

Kommentar und Erratum

Zu: Karte Nr. 369 Pflorgetechniken

In: I care Lernkarten Pflege Grundlagen, Pflorgetechniken und therapeutische Pflegeaufgaben

Ergänzende und aktualisierte Informationen zur Wundreinigung

Häufig wird in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen nach der Reinigungsrichtung von Wunden unterschiedlicher Art gefragt. Dabei wird meist unterschieden in aseptische (und kontaminierte) und septische bzw. infizierte Wunden. Aseptische Wunden werden mit einer Wischrichtung von innen nach außen gereinigt, septische Wunden von außen nach innen (s. Karte 369).

In der modernen Wundtherapie werden häufig die Begriffe aseptisch und septisch ersetzt. So wird u.a. zwischen **primär heilenden** (z.B. OP-Wunde ohne Entzündungszeichen) und **sekundär heilenden Wunden** (z.B. Phlegmone mit Entzündungszeichen) unterschieden.

Zusätzlich empfiehlt die moderne Wundtherapie, unabhängig davon, ob eine primär- oder sekundär heilende Wunde vorliegt, (abweichend von der derzeit gelehrtten Praxis, s.o.) **immer eine aseptische Wundreinigung**. Dies erfolgt mittels Non-Touch-Technik, bei der stets von „innen nach außen“ gewischt wird.

Begründung: Ziel der Wundreinigung ist es, die Anzahl der Keime in der Wunde zu reduzieren. Dementsprechend gilt es, keine zusätzlichen Hautkeime durch eine ehemals „septische Wischtechnik“ (von außen nach innen) in die Wunde einzubringen. Die Wundreinigung muss grundsätzlich durch Wischen und nicht durch Tupfen erfolgen. Pro Wischgang muss immer ein neuer steriler Tupfer oder eine neue sterile Kompresse verwendet werden. Primär heilende Wunden sollten immer vor sekundär heilenden Wunden versorgt werden.

Hinweis: Aktuell gibt es keine evidenzbasierten Studien zu Auswirkungen der Wischtechnik auf die Wundheilung.

Quellen:

Protz K. Wundmanagement. In: I care – Pflege. Thieme; 2020

<https://www.molnycke.de/unsere-expertise/expertenwissen-moderne-wund-versorgung/hygienische-aspekte-beim-verbandwechsel/>

<https://www.safw.ch/index.php/service/fragen-der-mitglieder-antworten-vom-vorstand>



29. Wundmanagement

6. Wunden lassen sich nach Entstehungsursache und nach Grad der Keimbeseidlung einteilen. Erläutern Sie folgende Wundarten, die etwas über den **Kontaminationsgrad der Wunde** aussagen:

- a) Aseptische Wunden
- b) Kontaminierte Wunden
- c) Kolonisierte Wunden
- d) Septische Wunden

7. Das Ausmaß der Keimbeseidlung einer Wunde ist wesentlich für die anschließende Wundversorgung. Beschreiben Sie die **Wischrichtung** für:

- a) eine aseptische Wunde.
- b) eine septische Wunde.



6. a) Aseptische Wunden:

Entstehen meist durch Operationen. Sind fast keimfrei und zeigen keine Entzündungszeichen. Auch frische Verletzungen (nicht älter als 4 – 6 Stunden) können dazu zählen, wenn die Wundränder glatt durchtrennt sind und dicht beieinander liegen. Sie können durch Klammern, Nähte, Kleber oder Plastikstreifen verschlossen werden und heilen unkompliziert ab (primäre Wundheilung).

6. b) Kontaminierte Wunden:

Wunden sind z. B. von Bakterien besiedelt, die sich jedoch nicht vermehren, solange die körpereigene Immunabwehr intakt ist. Keine Entzündungszeichen. Diese Wunden werden offen behandelt (sekundäre Wundheilung; z. B. chronische Wunden wie Dekubitus).

6. c) Kolonisierte Wunden:

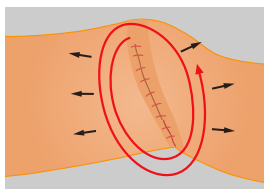
Besiedelung der Wunden durch vermehrungsfähige Bakterien, aber kein nachhaltiger Einfluss auf Wundheilung. Keine Entzündungszeichen sichtbar.

6. d) Infizierte Wunden:

Bakterielles Wachstum in den Wunden, typische Entzündungszeichen durch Keimbesiedelung: Rötung (rubor), Schwellung (tumor), Wärme (calor), Schmerzen (dolor), Funktionseinschränkung (functio laesa). Wunde sondert ein trübes, eitriges Exsudat ab und riecht unangenehm.

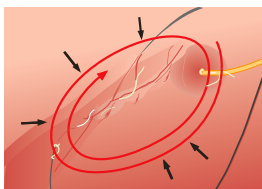
7. Wischrichtung bei Wundversorgung:

a) Aseptische Wunde



Grafik nach: Köther. Altenpflege.
Thieme; 2016

b) Septische Wunde



Grafik nach: Köther. Altenpflege.
Thieme; 2016