

WUNDE

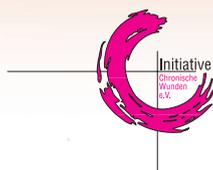
MANAGEMENT



DEWU

Deutscher
Wundkongress
2020
Sonderausgabe

- ▶ Masken
- ▶ Möglichkeiten
- ▶ Miteinander



Wundfüller und Wunden - Ergebnisse einer klinischen Evaluation

Einleitung

Wundfüller sind fester Bestandteil der Versorgung von Wunden. Es soll damit sichergestellt werden, dass das Wundexsudat sicher vertikal in den Primärverband überführt wird. Dadurch werden unerwünschte Wirkungen wie Mazeration [1] und eine Exsudatansammlung zwischen Wundgrund und Wundverband (Exsudatpooling) mit einem möglichen Infektionsrisiko [2] vermieden. Wundfüller werden außerdem zur Versorgung unterminierter Wunden eingesetzt [3].

Ziel dieser Untersuchung

ist es die Häufigkeit und Art der im klinischen Alltag eingesetzten Wundfüller abzuschätzen.

Methoden

Retrospektive Evaluation der Patientendokumentationen in zwei klinischen Einrichtungen in Deutschland. Erfasst wurde die Versorgung aller Wunden über einen Zeitraum von 6 Monaten in einem spezialisierten Wundkompetenzzentrum und in einem Zentrum für Beatmung und Intensivpflege. In beiden Einrichtungen werden ca. 1.000 Patienten pro Jahr versorgt.

Ergebnisse

Im Zeitraum wurden 1.009 Wunden erfasst und bei 381 Wunden (37,8%) wurde ein Wundfüller verwendet. Bei 254 Wunden (66,7%) wurden die Wundtiefe, der Primär- und Sekundärverband dokumentiert. Die durchschnittliche Wundtiefe betrug $1,1 \pm 1,8$ cm.

Am häufigsten wurden Hydrogele und Hydrofasern (jeweils $n = 56$, 22,0%) und am wenigsten häufig wurden Schaumverbände als Wundfüller eingesetzt ($n = 5$, 2,0%, Abbildung 1).

Als Primärverband wurden am häufigsten Saugkompressen ($n = 110$, 43,3%), Schaumverbände mit und ohne Silber ($n = 105$, 41,3%) und Hydrokapillarverbände ($n = 34$, 13,3%) eingesetzt.

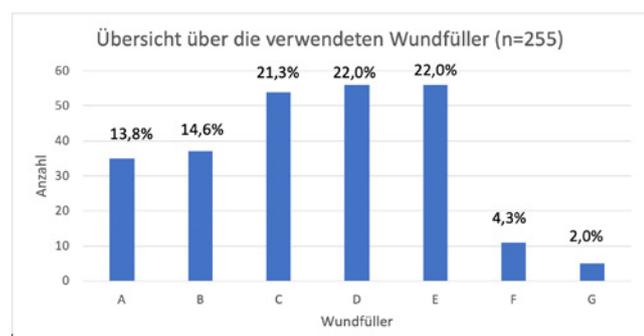


Abb. 1 Häufigkeit der verwendeten Wundfüller, $n = 254$. Angegeben sind die Anzahl und die Häufigkeit in Prozent. A= Aktivkohle/Silber, B= Alginat, C= Distanzgitter, D= Hydrofaser, E=Hydrogel, Proteasehemmer F, Schaumverband G

Die häufigsten Kombinationen von Primär-/Sekundärverband waren Saugkomresse/Distanzgitter ($n = 45$, 17,71%), Schaumverband/Hydrogel ($n = 36$, 14,2%), Saugkomresse/Hydrofaser ($n = 25$, 9,8%) und Saugkomresse/Aktivkohle/Silber ($n = 24$, 9,4%, Abbildung 2).

Aktivkohle/Silber, Distanzgitter und Hydrofaser werden in nahezu allen Wundarten als Wundfüller eingesetzt. Alginate werden bevorzugt beim Dekubitus, postoperativen Wundheilungsstörungen und Ulcus cruris eingesetzt (Abbildung 3).

Alginate und Distanzgitter werden offensichtlich unabhängig von der Wundtiefe als Wundfüller eingesetzt. Hydrogel werden dazu im Gegensatz nur bis zu einer Wundtiefe von 1 cm eingesetzt (Abbildung 4).

Die Bilder in Abbildung 5 stehen beispielhaft für die in den zwei Zentren versorgten und in der Studie erfassten Wunden mit unterschiedlicher Ätiologie, Wundtiefe und -größe.

Diskussion

Der Einsatz von Wundfüllern ist deutlich höher als erwartet, da nur ca. 20% der chronischen Wunden tiefer als 2 cm sind [3, 4] und ein Teil der Versorgung mit einem Schaumverband, der Kontakt zum Wundgrund herstellt, möglich ist und damit der Wundfüller entbehrlich ist.

Ein wesentliches Einsatzgebiet von Wundfüllern sind unterminierte Wunden [4]. In dieser Untersuchung wurde nur der Einsatz von Wundfüllern betrachtet und nicht die Indikationsstellung. Diese Fragestellung ist Gegenstand laufender Untersuchungen und erste Ergebnisse zur Art und Häufigkeit der Unterminierung sind bereits publiziert [4].

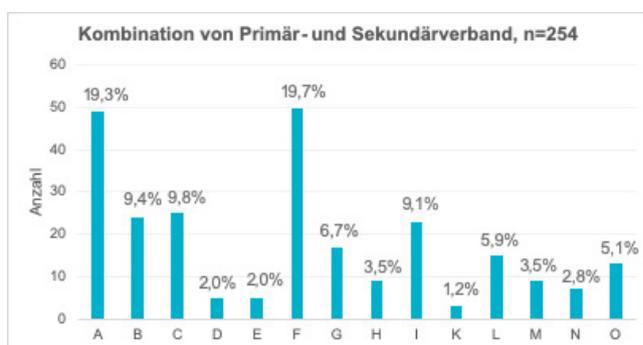


Abb. 2 Kombination von Primär- und Sekundärverband, $n = 254$. Angegeben sind die Anzahl und die Häufigkeit in Prozent. A= Saugkomresse/Distanzgitter, B= Saugkomresse/Aktivkohle/Silber, C= Saugkomresse/Hydrofaser, D= Saugkomresse/Hydrogel, E= Saugkomresse/Alginat, F= Schaumverband ohne und mit Ag/Hydrogel, G= Schaumverband ohne und mit Ag/Alginat, H= Schaumverband/Proteasehemmer, I= Schaumverband ohne und mit Ag/Hydrofaser, K= Schaumverband/Distanzgitter, L= Hydrokapillarverband/Alginat, M= Hydrokapillarverband/Aktivkohle/Silber, N= Hydrokapillarverband/Hydrofaser, O= Sonstige.

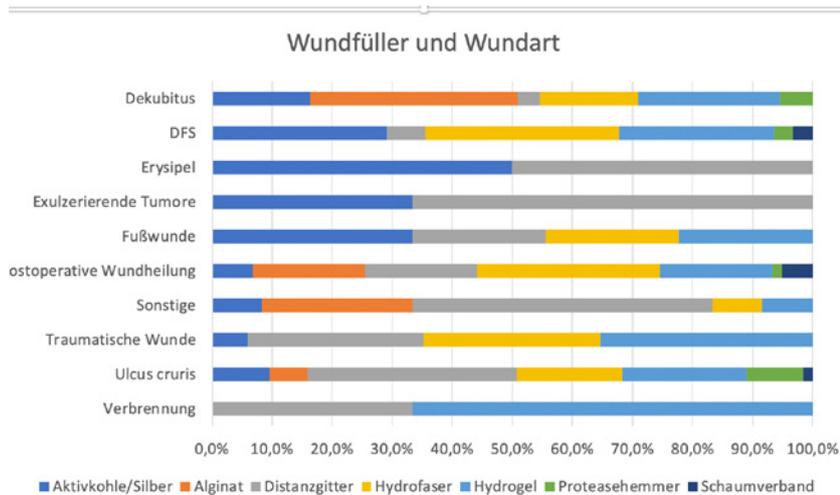


Abb. 3 Wundfüller gruppiert nach der Wundart. Bei jeder Wundart wurden die bei der Wundart eingesetzten Wundfüller auf 100% gesetzt: Dekubitus n=55, DFS n= 31, Erysipel n=2, Exulzierende Tumore n=3, Fußwunde n= 9, Postoperative Wundheilungsstörung n= 59, Sonstige n= 12, Traumatische Wunde n=17, Ulcus cruris n=63, Verbrennung n = 3,

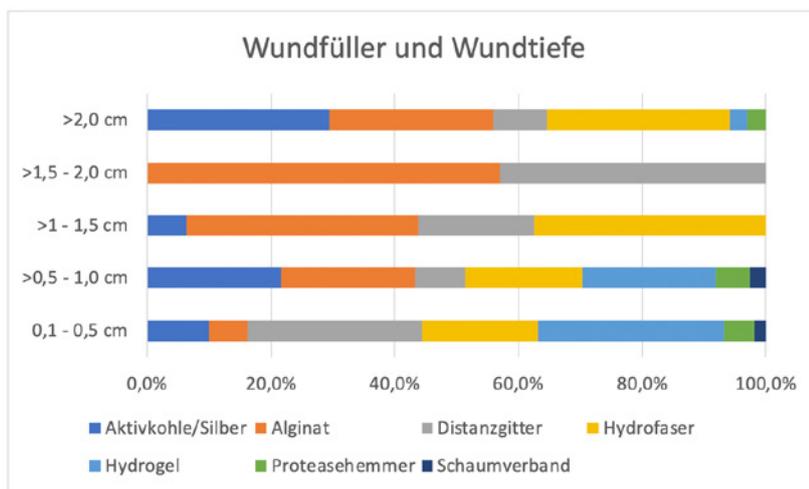


Abb. 4 Wundfüller gruppiert nach der Wundtiefe. Bei jeder Wundtiefe wurden die bei der Wundtiefe eingesetzten Wundfüller auf 100% gesetzt: 0,1 - 0,5 cm n=160, >0,5 - 1,0 cm n=37, >1 - 1,5 cm n= 16, >1,5 - 2,0 cm n=7, >2,0 cm n=34.



Abb. 5 a: Dekubitus am Os sacrum mit 2 cm Wundtiefe, b: Ulcus rechts mit 15 bzw. 8 mm Wundtiefe, c: Wunde am Unterschenkel mit 3 mm Wundtiefe.

Limitierung

Die Daten wurden an zwei Zentren erhoben und die daraus gewonnenen Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ und daher mit Bedacht zu interpretieren. Weitere Untersuchungen, sind erforderlich um eine endgültige Aussage treffen zu können.

Literatur

1. **Adderly UJ:** Managing wound exudate and promoting healing. Wound Care 2010: 15–20.
2. **Stotts N:** Co-factors in impaired Wound healing. In: Krasner D, Kane D ed. Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals 2nd ed., Wayne, Pa: Health Management Publications, Inc: 1997:64–72.

* Braunwarth H, Kruschwitz S, Forster J. Wundfüller und Wunden - Ergebnisse einer klinischen Evaluation. DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress 2020. Poster Abstract-Nr.: KOMBI20-120

3. **Braunwarth H, Forster J, Schmitt M, Bieber R, Kruschwitz S:** Wound depth and the need of a wound filler in chronic wounds. Poster Wounds UK Conference, Harrogate 2017.

4. **Braunwarth H, Forster J, von Hallern B, Kruschwitz S:** Is Undermining in Chronic Wounds symmetric? – Results of a Clinical Evaluation. Poster EWMA 2020.

Horst Braunwarth

Coloplast GmbH, Hamburg
E-Mail: dedbr@coloplast.com

Sebastian Kruschwitz

Zentrum für Beatmung und Intensivpflege GmbH, Berlin
E-Mail: Sebastian.Kruschwitz@zentrum-berlin.com

Jan Forster

Wundseminare, Bremen*
E-Mail: janforster@web.de

Designed, um in Form zu bleiben

Biatain[®] Fiber mit HexaLock Technologie[®] – mehr als nur ein Faserverband



Schließt Exsudat und Bakterien ein

Absorbiert vertikal und hält das Exsudat und die Bakterien effektiv zurück, wodurch die Exsudatansammlungen reduziert werden und so das Infektionsrisiko und Mazeration minimiert wird.



Minimales Schrumpfen

Minimiert das Risiko, dass sich Hohlräume und Exsudatansammlungen bilden.



Formstabiles Gel

Einfache Entfernung in einem Stück mit minimalem Risiko, Rückstände in der Wunde zu hinterlassen.



Biatain[®] Fiber – ideal in Kombination mit Biatain[®] Silicone