

REGIO APELDOORN-ZUTPHEN

Transmurale Richtlijn

- Decubitus
- Complexe wondbehandeling
- Ambulante compressie therapie
- Smetten
- Incontinence Associated Dermatitis
- Diabetische voet
- Skin tears



MEDIQ



COMPLEXE WONDBEHANDELING

TIME PRINCIPES VAN WONDBED PREPARATIE

- T** Tissue non-viable
- I** Infection or inflammation
- M** Moisture in Balance
- E** Edge of wound Non advancing

Weefsel	
Niet-vitaal of slecht weefsel	Debridement (periodiek of continue) <ul style="list-style-type: none"> • Autolytisch • Chirurgisch • Mechanisch • Biologisch
Tissue non-viable	
Infectie	
Ontsteking/ inflammatie	Verwijder geïnfecteerd materiaal lokaal/systemisch anti-bacteriële middelen/ ontstekingsremmers
Infection or inflammation	
Vochtbalans	
Moisture in Balance	Gebruik verbanden vochtig wondmilieu ondersteunen of creëren.
Wondranden	
Niet-sluitende of ondermijnende wondranden	Wondranden: <i>Vitaal:</i> geen behandeling nodig <i>A-vitaal</i> (o.a. callus, crustae): debridement uitvoeren (arts/wondvpk)
Edge of wound non advancing	Wondomgeving: <i>Droog:</i> hydrateren <i>Normaal:</i> beschermen <i>Verveekt:</i> indrogen <i>Geïrriteerd, eczematisch:</i> behandelen via voorschrift arts/wondvpk

ALTIS ANAMNESE

- A** Aard van de klacht
- L** Lokalisatie van de klacht
- T** Tijd en tijdsbeloop
- I** Intensiteit, ernst van de klacht
- S** Samenhang van de klachten, wat verergert het en wat verzacht het

WONDEVALUATIE

Ingevuld door				
Datum				
Weefsel <i>Tissue</i>	___ % Vitaal	___ % Niet vitaal	o Necrotisch	___ % Fibrineus
	Rood ___ %	Geel ___ %	Zwart ___ %	Groen ___ %
	Hypergranulatie ___ %			
Infectie <i>Infection</i>	<input type="checkbox"/> Niet geïnfecteerd <input type="checkbox"/> Geïnfecteerd			
	<input type="checkbox"/> Primair (roodheid, pijn, zwelling, warmte) <input type="checkbox"/> Secundair (het granulatieweefsel is broos, bloedig snel, vreemde kleur, stagnatie wondgenezing > 4 weken, onverklaarbare wondpijn)			
Vocht <i>Moisture</i>	<input type="checkbox"/> Droog <input type="checkbox"/> Vochtig <input type="checkbox"/> Nat			
Wondranden <i>Edge</i>	<input type="checkbox"/> Intacte wondranden <input type="checkbox"/> Niet intacte wondranden Wondomgeving: <input type="checkbox"/> Droog <input type="checkbox"/> Eczematisch <input type="checkbox"/> Verveekt <input type="checkbox"/> Ondermijning <input type="checkbox"/> Eeltvorming <input type="checkbox"/> Anders:			
VAS SCORE				

Deze richtlijn is niet van toepassing bij oncologische ulcera en brandwonden.

TRANSMURALE RICHTLIJN COMPLEXE WONDBEHANDELING

De arts en/of (wond)verpleegkundige

- Neem een (wond)anamnese af
- Behandel zo mogelijk onderliggend lijden en verbeter beïnvloedende factoren
- Kies een wondverband op basis van wondeigenschappen (exsudaat en weefsel)
- Noteer de wondbehandeling

We spreken van

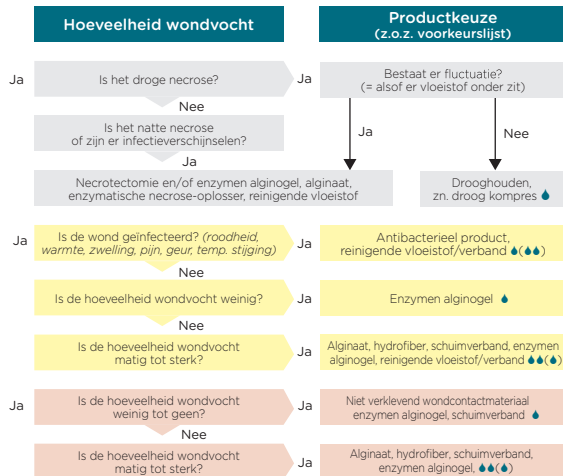
- Geen wondvocht ♠
bij traditionele verbanden, 2x per week verschonen
- Matig wondvocht ♠♠
bij traditionele verbanden, 1x per dag verschonen
- Sterk wondvocht ♠♠♠
bij traditionele verbanden, 2 of meer keer per dag verschonen



Algemene tips:

1. Bij verbandwisseling reinigen met Prontosan®, Advacyn®, (lauw) kraanwater (kraan eerste 30 seconden laten doorstromen)
2. Aantal verbandwisselingen per dag is afhankelijk van hoeveelheid exsudaat
3. Wondtoilet/debridement minimaal 1x per week, door wondverpleegkundige (bevoegd/bekwaam)

4. Bij meer dan 1 verbandwissel per dag gaas/absorberend verband gebruiken
5. Gekozen materiaal moet contact maken met de wondbodem, dus diepe wonden altijd opvullen
6. Wondranden alleen beschermen/behandelen bij verwerking van wondvocht door middel van, vaseline, barrièrefilm
Bij infectie: overleg met arts/wondverpleegkundige
Geen occlusief verband toepassen.
7. Bij oedeem: overleg met arts/wondverpleegkundige
8. Bij pijn: neem pijnanamnese af en pas pijninterventies toe in overleg met pjsn
9. Let op: lees altijd specifieke gebruiksaanwijzing van het wondproduct
10. Evalueer 1x per 2 weken de voortgang. Voer zo nodig opnieuw anamnese uit en pas zo nodig doelstellingen aan. Consult wondverpleegkundige/WEC
11. Vergoeding van verbandmateriaal na 2 a 3 weken, of een specifieke indicatie (voor complexe wonden) waarbij vergoeding gelijk in gaat.



VOORBEELDIJST PRODUCTGROEPEN

Super absorberende verbanden

Geurabsorberend verband

Carboflex*, actisorb silver*

Niet in knippen

Alginaten

- Nu-derm alginat*, Kaltostat*, Sorbalgon

Heeft een hoge absorptiecapaciteit, een reinigend effect en een licht bloedstelpende werking. Verwisselen indien verzadigd. Binnen de wondranden aanbrengen.

Antibacteriële producten

- Zilver: Silvercel, Aquacel AG, acticoat flex, urgotul AG
- Honing: Revamil, medihoney, Principelle IF.
- Jodium: Inadine, iodosorb
- Sorbact

Doodt de bacteriën in de wond, bestrijdt de wondinfectie, heeft een reinigende werking.

Let op de contra-indicaties bij zilver en jodiumgebruik.

Enzymatische en andere necrose-oplossers

- Novuxol*, Natriumhypochlorietsmeersel 2,5 mg/ml (Eusol*)
- Breekt necrotisch weefsel af. Novuxol* niet gebruiken in combinatie met zinkoxide bevattende producten.

Hydroactieve verbanden

- Biosorb*, Aquacel*

Hoge absorptiecapaciteit. Neemt wondvocht verticaal op in de vezels, waardoor de kans op maceratie (verweking) aanzienlijk minder is. Reinigt de wond actief. Verwisselen indien verzadigd. Verband 1 cm. over de wondranden aanbrengen.

Enzymen alginogel

- Flaminal Hydro + Forte

Reinigende vloeistoffen en verbanden

- Azijnzuur 1%,
- Natriumhypochloriet FNA smeersel (Eusol) 2,5 mg/ml,
- Fysiologisch zout 0,9%,
- Kraanwater,
- Prontosan*, Advacyn*
- Kendall Kerlix AMD gazen*

Schuimverbanden

- Kerrafoam* Mepilex*(border flex)

Bestaan meestal uit polyurethaan en hebben een goede absorptiecapaciteit. Laten geen partikels in de wond achter en kunnen goed op maat geknipt worden. Fixatie is meestal nodig met een pleister, zwachtel of transparante folie (bij schuimverband met "border" alleen z.n. knippen in plakrand).

Wondcontactmateriaal (niet verklevend)

< 1 dag: Atrauman*, Klinitulle*, Lomatuell* H, Cuticerin

> 1 dag (op basis van siliconen): Adapt touch*, Mepitel* One.

Wondrand- en huidbeschermers, barrière producten.

Proshield plus, Aldanex

Overige producten

Alleen in overleg met wondverpleegkundige/arts.

RICHTLIJN AMBULANTE COMPRESSIETHERAPIE

Indicatie

Oedeem ten gevolge van vastgestelde veneuze insufficiëntie (E/A index). Behandeling in opdracht van behandelaar.

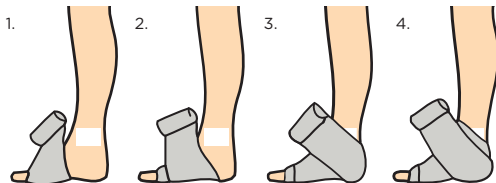
Benodigheden

- Korte rek zwachtels (min. 2 zwachtels per onderbeen)
- Buisverband
- Zo nodig polstermateriaal
- Fixatiepleister

Vorbereiding

Breng buisverband en zo nodig polstermateriaal aan (Polsteren houdt in opvullen van holtes met watten om druk gelijkmatig te verdelen en de uitstekende botdelen en kwetsbare huid te beschermen).

1. Neem de 1e zwachtel en begin boven op de voet, langs inplant van de tenen
2. Zwachtel 1 à 2x met stevige slag om de voet
3. Houdt voet in 90° positie en zwachtel hielgewricht in, waarbij de slag 2/3 deel om hiel en 1/3 deel onder de voetzool. Zwachtel op spanning houden
4. Zwachtel vervolgens 1/3 om de hiel en 2/3 onder de voetzool
5. Zwachtel 1 slag circulair om de enkel. Rol de zwachtel het been volgend af, zonder te sturen en houdt de zwachtel zo kort mogelijk op het been met gelijkmatige spanning tot 2 centimeter onder de knie
6. Maak één circulaire toer onder de knie zonder spanning
7. Laat vervolgens de zwachtel met gelijkmatige spanning de vorm van het been naar beneden volgen

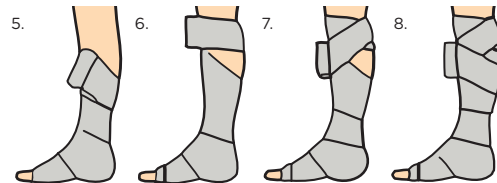


8. Door de zwachtel constant tegen de huid af te rollen gaat de zwachtel zijn eigen weg, meestal is dit weer naar boven en dan naar beneden. Fixeer de zwachtel met fixatiepleister
9. Herhaal met de 2^e zwachtel dezelfde procedure maar dan in tegengestelde richting

Leefregels

- Patiënt informeren over het belang cq noodzaak van het zwachtelen en het dragen van therapeutische elastische kousen
- Was alvorens de zwachtels aangebracht worden de benen en verzorg de droge huid en voeten met een pH neutraal huidverzorgingsproduct zoals een koelzalf zonder rozenolie/Vaseline 10% in lanette crème/Vaseline 20% in lanette crème of cetomacrogolcrème
- Zoveel mogelijk lopen en de kuitspier gebruiken door de voet goed af te wikkelen
- Korte rek zwachtels dag én nacht laten zitten en minimaal 1x per week vervangen
- Lange rek zwachtels dienen 's avonds verwijderd te worden
- Goed sluitend schoeisel zonder hoge hakken om de voet goed af te laten wikkelen. Dit stimuleert de bloedsomloop.
- De zwachtels kunnen gewassen worden (90 graden) en zijn daardoor herbruikbaar
- Als benen oedeemvrij zijn dan Therapeutisch Elastische Kousen aan laten meten. Alternatieven kunnen alleen worden ingezet door de behandelaar of expert
- Verbandkous: indien er een wond is, voor toepassing van compressietherapie in combinatie met fixatie van het verband
- 2-laags zwachtelsystemen

Bron: 2015 expertdocument compressietherapie onderste extremiteiten, WCS kenniscentrum wondzorg.



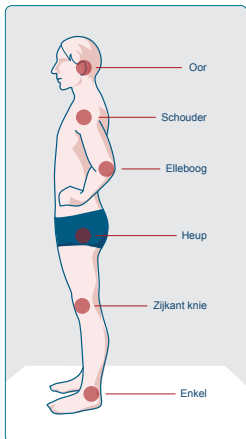
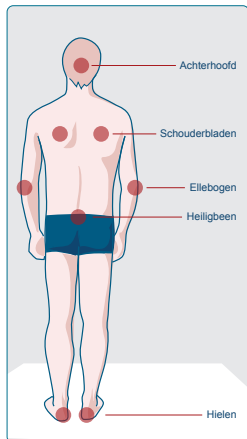
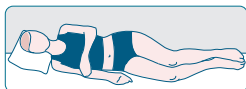
RICHTLIJN DECUBITUSPREVENTIE EN BEHANDELING

Algemeen

Decubitus is een plaatselijke beschadiging van de huid en/ of het onderliggende weefsel, meestal ter hoogte van een botuitsteeksel als gevolg van druk, of druk in combinatie met schuifkracht.

Categorieën van decubitus

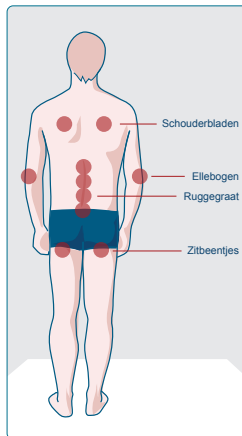
1. Niet wegdrubbare roodheid bij intacte huid
2. Verlies van een gedeelte van de huidlaag of een blaas
3. Verlies van een volledige huidlaag (vet zichtbaar)



4. Verlies van een volledige weefsellaag (spier/bot zichtbaar) of nog niet te classificeren letsel of diepe weefselschade
 - Ondefinieerbaar: verlies van de volledige weefsellaag met onbekende diepte
 - Vermoeden van diepe weefselschade met onbekende diepte

Preventie van decubitus

- Risicoscorelijst invullen
 - Zn. Preventieve maatregelen inzetten als: dekenboog, AD- matras/kussen, hielsloffen
- Klinische blik
- Beoordeling mobiliteit en transfers
- Beïnvloedende factoren vaststellen die druk- en schuifkrachten veroorzaken (denk aan (medische) hulpmiddelen/voorwerpen/ oneffenheden onderlaag/knellende schoenen/kleding)
- Volledige huidinspectie bij elke risico inschatting
 - Zie tevens richtlijn intertrigo/IAD
- In kaart brengen of er decubitus in de voorgeschiedenis bekend is en de locatie er van
- Voeding- en vochtinname volwaardig? (zn. diëtiste inschakelen)



Beoordelen matras en zitting (rol)stoel

Wondzorg

Zie complexe wondbehandeling.



PREVENTIEVE INTERVENTIES BIJ RISICO-PATIËNTEN

Voorlichting

Geef voorlichting passend bij de patiënt/cliënt en diens naasten

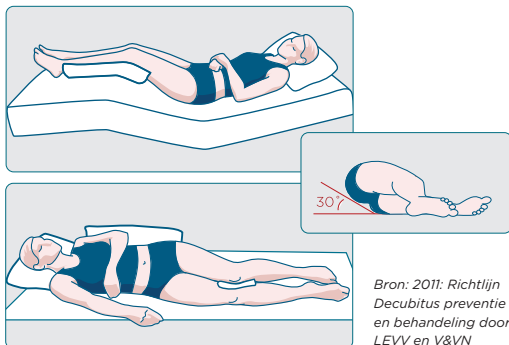
Verzorging

- Gebruik van barrière producten bij incontinentie
- Niet hard masseren of inwrijven
- Dagelijkse huidinspectie op risicovolle locaties (zoals botuitsteeksels)
- Huid verzorgen met een ph/huidneutraal product, huid goed schoon en droog houden

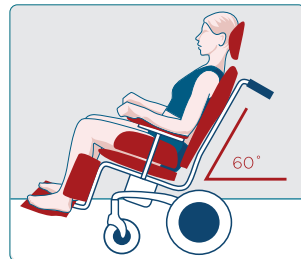
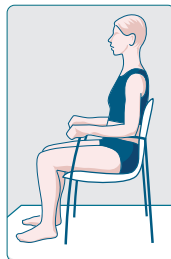
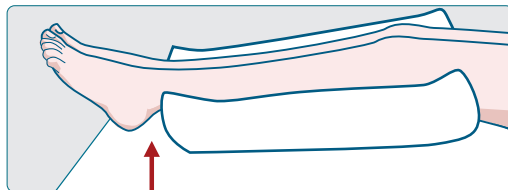
Wissel van houding en zorg voor drukspreiding

- Wisselhouding à 3 uur; ook bij alle soorten AD-matrasen. Afwisselend: 30° zijligging, semi-fowler rugligging, zithouding; niet op aangedane zijde
- Zithouding: minimaal elk uur druk verplaatsen/liften, stoel kantelen
- Let bij transfers op het voorkomen van schuifkrachten; maak gebruik van transferhulpmiddelen

Goede houdingen



Bron: 2011: Richtlijn
Decubitus preventie
en behandeling door
LEVV en V&VN



- Gebruik van druk reducerend kussen onder de kuitspier om de hielen vrij te leggen
 - Achillespees moet vrij liggen (kussen over de lengte van de kuitspier)
 - Denk aan een dekenboog voor drukontlasting, ook als er een AD matras is ingezet
- Inzet AD-materiaal

Leg zo min mogelijk lakens en/of onderleggers op AD-materiaal; dit vermindert de werking! Inzet AD matras en/ of AD kussen; volgens beslisboom instelling

Nooit doen

- Preventief verband plakken
- Hielen inpakken of hielen vrijleggen met opgerolde handdoek

Wel doen

Vanaf cat. 2: wond-
verpleegkundige
consulteren/
behandelend arts
inlichten

TRANSMURALE RICHTLIJN

DIABETISCHE VOET

Definitie diabetische voet:

De verscheidenheid aan voetafwijkingen die ontstaan ten gevolge van neuropathie, macro-angiopathie, limited joint mobility en andere gevolgen van metabole stoornissen, die meestal in combinatie voorkomen bij patiënten met diabetes mellitus.

Kenmerken

- Wondjes aan de voet ten gevolge van diabetes
- Mogelijk slechte doorbloeding door vernauwing en/of verharding van de vaatwanden
- Mogelijk verminderd gevoel (neuropathie)
- Mogelijk standsafwijkingen
- Overmatig eelt door druk
- Droge huid, fissuren en kloven

Anamnese

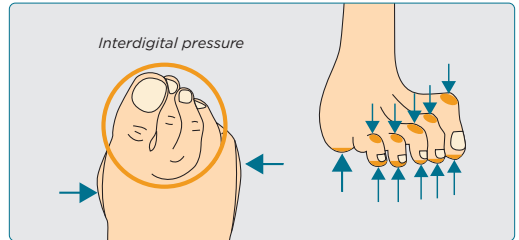
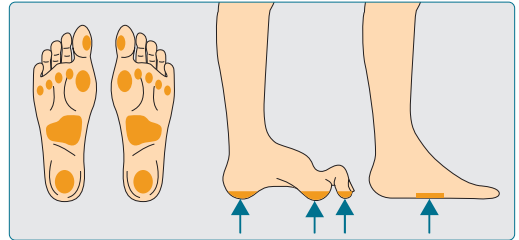
Aandacht voor;

- Ontstaan, duur en beloop. Wond onder de voet direct doorverwijzen naar huisarts.
- Glucose goed gereguleerd?
- Claudicatio intermittens klachten aanwezig?
- Mobiliteit en schoeisel (zooltjes, orthese, sokken)
- Eerder doorgemaakt ulcus of operatie aan voet.
- Temperatuur van de voeten.
- Visus.
- Neuropathische/vasculaire pijn.
- Infectie.
- Charcot.
- Zelfzorgmiddelen en sociaal isolement.
- Voorlichting.

Behandeling door multidisciplinair team

Altijd verwijzing podotherapeut!

- Drukontlasting: van de wond door offloading met vilt/gips/ aangepaste schoenen, hielen vrij, dekenboog.
- Eelt verwijderen en wonddebridement.
- Ulcus sonderen voor bepaling diepte (botcontact).



- Wondbeleid bepalen.
- Behandeling van infectie.
- Systemische behandeling; insulinetherapie, medicatie en voeding.
- Eventueel doorverwijzen vaatchirurg.
- Educatie aan patiënt en familie.

Voorlichting

- Geen voetenbadjes!
- Ga naar een medisch pedicure.
- Dagelijks reinigen van de voeten en voetinspectie, ook tussen de tenen.
- Dagelijks schoeninspectie van goed passende schoenen.
- Vet de droge huid met een neutrale zalf of vette crème, niet tussen de tenen!
- Gebruik geen verwarming, warmwaterzak of kruik om de voeten op te warmen
- Loop niet op blote voeten, zowel binnen als buitenshuis.
- Draag geen sandalen, slippers of schoenen zonder sokken.
- Draag schone en niet knellende kousen zonder naad, of draag ze binnenste buiten.
- Neem direct contact op met de behandelaar wanneer er een wondje, blaar, drukplek of roodheid is ontstaan.

Texas classificatie

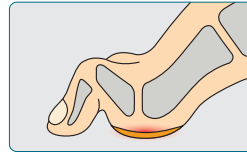
Diepte

- Graad 0** Genezen wond of risico voet
- Graad 1** oppervlakkige wond, niet tot pezen, kapsel of bot.
- Graad 2** Wond penetreert tot op kapsel of pees
- Graad 3** Wond penetreert tot op bot of in het gewricht

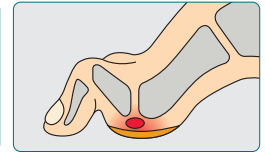
Stadium

- Stadium A** Goed doorbloede, niet geïnfecteerde wond
- Stadium B** Niet ischemische, geïnfecteerde wond
- Stadium C** Ischemische, niet geïnfecteerde wond
- Stadium D** Ischemische en geïnfecteerde wond

Ontstaanswijze voetulcus



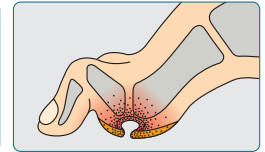
1. Druk en wrijving



2. Onderhuidse bloeding



3. Huiddefect



4. Diepe infectie met botontsteking

bronnen:

Topzorg. (2019). zorgpad diabetische voet. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <https://www.verpleegkundigetopzorg.nl/wp-content/uploads/www.verpleegkundigetopzorg.nl-topzorg-zorgpad-diabetische-voet-1.pdf>

NHG. (2017, 13 april). Richtlijn diabetische voet. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/startpagina_diabetische_voet.html

TRANSMURALE RICHTLIJN SMETTEN (INTERTRIGO)

Neem preventieve maatregelen **bij iedereen**

- ✓ die lichamelijke verzorging krijgt
- ✓ waarbij sprake is van een risicoconditie

Risicocondities

Personen met de volgende condities hebben een verhoogd risico:

- Obesitas
- Verminderde mobiliteit
- Ouderen

- Vrouwen
- Vochtige huid ten gevolge van incontinentie of transpireren
- Verhoogde lichaamstemperatuur
- Diabetes
- Verminderde weerstand
- Eerdere smetten
- Beperkingen in de ADL
- Tekortschietsende persoonlijke hygiëne

Geef informatie en/of advies over onderstaande aanbevelingen en pas de volgende interventies toe

Voorkom huid-op-huid-contact door

- Het, bij voorkeur, dragen van ademende katoenen kleding
- Het dragen van ondersteunende kleding
 - Goedsluitend, niet knellend ondergoed met pijpen (mannen en vrouwen); bij voorkeur geen strings
 - Katoenen pyjama's in plaats van nachtjapon
 - Katoenen BH; bij voorkeur eerst een katoenen hemd/T-shirt aantrekken en daarboven de BH
 - Suspensor (balzakdrager) bij mannen
- Regelmatige lichaamsbeweging, zowel actief als passief (wisselligging)

Voorkom overmatig transpireren door

- Het dragen van ademende, absorberende (katoenen) kleding, sokken en schoeisel
- Het verlagen van de omgevingstemperatuur door
 - Te zorgen voor een koele omgevingstemperatuur
 - Het gebruik van katoenen beddengoed

Houd de huid(plooien) droog door middel van

- De toepassing van één van de volgende lokale middelen
 - Barrièreproduct (proshield* of aldanex*)
 - Zorg voor een schone, droge onderlaag

Pas dagelijkse huidzorg toe door

- Wassen en goed (deppend) drogen van de huid(plooien)

Het gebruik van géén of een pH-neutrale zeep

- Bij gebruik van verzorgend wassen (geïmpregneerde wegwerpwashandjes) huidplooien (deppend) drogen.
- Het dagelijks observeren van de huid en de huidplooien
- Observatie optreden symptomen van smetten (zie behandeling)
- Bij incontinentie
 - Regelmatig toiletbezoek
 - Direct te verschonen, te wassen en te drogen
 - Juiste indicatie en gebruik van (wasbaar) incontinentiemateriaal

Evalueer dagelijks de preventieve maatregelen door

- Degene die de preventieve maatregelen toepast
- Observatie optreden symptomen van smetten (zie behandeling)

BEHANDELING

Stel op basis van onderstaande symptomen vast of er sprake is van smetten, in welke fase het zich bevindt en behandel met de

Symptomen

Smetten

- Intacte huid
- Licht rode tot felrode, glanzende huid
- Jeuk (niet altijd)
- Schrijnend, branderig gevoel (niet altijd)

Smetten met nattende huid

- Felrode huid
- Nattende, kapotte huid
- Verweking van de huid
- Erosies
- Scherpe, rode wondlijn (fissuur) zichtbaar op breuklijn tussen beide huidplooiën
- Jeuk (niet altijd)
- Schrijnend, branderig gevoel (niet altijd)

Smetten met geïnfecteerde huid

- Symptomen van smetten met een nattende huid én één of meerdere van de volgende symptomen
 - Pustels (puistjes)
 - Natten
 - Geel/groen exsudaat
 - Randschilfering
 - Eilandjes voor de kust (bij candida-infectie)
 - Pus
 - Korstvorming
 - Een onaangename geur

Evaluatie: minimaal na 3, 7 en 14 dagen na start behandeling. Indien geen verbetering of klachten verergeren, schakel wondverpleegkundige of arts in

interventies beschreven bij de desbetreffende fase. Consulteer bij twijfel een deskundige (wondverpleegkundige of arts).

Interventies

Smetten

- Eén of meerdere preventieve maatregelen, minimaal 2x daags
- Bij een felrode, glanzende huid minimaal 2x daags een barrièreproduct

Smetten met nattende huid

- Eén of meer preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- Eventueel lokaal een antischimmelpreparaat
- Gebruik barrièreproduct
- Raadpleeg bij twijfel een deskundige

Smetten met geïnfecteerde huid

- Consulteer een deskundige
- Preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- 1-2 daags antischimmelpreparaat (dun)*, deze 2 minuten laten intrekken
- Gebruik miconazol niet samen met een oraal antistollings-middel
- Gebruik barrièreproduct (Proshield* of aldanex*)

Gebruik bij overmatig exsudaat een niet-verklevend wondverband.

- * Eerst antischimmelpreparaat, daarna barrièreproduct. Altijd dun opbrengen! Gebruik corticosteroiden alleen in opdracht van de arts.

TRANSMURALE RICHTLIJN INCONTINENCE ASSOCIATED DERMATITIS

Zie voor risico condities en preventieve maatregelen de richtlijn smetten (intertrigo)

Categorie 1A:

Aanhoudende roodheid zonder klinische tekenen van infectie



Essentieel criterium

Aanhoudende roodheid. *Vershillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker of donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.*

Bijkomende criteria

- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

Behandeling:

- Eén of meer preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- Gebruik barrièreproduct*, minimaal 3x daags, indien nodig vaker.
- Raadpleeg bij twijfel een deskundige

Categorie 1B:

Aanhoudende roodheid met klinische tekenen van infectie



Bijkomende criteria

- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

Essentieel criterium

- Aanhoudende roodheid
Vershillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker of donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.
- Tekenen van infectie
Zoals een witte schilfering van de huid (kon wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (fustels rondom het letsel, kan wijzen op een Candida albicans schimmelinfectie).

Behandeling:

- Consulteer een deskundige
- Preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- Huid reinigen voordat antischimmelpreparaat wordt aangebracht
- 2 daags antischimmelpreparaat (dun), deze 2 minuten laten intrekken. *Gebruik miconazol niet samen met een oraal antistollings-middel. Dit 2 weken doorgebruiken nadat tekenen van infectie verdwenen zijn.*
- Gebruik barrièreproduct*

* Barrièreproduct: Proshield® of Aldanex®

Categorie 2A:

Ontvelling zonder klinische tekenen van infectie



Essentieel criterium

Ontvelling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kan het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren). De huidschade heeft een diffuus patroon.

Bijkomende criteria

- Aanhoudende roodheid. *Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker of donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.*
- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

Behandeling:

- Eén of meer preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- Gebruik barrièreproduct*, minimaal 3x daags, indien nodig vaker
- Raadpleeg bij twijfel een deskundige

* Barrièreproduct: Proshield® of Aldanex®

Categorie 2B:

Ontvelling met klinische tekenen van infectie



- Tekenen van Infectie. Zoals een witte schilfering van de huid (kan wijzen op een schimmelinfectie) of satelliet letsels (pustels rondom het letsel, kan wijzen op een Candida albicans schimmelinfectie), beslag aanwezig in het wondbed (geel/bruin/grijsig), groene verkleuring in het wondbed (kan wijzen op een bacteriële Infectie met Pseudomonas aeruginosa), overmatig exsudaat, etterige afscheiding (pus) of een glanzend aspect van het wondbed.

Essentieel criterium

• Ontvelling kan zich manifesteren als erosie van de huid (kon het gevolg zijn van beschadigde/open blaasjes of blaren). De huidschade heeft een diffuus patroon.

Bijkomende criteria

- Aanhoudende roodheid. *Verschillende tinten roodheid kunnen aanwezig zijn. Bij patiënten met een donkere huidskleur, kan de huid bleker of donkerder zijn dan normaal of paars van kleur zijn.*
- Afgetekende zones met een verkleurde huid afkomstig van eerdere (reeds genezen) huidletsels
- Glimmende huid
- Verweekte huid (maceratie)
- Intacte blaasjes of blaren
- De huid kan gespannen of gezwollen aanvoelen bij palpatie
- Branderigheid, tintelingen, jeuk of pijn

Behandeling:

- Consulteer een deskundige
- Preventieve maatregelen minimaal 3x daags
- Huid reinigen voordat antischimmelpreparaat wordt aangebracht. 2 daags antischimmelpreparaat (dun), deze 2 minuten laten intrekken. Gebruik miconazol niet samen met een oraal antistollingsmiddel. Dit 2 weken doorgebruiken nadat tekenen van infectie verdwenen zijn.
- Gebruik barrièreproduct*

RICHTLIJN SKIN TEARS

Een huidscheur is een traumatische wond veroorzaakt door mechanische krachten, inclusief het verwijderen van adhesives. Ernst kan variëren per diepte.
(De bijgewerkte 2018 ISTAP-definitie van een Skin tear)

Concreet betekent dit:

- De epidermis is los van de dermis
- Zowel epidermis als dermis zijn samen los van de onderliggende structuren

Skin tears kunnen op elk deel van het lichaam voorkomen, komen vooral voor op de extremiteiten zoals onderarmen, onderbenen en bovenkant handen. (LeBlanc en Baranoski, 2011).

Oorzaken

Over het algemeen worden skin tears veroorzaakt door een combinatie van de intrinsieke en extrinsieke risicofactoren.

Verhoogd risico

- Verminderde sensibiliteit
- Skin tears in het verleden
- Onderliggende vasculaire/cardiale en pulmonaire ziekte, dementie/verminderd cognitief vermogen
- Steroiden gebruik (onderliggend aan skin tears)

De veranderingen in de huid geassocieerd met veroudering

omvatten: (Moncrieff et al, 2015)

- Verdunning van de opperhuid en afvlakking van de opperhuid
- Verlies van collageen, elastine en glycosaminglycanen
- Atrofie en samentrekking van de lederhuid (waardoor rimpels en plooiën optreden)
- Verminderde activiteit van zweetklieren en talgklieren, waardoor de huid uitdroogt
- Verdunning van bloedvatwanden en een vermindering van de bloedtoevoer naar de extremiteiten (Wounds UK, 2012)
- Verhoogde huid LEP (lage echogene pixels), inclusief zonne elastose, chronologische veroudering maar ook fotoveroudering (Koyano et al, 2016).

Classificatie skin tears

(LeBlanc, K., Baranoski et al, *J Advances in Skin and Wound Care* June 2013)

CATEGORIE 1

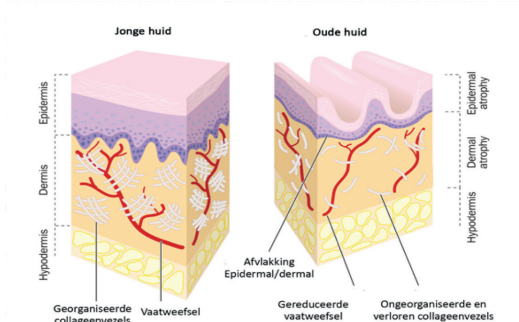
Geen weefselverlies

Lineaire of flapscheur waarbij de huidflap kan worden verplaatst om het wondbed te bedekken.



Behandeling

- Leg de huid zo snel mogelijk terug, binnen 12 uur. (NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtonden Wichers IM, Bouma M)
- Spoelen met zacht stromend, handwarm water
- Droogdeppen rond wond
- Wondranden tegen elkaar leggen of met twee pincetten of een gaasje de huidflap voorzichtig over het wondbed leggen
- Siliconen wondcontactlaag minimaal 2 cm over de Skin Tear aanbrengen. Deze minimaal 5 - 7 dagen laten zitten. Als secundair verband absorberend/schuimverband zonder border met elastisch zwachteltje vastzetten. Deze vervangen indien verzadigd.
- Markeer het verband met een pijl om de juiste richting van verwijdering aan te geven en zorg ervoor dat dit duidelijk wordt uitgelegd in de toelichting.
- Controleer de tetanus-immunisatiestatus, indien van toepassing



CATEGORIE 2

Gedeeltelijk flapverlies

De huidflap kan niet worden verplaatst om het gehele wondbed te bedekken.



Behandeling

- Zelfde behandeling als categorie 1, met een extra aandachtspunt
- Bij bloedverlies alginaat gebruiken (1e 3 dagen), dit werkt hemostatisch

CATEGORIE 3

Totaal flapverlies

Totaal verlies van huidflap dat het hele wondbed blootlegt



Behandeling

- Dit wordt behandeld als een acuut ulcus. De verbandkeuze is afhankelijk van de mate van productie van exsudaat en wondaspect.
- Oedeem: controleer eerst de vaatstatus → Zwachtel de onderste extremiteiten
- Zie hiervoor het TIME model voor complexe wondbehandeling
- Controleer de tetanus-immunisatiestatus, indien van toepassing

Preventieve maatregelen

- Geen scherpe kanten aan tafels, bedden en (rol)stoelen
- Kleding met lange mouwen, lange broeken, scheenbeschermers, dikke panty's
- onrustige bedlegerige cliënten: zwachtel armen en benen in met polstermateriaal
- Kort geknipte nagels van hulpverlener en cliënt
- Geen pols- en handsieraden dragen door hulpverlener en cliënt
- Tiltechnieken extra voorzichtig met de huid
- Opvullen en/of verwijderen van mogelijk gevaarlijke meubels of apparaten (bijv. Bedekken en rolstoelen)
- Valpreventieve maatregelen zoals goede verlichting, losse kledjes en obstakels weghalen, loophulpmiddelen en stevig schoeisel

Verzorging

- Huidinspectie
- Gebruik geen of huidvriendelijke niet uitdrogende zeep
- De huid voorzichtig insmeren met verzorgende, hydraterende crème
- Geen pleisters direct op de huid plakken
- Maak gebruik van aan- en uittrek hulp bij steunkousen en handschoenen met extra grip. Trek ze heel voorzichtig aan en uit
- Optimale vocht en voedingstoestand

Deze richtlijn is ontwikkeld in samenwerking met:



gelre ziekenhuizen

Sensire



SUTFENE



Telefonisch bestellen: 0800 - 6 226 226



- ✓ Onze medewerker klantenservice doorloopt met u het verantwoordingsformulier voor verbandhulpmiddelen, compressietherapie of negatieve druktherapie
- ✓ Geef vervolgens de artikelen en de aantallen door die u wilt bestellen
- ✓ De bestelling wordt de volgende dag in een neutrale verpakking bezorgd
- ✓ Een ander gewenst tijdstip of afleverplaats is mogelijk

Via onze **Zorgadvieslijn 0800 - 6 226 226** het telefoonnummer voor zorgprofessionals, kunt u aanmelden, bestellen en advies krijgen. Ook vragen over vergoedingen van materialen en alternatieven kunt u hier stellen.

Heeft u nog geen verantwoordingen in uw bezit?

Vraag deze dan tijdens uw bestelling aan bij de medewerker van onze klantenservice.

Online bestellen:



Eenvoudig en snel hulpmiddelen bestellen wanneer het u uitkomt? Dat kan via ons voorschrijfsysteem! Ga naar <https://wis.mediq.nl> en registreer eenmalig. Online bestellen kan al vanaf niveau 3.

Mediq is gecertificeerd volgens de kwaliteitsnorm ISO 9001: 2008 en erkend binnen de Erkenningsregeling Medisch Specialzaken

Wonden
sneller
genezen door
professionele
samenwerking

0800 - 6226 226 | www.mediq.nl

Periode 2020 - 2024