wachstumsfaktoren erst möglich macht
- die Abscheidung von totem oder geschädigtem Gewebe unterstützt (Autolyse)



Das Exsudat kann jedoch dann für den Patienten bzw. Ärzte und Pflegepersonal zum Problem werden, wenn die anfallende **Menge** und / oder die **Zusammensetzung** die Wundheilung verzögern oder verhindern, zu körperlichen und psychosozialen Morbiditäten und / oder einem gesteigerten Bedarf an gesundheitsbezogenen Ressourcen führen.

4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- **Wundrand**
- Wundumgebung
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wundrand

Wundrand ist der reparativ-epithelisierte Bereich zwischen Wundfläche und angrenzender original geschichteter Haut sowie von Wundfläche umgebene reparativ epithelisierte Bereiche ("Epithel-Inseln").

Die Beschaffenheit des Wundrandes ist frei nach Form (z. B. flach, wulstig, unterminiert) und Zustand (z.B. vital, livide, mazeriert, hyperkeratös) zu dokumentieren.



4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- **Wundumgebung**
- Entzündungszeichen
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Wundumgebung

Wundumgebung ist die an den Wundrand oder die Wundfläche angrenzende original geschichtete Haut.

Mögliche Begrifflichkeiten für eine Beschreibung:

- Intakt
- Gerötet
- Ödematös
- Mazeriert
- trocken
- Überwärmt



4. Wundanalyse

- Medizinische Wunddiagnose
- Wundlokalisierung
- Wunddauer
- Rezidivzahl
- Wundgröße
- Wundgrund / häufigste Gewebeart
- Exsudat
- Wundgeruch
- Wundrand
- Wundumgebung
- **Entzündungszeichen**
- Wund- bzw. wundnaher Schmerz

Entzündungszeichen

Die klassischen Entzündungs- Infektionszeichen

- Schmerz (Dolor)
- Erwärmung (Calor)
- Rötung (Rubor)
- Schwellung (Tumor)
- Funktionseinschränkung (Functio laesa)



sind Indikatoren für das Vorliegen einer Wundinfektion.

5.

Beurteilung und Behandlung von Wundschmerzen



5. Beurteilung und Behandlung von Wundschmerzen



QUELLE:

Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.

6.

Wunddokumentation



Ziele der Wunddokumentation

- Sicherstellung aller relevanten Informationen für die an der Versorgung des betroffenen Beteiligten
- Sicherung der Therapie und Versorgung
- Überprüfbarkeit und Rechtfertigung von Entscheidungen
- Nachweisbarkeit und Abrechnung der erbrachten Leistungen
- Qualitätssicherung
- Erhebung von Daten für Forschung und Statistik