

# Verzorgingsprotocol diep dermale (2<sup>de</sup> graads) en subdermale (3<sup>de</sup> graads) brandwond

## *Klinische kenmerken:*

Diep dermale brandwond: Een dof en/of glanzend roze, wolkig aspect, positieve tot vertraagde capillaire refill en verminderde sensibilliteit

Subdermale brandwond: Een witgele tot bruinzwarte kleur, waarbij de necrose zich uitstrekt door alle huidlagen tot in de subcutis, negatieve capillaire refill want de kleur verandert niet bij druk, en geen sensibilliteit.

## *Doelgroep:*

Verpleegkundigen en verzorgenden

## *Doel:*

1. het voorkomen van wondinfecties
2. het reduceren van pijn

## *Wondverzorging:*

### **Vorbereiding:**

- De zorgvrager informeren over: het doel van de wondverzorging, de werkwijze tijdens de wondverzorging, het te gebruiken verbandmateriaal, het aspect van de wond en de eventuele onaangename aspecten van de wondverzorging, zoals: pijn, lekkage en geur.
- De eventuele voorgeschreven pijnstilling tijdig toedienen.
- Verzamel al het benodigde materiaal dat nodig is voor de wondverzorging.
- Indien mogelijk: kamertemperatuur verhogen om afkoeling van zowel de wond als de patiënt te beperken.
- Pas handhygiëne toe, volgens eigen ziekenhuis richtlijnen.
- Trek beschermende kleding aan; onsteriele overjas, mondmasker, muts en onsteriele handschoenen.
- Installeer de zorgvrager in de juiste houding.
- Let op dat bij het openen, klaarleggen of aanreiken van steriel materiaal; het steriele materiaal niet in aanraking komt met onsteriele materialen.
- Meet de pijn vooraf aan de wondverzorging (Visual Analogue Scale)
- Draag zorg voor een goede wondrapportage ( indien mogelijk: foto's maken)

### **Verzorging:**

- De frequentie van de wondverzorging laten afhangen van het materiaal en exsudaat productie.
- Oude verbanden los knippen en verwijderen (vuil verband direct in afvalzak deponeren); dit is afhankelijk van gebruikt wondmateriaal. Sommige producten moeten en/of kunnen langer dan 1 dag blijven zitten.
- Kraan voor gebruik eerst een halve minuut laten doorstromen i.v.m. aanwezigheid bacteriën.
- Wond schoonmaken met lauw stromend water. Indien verzorging in bad plaatsvindt, de wonden aan het einde van de badbeurt naspoelen.
- Fysiotherapie tijdens verzorging inschakelen om te oefenen (zonder verband is oefenen vaak makkelijker)
- Waterstraal (douche) niet rechtstreeks op de wond richten i.v.m. pijn.
- Wonden grondig reinigen met bij voorkeur een non woven gaas ( mag onsteriel), wonden deppend reinigen en niet teveel wrijven ( kan nieuwe epitheelcellen beschadigen)
- Loszittende vellen verwijderen met steriele pincet en steriele schaar.

- Indien nodig wondkweken afnemen op indicatie van de arts (aanbevolen is minimaal 1 keer per week)
- Per lichaamsdeel en/of per wond nieuwe handschoenen aantrekken.
- Steriele handschoenen aantrekken bij het inpakken van de wonden.
- Wonden droogdeppen met steriele gazen voordat nieuw wondproduct wordt aangebracht.
- Wonden met veel exsudaat productie verbinden met een absorberend verband over de gekozen wondbedekker.
- Wonden functioneel verbinden, zodat zorgvrager mobiel blijft en ledematen kan blijven bewegen.
- Tijdens wondverzorging de pijn meten ( procedurele pijn)

#### **Nazorg:**

- Noteer de naam van de zorgvrager en datum op de tube, crèmepot of zalf, tenzij zorgvrager gebonden materiaal gebruikt wordt.
- Na de wondverzorging materialen opruimen, gebruikte ruimte schoonmaken en het eventuele bad desinfecteren.
- Handen na afloop van de wondverzorging inwrijven met handalcohol.
- Eventuele verschijnselen zoals pijn, koorts, zwelling observeren en met afwijkingen zoals pus, exsudaat en roodheid melden aan de arts en noteren in het verpleegdossier.
- Meet de pijn na de wondverzorging ( VAS)
- Evalueer de gehele procedure met de zorgvrager.

#### **Aandachtspunten:**

1. Blaren in functionele gebieden aspireren (leegzuigen d.m.v. spuit en naald) de blaarkap wel laten zitten. Let op: bij bepaalde wondproducten is het echter noodzakelijk om blaren te verwijderen, dit alleen op voorschrift van de behandelend arts.
2. Geen overige zorgactiviteiten rondom de zorgvrager tijdens de wondverzorging ( bedden opmaken of kamer reinigen) dit om contaminatie van de wonden met bacteriën te voorkomen.
3. Beschouw alles wat van de zorgvrager afkomstig is als vuil materiaal.
4. Pijnmeting en registratie is essentieel om een adequate pijnstilling te kunnen geven.
5. Jeukbestrijding: laat de zorgvrager koele los kleding dragen, genezen huid vet houden en eventueel op voorschrift van de arts jeukmedicatie toedienen.
6. Draag zorg voor optimale voeding ( diëtist inschakelen) Zorgvragers met brandwonden hebben een verhoogde behoefte aan calorieën en eiwitten.
7. Observeer de zorgvrager ook op het gebied van psychosociale problematiek en schakel indien nodig hulp in.
8. Let op: tetanusprofylaxe ( op voorschrift van de arts)
9. Kinderen: attentie op de mogelijkheid van kindermishandeling.
10. Zorgvrager voorbereiden op de mogelijkheid van een eventuele huidtransplantatie.
11. Zorgvrager informeren over het ontstaan van littekens ( deze typen brandwonden geven eigenlijk altijd littekens, ongeacht een operatie of niet)
12. Bij circulaire verbrandingen controle op ontstaan compartiment syndroom. Waarschuw direct een arts.

Dit protocol is opgesteld door de brandwondencommissie van het WCS in samenwerking met de Nederlandse Brandwonden Stichting en de Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland.

#### **Disclaimer**

Ondanks de zorgvuldigheid die bij de samenstelling van dit protocol is betracht, draagt de auteur van dit protocol geen enkele verantwoordelijkheid en/of aansprakelijkheid voor schade die direct of indirect het gevolg is van de inhoud, het gebruik en de interpretatie van dit protocol. Raadpleeg zonodig de arts en/of uw leidinggevende.