

Information: Hautpflege und Hautschutz bei Patienten mit chronischen Wunden	WZ-IN-002 V01 Hautpflege und Hautschutz bei Patienten mit chronischen Wunden	 Wundzentrum Hamburg <small>„überregionales Wundnetz“</small>
	gültig bis: 30.11.2018	Seite 1 von 3

Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen • Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung • Vermeiden von Komplikationen • Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Definition
Hautschutz und -pflege bei Patienten mit chronischen Wunden zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Hautschutzbarriere und zur Vermeidung von Komplikationen. Es wird unterschieden zwischen Wundrandschutz und -pflege sowie Schutz und Pflege der Wundumgebung.

Ursachen

Hautprobleme haben bei Patienten mit chronischen Wunden unterschiedliche Ursachen:
1. Hautprobleme als Begleitsymptome der Grunderkrankung

Erkrankung	Hautbefund
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Trockene, juckende Haut, Anhidrose (Ekzema craquelé) • Abgeschwächte Immunkompetenz • Bei ca. 80 % der Patienten Pilzinfektionen (Tinea pedis) • Schwielenbildung (Malum perforans) • Rhagaden (Rissbildung der Haut) Problem: durch eine gestörte Hautschutzbarriere und nachfolgende Hautverletzungen können vermehrt Erreger eindringen → Infektionsgefahr
Chronisch venöse Insuffizienz (CVI)	<ul style="list-style-type: none"> • Stauungsekzem, Ödem der Beine • Trockene, schuppige, gespannte Haut • Bei längerem Bestehen: Juckreiz, Nässen • Kleinste Hautrisse • Hautaustrocknung durch Kompressionsstrümpfe/-verbände Problem: durch Risse/ekzematisierte Hautstellen können Erreger eindringen → Infektionsgefahr
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)	<ul style="list-style-type: none"> • Trockene, kühle Haut • Aufgrund der Durchblutungsstörung schlechte Hautversorgung Problem: Infektionsgefahr wegen lokaler Minderversorgung

2. Hautprobleme verursacht durch die Wunde
Durch Einwirkung des Wundexsudats kommt es zur Mazeration und Reizung des Wundrandes bis hin zu einem kumulativ toxischen Kontaktekzem.

Hautbefund: Unterschieden werden folgende Befunde am Wundrand

- Mazeration (weißlich aufgeweichte Epidermis)
- Erosion (Verlust der Epidermis durch Einwirkung von Feuchtigkeit und Nässen)
- kumulativ toxisches Kontaktekzem (Entzündung, Rötung und Schuppung, Nässen), kann bei längerem oder wiederholtem Kontakt mit Exsudat auftreten

Problem: potentielle Vergrößerung der Wunde, Schmerzen, Infektionsgefahr

3. Hautprobleme verursacht durch die Therapie

- Durch Hautpflegeprodukte und Wundtherapeutika ausgelöste Entzündung der Haut.
- Unterschieden werden muss das allergische Kontaktekzem (Typ IV Allergie) vom kumulativ toxischen Ekzem (immer wiederkehrenden Einfluss eines reizenden Stoffes, keine Allergie!).

Hautbefund: Papeln, scharf begrenzte Rötung, Schuppung, Nässen, Juckreiz
Problem: Entzündung der Haut kann Wundheilung stören und unangenehme Empfindungen Verursachen, wie Juckreiz und Schmerzen

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 03.11.2016	Datum: 03.11.2016	Datum: 01.12.2016

Diagnose

1. Klinischer Befund
2. Spezielle Diagnostik:
 - bei Verdacht auf bakterielle Infektion: Abstrichentnahme
 - bei Verdacht auf Pilzinfektion: Schuppen abkratzen und in einer Petrischale ins Labor schicken
 - bei Verdacht auf Kontaktallergie: Epikutantestung
3. Bei anhaltenden Problemen: dermatologische Vorstellung

Therapie

Erkrankung/Hautproblem	Therapiemaßnahme
Haut austrocknung/Ekzema craquelé bei Diabetes mellitus, CVI oder pAVK	<ul style="list-style-type: none">• Ödemreduktion• Rückfettende, hydratisierende Pflege angepasst an Hauttyp, z. B. harnstoffhaltige Produkte 5-10 %• Schwielen: aufweichende Pflege, z. B. Salicylvaseline 5-10 %• Cave: bei anhaltendem Stauungsekzem → dermatologische Vorstellung
Kontaktekzem	<ul style="list-style-type: none">• Meiden des Auslösers• Kurzfristiger Einsatz kortisonhaltiger Salben/ Cremes• Bei ausgeprägtem Befund oder Nichtansprechen kann weiterführende Diagnostik/Therapie erforderlich sein (Kortisonstoßtherapie)• Unbedingt dermatologische Konsultation• Nach Abklingen der Akutsymptomatik rückfettende Pflege zur Wiederherstellung/ Erhaltung der Hautschutzbarriere
Aufweichen des Wundrandes/Mazeration	<ul style="list-style-type: none">• Exsudatmanagement: Wundauflage mit ausreichend Saugvermögen, angepasste Wechselintervalle der Wundauflagen• Wundrandenschutz mit transparentem Hautschutzfilm

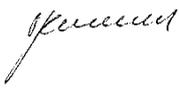
Hinweise

Allgemeine Hinweise zur Hautpflege bei Wundpatienten:

- Eine effiziente Hydratation der Hornschicht lässt sich prinzipiell nur mit W/O-Emulsionen erreichen, da nur dieser Emulsionstyp zu guter Durchfeuchtung führt und die Haut vor Austrocknung schützt.
- Pflegeprodukte benötigen keine arzneilichen Wirkstoffe, da es überwiegend auf die Eigenwirkung der Salbengrundlagen ankommt. Pflegenden Stoffe wie Dexpanthenol, pH-Puffer und Feuchthaltesubstanzen, wie Harnstoff, Glycerin, Sorbit, können hilfreich sein.
- O/W-Cremes mit hohem Wasseranteil sollten bei trockenen Hauttypen nicht angewendet werden, da die Haut austrocknung durch die so genannte „Dochtwirkung“ noch verstärkt wird.
- Kontaktallergien, zumeist gegen Salbenbestandteile, Duftstoffe oder andere Komponenten von Lokalthapeutika, treten bei Patienten mit chronischen Wunden häufig auf. Daher sollten zur Pflege dermatologisch geprüfte Präparate mit geringem Allergierisiko eingesetzt werden. Duft- und Konservierungsstoffe, Antibiotika und viele Pflanzentherapeutika sind bei Patienten mit chronischen Wunden zu meiden. Eine Aufklärung der Patienten dient maßgeblich der Prävention.
- Salben und Cremes sowie Zinkpasten nicht in offene Wunden reiben.
- Folien und hydroaktive Verbände haften nicht auf Salbenresten.
- Therapeutika in den zu versorgenden Wundrand zuvor einziehen lassen.
- Kein „Einmassieren“ von Salben/Cremes → durch den erzeugten Druck kann es zur Beschädigung der Haut kommen.
- Vorsicht bei Wundauflagen mit Kleberand auf gereizter, empfindlicher Haut: ggf. Einsatz von hautfreundlichen Beschichtungen, z. B. Silikon.
- Keine Verwendung von Pudern; diese können durch Reibe- und Scherkräfte Hautreizungen hervorrufen und die Haut austrocknen.

Allgemeine Hinweise zum Haut-/Wundrandschutz bei Wundpatienten:

- Unterstützender Hautschutz in der Sakralregion: da die Wundauflagen durch Ausscheidungen häufig unterwandert werden oder sich aufrollen, können die Ränder der Wundauflagen zusätzlich mit semipermeablen Transparentfolienstreifen umklebt werden.
- Schutz des Wundrandes vor Mazerationen, z. B. bei lokaler Unterdrucktherapie: den Wundrand mit Transparentfolie/dünnem Hydrokolloidverband oder Stomapaste/-modellierstreifen schützen.
- Transparenter Hautschutzfilm ist gegenüber undurchsichtigen, verklebenden Pasten zu bevorzugen, unter anderem, um den Wundrand weiterhin beurteilen zu können.
- Bei Pergament-/kortisongeschädigter oder dünner Altershaut Vorsicht bei Wundauflagen mit Kleberand und bei Polyurethanschäumen ohne Kleberand, die durch die Saugwirkung ihrer feinen Poren mit dem Wundgrund verkleben können; ggf. Einsatz von silikonbeschichteten Wundauflagen oder unbeschichteten Hydrogelkompressen. Wenn der Verband an der Haut anhaftet, vor Abnahme anfeuchten. Bei stuhl-/urininkontinenten Patienten an Kontinenzförderung denken.

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
03.11.2016	03.11.2016	01.12.2016	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung