

M. Kunkel, Wundberater, Aidlingen

Versorgung einer Grad-2a-Verbrühung mit dem Hydrogel-Verband Hydrosorb

Verbrennungen bzw. Verbrühungen Grad 2a betreffen die gesamte Epidermis, sind jedoch bei Ausbleiben von Komplikationen prädestiniert für eine schnelle Reepithelisierung ohne Narbenbildung. Wesentlich für den ungestörten Heilungsverlauf ist die sterile Versorgung der Wunde durch hydroaktive Wundauflagen wie z. B. Hydrosorb, die zugleich kühlend und schmerzlindernd wirken.

Anamnese und aktueller Untersuchungsbefund

Am 23.04.2012 stellte sich ein 48-jähriger Klient mit der Bitte um einen neuen (konservativen) Verband am rechten Arm vor. Zur Unfallursache gab er an, sich zwei Tage zuvor bei einem Unfall im häuslichen Umfeld mit kochendem Wasser verbrüht zu haben. Medizinisch relevante Vorerkrankungen wie etwa ein Diabetes mellitus lagen nicht vor. Es ergab sich folgender Untersuchungsbefund (Abb. 1-3): Etwa 2/3 des rechten Unterarms sowie der rechte Handrücken waren verbrüht. Die Haut zeigte teilweise noch Blasenbildungen, am Handrücken sowie ulnar bereits Ablösungen. Ein Großteil der Haut war bereits angetrocknet. Zwischen Daumengrund- und Handgelenk imponierte ein kreisrundes Areal mit eingetrockneten Belägen. Schmerzen wurden als nicht sehr stark beschrieben.

Die medizinische Diagnose lautete: zwei Tage alte Verbrühung (Grad 2a) des rechten Unterarms einschließlich des Handrückens durch kochendes Wasser; im betroffenen Areal (ca. 4% der Körperoberfläche nach Wallace und nach 1%-Formel) wechselnde Wundzustände; überwiegend trockenes, an offenen Stellen feuchtes Wundgebiet sowie Blasenbildungen.

Als Pflegediagnose nach NANDA ergab sich: Hautschädigung, Infektionsgefahr, Schmerz (akut), Wissensdefizit und Entscheidungskonflikt.

Therapie und Behandlungsverlauf

Nachdem der Klient die Beratung und Behandlung durch einen (Fach-)Arzt konsequent abgelehnt hatte, erfolgte das Hinzuziehen des Autors als Pflegefachkraft mit Wundkompetenz¹. Der Klient wurde nochmals über mögliche Folgen der Ablehnung einer ärztlichen Behandlung aufgeklärt. Gleichzeitig wurde sein Einverständnis zur Fotodokumentation eingeholt.

Unter Berücksichtigung der bestehenden Hautschädigung erfolgte zur Infektionsprävention eine Rasur. Der Klient wurde zu den einzelnen Schritten ausführlich informiert, aktiv in die Anlage des Verbandes einbezogen und zum Funktionsprinzip und Handling

der modernen Wundauflagen aufgeklärt. Als Verband wurde der Hydrogel-Verband Hydrosorb gewählt. Durch den hohen Wasseranteil in seiner Gelstruktur ist Hydrosorb in der Lage, eingetrocknete Haut und Beläge schnell abzulösen und sorgt durch seinen kühlenden Effekt für eine gute Schmerzlinderung. Um das betroffene Areal adäquat abdecken zu können, wurden mehrere Kompressen aufgelegt, womit gleichzeitig Bewegungen der Hand und des Handgelenks möglich waren.

Der Klient stellte sich am 25.04.2012 wieder vor. Die Schmerzen hatten bald nach dem Anlegen von Hydrosorb nachgelassen. Die angetrocknete Haut und die daumennahen Beläge waren weitestgehend aufgeweicht. Nun wurde ein „epidermales Débridement“ der gelösten Haut durchgeführt und die Beläge wurden



Der Autor:
Manfred Kunkel, Gesundheits- & Krankenpfleger, RbP, Rettungsassistent, Wundberater AWM, TÜV-zertifiziert, Aidlingerstraße 18/1, 71134 Aidlingen, manfred-kunkel@t-online.de





1) nach Expertenstandard: „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des DNQP

2) www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/044-0011_S1_Thermische_und_Chemische_Verletzungen.pdf (11.01.2013)

3) Vgl. Leitlinie „Ulcus cruris venosum 2006“ der ICW e. V. S. 51

4) Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des DNQP

5) Zeitschrift „Wundmanagement“, 3. Jahrgang Januar 2009, ISSN 1864-1121, S. 25

6) Vgl. DGFW AG Pflegeentwicklung „Korrekte Wunddokumentation“ Lebensqualität

daumennah manuell entfernt. Diese Maßnahmen fanden für den Klienten schmerzfrei statt.

Da weiterhin Infektionsgefahr bestand, wurde ein polyhexanidhaltiges Gel in der Konzentration 0,2% (Rezeptur Apotheke) eingesetzt. Nach dem Débridement zeigte das betroffene Gebiet eine mäßig bis starke Exsudation, die durch das hydrophile Gel noch verstärkt wurde (Abb. 4-6). Da Hydrosorb keine spontane Ansaugfähigkeit hat, wurde in diesem Stadium der hydroaktive Schaumverband PermaFoam ausgewählt, der über eine hohe Spontansaugfähigkeit sowie eine gute Retention zur sicheren Flüssigkeitsbindung verfügt.

Eine Wiedervorstellung erfolgte am 27.04.2012. Das Wundgebiet war trocken, die Ränder waren trocken und teils schuppig (Abb. 7-9). Schmerzen waren keine mehr aufgetreten. Eine Infektion blieb aus. Die Pflegediagnose lautete nunmehr: „Hautschädigung“. Nach der Fotodokumentation erfolgte erneut die Anlage eines Verbandes mit Hydrosorb, der für weitere sieben Tage belassen wurde. Die Therapie konnte nach komplikationslosem Verlauf am 03.05.2012 nach nur elf Behandlungstagen beendet werden (Abb. 10-12).

Der Klient wurde zur Hautpflege beraten. Beratungsschwerpunkt war die Prävention einer neuerlichen Hautschädigung des jungen Hautgewebes, vor allem durch Sonnenbrand.

Diskussion

Die Ablehnung einer ärztlichen Behandlung obliegt der selbstbestimmten Entscheidung des Klienten. Es

ist eine pflegerische Pflicht, dem Betroffenen die Tragweite seiner Entscheidung nahezubringen und dennoch einen komplikationsfreien Heilungsverlauf anzustreben. Aus forensischen Gründen empfiehlt sich eine durch den Klienten schriftlich geäußerte Ablehnung einer ärztlichen Behandlung.

Da sich bereits die als leichtgradig bezeichnete Verbrennung des Grades 2a als offener Hautdefekt manifestieren kann, verbietet sich eine konservative Therapie, die jedoch in der aktuellen Literatur noch empfohlen wird². Unklar bleibt in diesem Kontext allerdings der Terminus der „konservativen Therapie“. Ob mit diesem eine „nicht chirurgisch-operative“ oder eine „trockene“ Wundbehandlung unter sterilen Kautelen bezeichnet werden soll, ist nicht nachvollziehbar und sollte in Überarbeitungen von Leitlinien und Therapieempfehlungen deutlicher herausgestellt werden, um interprofessionellen Missverständnissen vorzubeugen.

Die trockene Wundbehandlung, im Verständnis des Autors als konservative Therapie definiert, ist aus pflegerischer Sicht in mehrfacher Hinsicht kontraindiziert. So sind oberflächliche Verbrennungen für die Klienten äußerst schmerzhaft, wobei der Wundschmerz durch eine adäquate feuchte Wundbehandlung, beispielsweise durch hydroaktive Wundaufgaben, bereits deutlich reduziert bis ausgeschaltet werden kann. Des Weiteren sind durch trockene Wundverbände Verklebungen und Gewebestripping möglich, wodurch die Gefahr von Sekundärinfektionen steigt.

Das Débridement wird aktuell kontrovers diskutiert. Zum einen ist das „epidermale Débridement“ Pflegefachkräften erlaubt³, was der betroffenen Hautschicht einer Verbrennung Grad 2a entspricht. Zum anderen dient das Débridement von abgestorbenem Gewebe der Verbesserung der Wundbedingungen und als Infektionsprophylaxe⁴. Im Kontext der Verbrennungen wird dies jedoch nicht grundsätzlich empfohlen. So sollte die Eröffnung von Hautblasen und deren Abtragung nur erfolgen, wenn eine adäquate Anschluss-therapie gewährleistet werden kann, welche die Risiken für den Klienten, wie insbesondere Infektionen, reduziert und einen komplikationslosen Heilungsverlauf fördern kann. Auf keinen Fall sollten in der Akutphase am ersten Tag folienbeschichtete, warmhaltende Wundaufgaben eingesetzt werden (Gefahr des „After Burning“)⁵.

Fazit

Die Förderung der Lebensqualität als pflegerisches Ziel konnte über die Reduktion der wund- und therapiebedingten Einschränkungen erreicht werden. So wurden die Schmerzen und die Exsudatbelastung reduziert und gleichzeitig die Bewegung und Mobilität, die Selbstständigkeit und die Alltagsgestaltung erhalten. Unter anderem war der Erfolg auch auf die Verbandbequemlichkeit zurückzuführen⁶. ■

Diese Kasuistik ist der Auszug einer Originalarbeit, die unter www.wunde-kunkel.de zum Download bereitsteht.