

	Symptomorientierte Versorgung
Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> Schonendes Ablösen der Wundauflagen z.B. durch Einweichen mit RL, NaCl0.9% Lsg. Folienverbände durch vorsichtiges horizontales Überdehnen des Folienrandes ablösen Wundauflagen ohne Klebefläche bevorzugen Auf schonende Lagerung achten Lokalanästhesierende Therapeutika: auf offene Wunde Xylocain Gel (20-30 Min. Einwirkzeit), nur bei Beingeschwüren Emla Creme (1-5h Einwirkzeit) Unterstützend: TENS, Lymphdrainage, basale Stimulation, Massage, Atemtechnik, Lymphdrainage, Musik
Geruch	<ul style="list-style-type: none"> Aktivkohleaufflagen: Wunde muss komplett abgedeckt sein, z.B. Carboflex Silberhaltige Wundprodukte (bakterizide Wirkung), z.B. Aquacel Ag, Atrauman Ag Medizinischer Honig (bakterizide Wirkung), z.B. Medihoney Aromatherapie: z.B. Lemongras, Zitrone Bei Infektion systemische Antibiose
Exsudatmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <u>Hohe Exsudatmenge</u>, z.B. Mepilex, <u>Sehr hohe Exsudatmenge</u>, z.B. Sorbion Sachet S, Unterdrucktherapie in Erwägung ziehen (bei tiefen Wunden) Wunddistanzgitter, um Verkleben der Wundauflage mit dem Wundgrund zu vermeiden, z.B. Mepithel Bei Fisteln: Produkte aus der Urostoma-Versorgung
Schädigung der Wundumgebung	<ul style="list-style-type: none"> Bei Mazeration z.B. Cavilon Creme (wirkt 72h) dline Zink Creme Salbengitter, z.B. Atrauman, Adaptic Wundauflagen ohne Kleberand
Juckreiz	<ul style="list-style-type: none"> Kühlung: gekühlte harnstoffhaltige Lotionen, z.B. Excipial U Lotion Lokalanästhesierende Therapeutika: Xylocain Gel, Emla Creme TENS, Baumwollkleidung Antihistaminika, lokale Kortikoide
Infektionen	<ul style="list-style-type: none"> Antiseptika: z.B. Octenisept, Actimaris Silberhaltige Wundprodukte: z.B. Aquacel Ag, Atrauman Ag Evtl. frühzeitige i.v. Antibiose (meist anaerobe Erreger wie Clostridien.difficile, Bacteroides, anaerobe Kokken)
Blutungen	<ul style="list-style-type: none"> schonende Wundreinigung/Spülung = mit wenig Druck, schonendes Ablösen der Wundauflagen z.B. durch Einweichen mit RL, NaCl0.9% Lsg. Salbengitter verwenden, z.B. Atrauman, Adaptic <u>Leichte – mittelstarke Blutungen</u>: lokaler Druckverband, blutstillende Auflagen, z.B. Tabotamp, Kaltostat, Applikation von Kühlelementen <u>Starke Blutungen</u>: saugfähiges Material z.B. Handtücher, Arzt verständigen

DIE PALLIATIVE WUNDE**FT Wundmanagement SBG***Dr. Daniela Binder, Kl. 1133**Mag. Karin Haubenwaller, Kl.1477**Dr. Elisabeth Jahn, Kl. 1134**DGKP Paul Klein, Kl. 1238**DGKP Robert Kusch, Kl. 1238**Dr. Verena Spertini, Kl.1135**DGKP Ulrike Tarnawski Kl. 1282*

Die palliative Wunde

„palliativ“: nicht als „aufgegeben“ auslegen, sondern als **Symptomkontrolle** und dadurch Wahrung einer bestmöglichen Lebensqualität

1. Tumorwunden:

- **Primäre Hauttumore** (z.B. Melanom, Basaliom)
- **Exulzerierte Tumore** (z.B. Mamma-CA, CA im HNO-Bereich)
- **Entartung von Gewebe** (z.B. bei einem lang bestehenden Ulcus cruris)
- **Metastasen**

2. Chronische Wunden bei nicht therapierbarer Grunderkrankung

Wundheilungsstörungen aufgrund:

- **Malnutrition** (red. AZ, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen)
- **Sauerstoffminderversorgung** durch Anämie, PAVK, Diabetes (Mikroangiopathie), CVI (Ödem)
- **Immundefizit**
- **Medikamente** (Zytostatika, Antikoagulantien, Immunsuppressiva, Diuretika, Sedativa)
- **Lokale Störfaktoren** (Wundinfektion, Gewebe z.B. nach Bestrahlung, Immobilität)

- *Abheilung als Primärziel oft unrealistisch*
- *kreatives Arbeiten gefragt*
- *symptomorientierte Versorgung rückt in den Vordergrund*