

Postoperative Pflege

Übernahme von PatientInnen nach einer OP aus dem Aufwachraum

MEDCLINQ Anästhesieprotokoll 2018 * Konsolidiert Version 3.01 DGA 19833734 - 82

Patienteninformationen

Präoperativer Zustand

Diagnose

Eingriff

Checkliste für die Station

Medikation/Medikament/Dosis/Applikation

Unterlagen

Informationen

Unterschrift

Übernahme von PatientInnen aus dem Aufwachraum:

- Dokumentationen entgegennehmen
u.a. Anästhesieprotokoll, ...
- Informationen über die OP
Ablauf/ Komplikationen/ Abweichungen/ ...
- Informationen über aktuellen Patientenzustand
Vitalzeichen/ Bewusstsein/ ...
- Informationen postoperativer Versorgung
Prämedikation/ Mobilisation/ Nahrungskarenz/ ...

STANDARD-PFLEGEPLAN – POSTOPERATIVE PFLEGE – CHRONOLOGISCHER ABLAUF

Per-operative Phase → Vorbereitungen auf der Station während der Operation

- Zimmer für die Rückkehr des Pat. vorbereiten
Zimmer lüften; Infusionsständer, wenn nötig weitere Apparaturen; Zellstoff und Nierenschale (Gefahr des Erbrechens); Klingel

Die direkte post-operative Phase – von der Intensivstation/ Aufwachraum → Präoperative Pflege auf Station

<p>Übernahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anästhesieblatt entgegennehmen • Informationen über die OP einholen (nach Komplikationen/ Abweichungen) fragen 	
<p>Pat. auf Station/ Zimmer fahren – Erstversorgung im Zimmer (am OP-Tag):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck), des Bewusstseinszustandes, der Wunde • Patientenlagerung bei eingetrübtem Bewusstsein: flache Rückenlage mit Kopf seitlich Patientenlagerung bei vorhandenem Bewusstsein: Kopfende erhöhen zur besseren Atmung und wegen Gefahr des Erbrechens • Kontrolle von Zuleitungen (Infusionen, Perfusoren) und Ableitungen (Drainagen) • Bereitstellen von Nierenschale und Zellstoff, Klingel in Reichweite • Information des Patienten über: Mobilisation/ Sturzgefahr (nicht alleine aufstehen); über Drainagen (Schläuche) nicht abknicken • Auffordern sich bei Schmerzen, Blutungen, Fragen zu melden • Ärztliche Anweisungen ausführen (Infusion, Schmerzmittelgabe, ...) 	<p>Aspirationsgefahr</p> <p>Sturzgefahr Akuter Schmerz</p>
<p>Weitere Versorgung des Pat. im Zimmer (am OP-Tag):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck) überwachen jede $\frac{1}{2}$ - 1-2-4...Stunden • Kontrolle von Wundverband und ggf. Redonflasche (Gefahr der Blutung) • Kontrolle von Temperatur (ca. alle 4 Stunden); Schmerzen; Diurese • Nahrungskarenz je nach Operation (Darmperistaltik \downarrow + Schluckreflex \downarrow, Gefahr von Brechreiz + Erbrechen) • Für Ruhe sorgen – Nachwirkung der Narkose – Pat. schlafen lassen • Im Laufe des Tages: OP-Kittel ausziehen; leichte Erfrischung des Körpers anbieten; Mundausspülen bei Mundtrockenheit • Am Abend: evtl. Mobilisation z.B. auf Toilette gehen, wenn Vitalzeichen okay, Info und Hilfe bei Zu- u. Ableitungen • Kontrolle: erste Miktion muss innerhalb von 8-12 Stunden erfolgen – Anurie ausschließen 	<p>Blutungsgefahr</p> <p>Infektion/ Schmerz</p> <p>Aspirationsgefahr</p> <p>Thrombosegefahr</p> <p>Anuriegefahr</p>

1. post-operativer Tag
<ul style="list-style-type: none"> • Für Ruhe sorgen: Nachwirkungen der OP u. Narkose; Angst, wenig Schlaf, Schmerzen, Zu- und Ableitungen, ungewohnte Lagerung, ... • Überwachung: Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Temperatur), Bewusstsein, Schmerzen, Blutung, Entzündung, ... • Lagerung bei Bettlägerigkeit auf Grund von Bewusstsein, Schmerzen, Schwäche, Zu- und Ableitungen, ... Mobilisation (je nach Operation u. Patientenzustand) → vorher Vitalzeichenkontrolle, Aufsicht von Pflegepersonal z.B. im Sessel sitzen beim Betten machen, zur Toilette gehen, ... • Ernährung: je nach Operation und Patientenzustand – Übergang zu normalem Essen; Essen wird im Bett oder am Tisch eingenommen • Körperpflege: Übernahme oder Unterstützung bei der Körperpflege im Bett oder am Waschbecken: Beachtung von Schmerzen, Kraftlosigkeit, Bewegungseinschränkungen, Zu- und Ableitungen, Schläuche (Infusion, Redon, DK, ...) • Ausscheidung: Urin und Stuhlgang (einsetzen der Darmperistaltik: Gase, Darmgeräusche, oder schon Defäkation) • Atmung: tiefes Ein- und Ausatmen, bei Verschleimung aushusten, Hustentechnik: Gegendruck auf Wunde ausüben wegen Schmerzen • Psyche: dem Klienten zuhören, achten auf nicht-verbale Sprache, z.B. nicht beseitigte Ängste • Medikation: Schmerzmedikation, ggf. präventive Verabreichung von Antikoagulantien (Arztanordnung!) • Wunde: Kontrolle des Wundverbandes/ Verbandswechsel, Ableitungen ggf. Redonflasche wechseln – Arztinfo und Dokumentation • Komplikationen: insbesondere Thrombose, Pneumonie, ...

2. post-operativer Tag
<ul style="list-style-type: none"> • Patient erholt sich von der Operation – weniger Schmerzen, schläft wieder besser, Pat. hat sich an die Schläuche gewöhnt • Körperpflege am Waschbecken, ggf. duschen wenn möglich (wenn keine Drainagen, wasserabdeckende Wundabdeckung möglich) • Routinekontrolle der Vitalzeichen • Nahrungsaufbau bzw. normales Essen – je nach Operation und Patientenzustand • Mobilisation – je nach Operation und Patientenzustand → Anregung der Darmperistaltik • Atemübungen – je nach Operation und Patientenzustand → Pneumonieprophylaxe

3.-4. post-operativer Tag/ Entlassung
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle Stuhlentleerung – hat die Stuhlentleerung noch nicht eingesetzt, Verabreichung eines Abführmittels nach Arztverordnung • Verbandwechsel – Kontrolle Entzündungszeichen: Rötung/ Überwärmung/ Schmerz/ Schwellung/ Bewegungseinschränkung • Entlassung – je nach Operation und Patientenzustand → Informationen zur Nachsorge: Schonung, Entfernung von Fäden, ...

Postoperative Komplikationen

- Bewusstseinseintrübung



- Übelkeit und Erbrechen



- Schmerzen



- Blutdruckabfall



- Blutungen



→ Komplikationen sind der examinierten Fachkraft/ Arzt unverzüglich weiterzugeben!

Postoperative Beobachtungskriterien

Aufgabe: Erläutern Sie WAS und WARUM Sie die folgenden Parameter bei PatientInnen post OP überwachen

Parameter	WAS	WARUM → Begründung
Blutdruck u. Puls		
Atmung		
Temperatur		
Bewusstsein		
Ausfuhr		
Wundverband		
Sensibilität u. Motorik		
Schmerz		

→ Auffälligkeiten sind der examinierten Fachkraft/ Arzt unverzüglich weiterzugeben!

Postoperative Pflege

Interventionen: Frühmobilisation/ Kostaufbau/ Drainagesysteme insb. DK

Frühmobilisation: Mobilisation eines Patienten innerhalb der ersten 72 Stunden nach einem plötzlich auftretenden bewegungseinschränkendem Ereignis z.B. OP

Passive Mobilisation: Lagerung des Patienten im Bett z.B. 30° rechts mit 30° Oberkörper aufgerichtet.

Aktive Mobilisation: Positionswechsel z.B. vom Bett an die Bettkante

Vorteile der Frühmobilisation nach Operation:

- Reduzierung der Immobilität und dadurch Einsparung bzw. Verkürzung anderer Prophylaxen z.B. Thromboseprophylaxe, Pneumonieprophylaxe, Kontrakturprophylaxe, Obstipationsprophylaxe
- Anregung des Herz-Kreislaufsystem
- Sekretmobilisation

Kontraindikationen

- Eine Frühmobilisation ist kontraindiziert, wenn der Patient nicht adäquat gelagert werden kann, z.B. selbst die 30°-Seitenlage ausgeschlossen ist, u.a. bei instabiler Wirbelsäulenfrakturen, offenen Brüchen.



Kostaufbau: Nahrungskarenz je nach Operation: • Darmperistaltik ↓

• Schluckreflex ↓

• Gefahr von Brechreiz + Erbrechen

Kostaufbau bedeutet, dass die Trinkmenge sowie die Nahrungsmenge und -art langsam gesteigert werden.

Von anfänglicher Flüssigkost wird der Patient schrittweise wieder an die normale Vollkost gewöhnt.

Ein schrittweise durchgeführter Kostaufbau dient dazu, den Körper nach einer Operation mit allen Nährstoffen zu versorgen, ihn gleichzeitig aber nicht mit schwer verdaulicher Nahrung zu belasten.

Bei bestimmten Operationen, beispielsweise im Bauchraum oder insbesondere am Magen oder Darm, muss der Kostaufbau sehr vorsichtiger erfolgen.

Aufgabe: Stellen Sie sich vor, Sie dürften einen Tag lang nicht trinken.
Nennen Sie Maßnahmen um die Mundtrockenheit zu lindern.

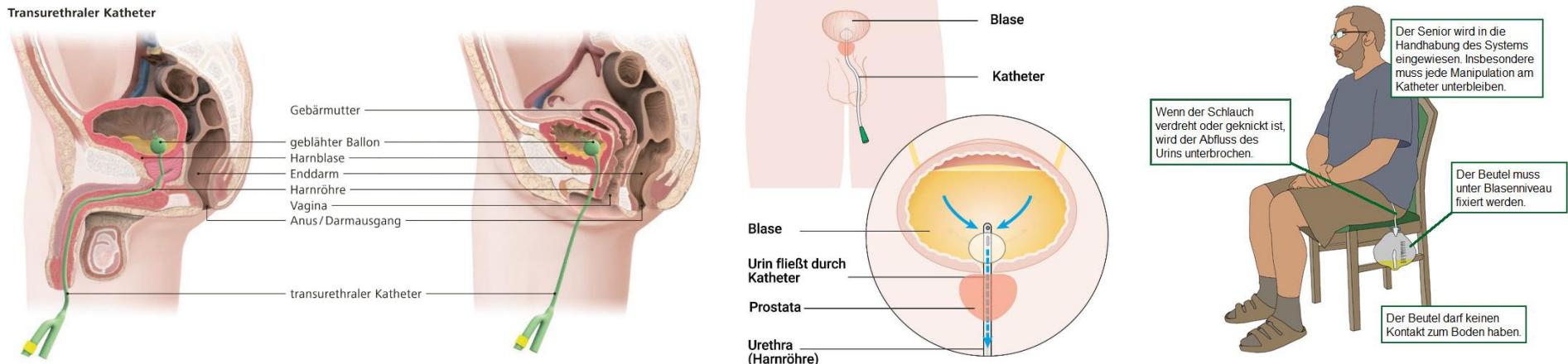


Drainagen: Das Wort „Drainage“ kommt aus dem Englischen („to drain“) und bedeutet *ableiten* oder *trockenlegen*. „Wunddrainagen sollen vorübergehend Blut und Wundsekret nach außen ableiten. Sie werden meist nach invasiven Eingriffen oder Verletzungen angelegt, um die Wundheilung zu fördern oder Komplikationen zu vermeiden.“ Es wird zwischen **aktiven** (Flüssigkeit wird mittels Sog abgeleitet) und **passiven** Drainagen (Flüssigkeit wird mittels Schwerkraft abgeleitet) unterschieden. (I care Pflege, S. 657)

Redon-Drainage	Easy-Flow-Drainage	Ziel-Drainage
Die Redon-Drainage wird vorzugsweise in das Unterhautfettgewebe platziert. Es handelt sich um eine geschlossene Saugdrainage , die einen unkontrollierten Sog ausübt. So wird beispielsweise einem Hämatom vorgebeugt. Wichtig: Redon-Drainagen werden nie intraabdominell eingelegt, da durch die Sogwirkung eine große Verletzungsgefahr der inneren Organe besteht.	Die Easy-Flow-Drainage zählt zu den passiven Drainagen. Sie wird vorzugsweise nach abdominellen Eingriffen im OP-Gebiet eingelegt, um Wundflüssigkeit nach außen abzuleiten. Der elastische Gummischlauch wird in einen aufgeklebten Auffangbeutel abgeleitet und mit einer Naht an der Haut befestigt. Der Beutel wird i.d.R. einmal in 24h zur Bilanzierung geleert.	Eine Zieldrainage wird beispielsweise nach einer Cholezystektomie eingelegt. Wie der Name schon vermuten lässt, liegt das Ende der Drainage direkt am OP-Gebiet und leitet das entstehende Sekret in ein Auffangsystem ab. Vom Prinzip ist diese Drainage dem Easy-Flow ähnlich.

Aufgabe: Umgang mit Drainagen		
zu beachten: Transport OP-Station	zu beachten: am Bett auf Station	zu beachten: bei der Mobilisation

Urin-Dauerkatheter



Bei einem Blasenkatheter handelt es sich um einen Kunststoffschlauch, der der Harngewinnung bzw. -ableitung dient.

Der Harn kann hierbei entweder über die Harnröhre (transurethral) oder die Bauchdecke (suprapubisch) abgeleitet werden.

Indikationen sind:

- diagnostisch: z.B. Bilanzierung, mikrobiologische Harnuntersuchung
- therapeutisch: Harnentleerungsstörungen z.B. bei Prostataadenom, Inkontinenz, postoperativ

Wichtig:

- Intimpflege wie gelernt durchführen.
- Verkrustungen am Katheter sanft mit dem Einmalwaschlappen lösen.
- Wischrichtung: von der Harnröhre weg waschen → Keimverschleppung vermeiden
- Zug auf den Katheter vermeiden.
- Wichtig beim Mann: Vorhaut wieder vorziehen.

Postoperative Pflege

Pflege von somnolenten/ narkotisierten/ bewusstseinsgetrübten PatientInnen

Quantitative Bewusstseinsstörungen: Bewusstseinsverminderungen, da sie sich auf den Wachheitsgrad (\rightarrow **Vigilanz**) auswirken.

Benommenheit:

- Denken und handeln sind deutlich verlangsamt; die Orientierungsfähigkeit ist herabgesetzt oder eingeschränkt; geringe spontane sprachliche Äußerungen; langsames Denken; reduzierte Auffassungsgabe.
- Weckbar: leicht durch Ansprache oder Anfassen.

Somnolenz:

- Beständige Schläfrigkeit oder Schlafneigung; keine spontanen sprachlichen Äußerungen, ggf. unverständliches Murmeln; herabgesetzte Konzentration u. Aufmerksamkeit; Reflexe sind erhalten.
- Weckbar: durch einfache Weckreize.

Sopor:

- Schlafgleicher Zustand; nicht mehr orientiert; keine sprachlichen Äußerungen; Reflexe sind erhalten.
- Weckbar: nur mit Mühe und Anwendung starker Reize etwa Schmerzreize.

Koma:

- Höchster Grad der Bewusstseinsverminderung; keine Abwehrbewegungen; Reflexausfälle.
- Weckbar: nein

Postoperatives Delir

Link zum Filmbeitrag Narkose und Delir: <https://www.planet-wissen.de/video-narkose--risiko-fuer-alte-menschen-100.html>

Fakten zum postoperativen Delir (Delir → "aus der Spur geraten"):

- Ein Delir = schwere Funktionsstörung des Gehirns – Vergleichbar mit einem anhaltenden intensiven Albtraum.
- Nach einer Operation unter Narkose leiden etwa 5-15% aller Patienten an einem sogenannten postoperativen Delir.
- Bei den **über 60-jährigen Patienten** nach einer Operation unter Narkose sind es sogar **30-40%**.
Denn, je älter Menschen sind, desto eher wirken sich Eingriffe im Krankenhaus negativ aufs Gehirn aus - und somit auch auf das Gedächtnis. Durch Alterung lässt die Fähigkeit des Gehirns nach, auf Störungen zu reagieren und sie auszugleichen. Nach einer Operation unter Narkose ist das Gehirn älterer Patienten dann schnell überfordert.
- Ein Delir kann auftreten/ sich entwickeln:
 - direkt nach dem Erwachen aus der Narkose
 - innerhalb der ersten Stunden nach einer Operation unter Narkose
 - erst einige Tage nach einer Operation unter Narkose
- Gestört sind bei einem Delir zum Beispiel:
 - Bewusstsein, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Denken und Gedächtnis
 - Psychomotorik und Emotionalität
 - Schlaf-Wach-Rhythmus
- In vielen Fällen handelt es sich bei einem postoperativen Delir um eine vorübergehende Störung ohne Spätfolgen. Etwa 40 % der Betroffenen sind jedoch auch ein Jahr nach dem Ereignis in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Ein Delir kann die Entwicklung von Demenzerkrankungen fördern oder eine Demenz deutlich verstärken.



Risikofaktoren für die Entwicklung eines postoperativen Delirs:

- Alter des Patienten sowie männliches Geschlecht
- vorbestehende kognitive Defizite
- Vorerkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck
- Flüssigkeitsdefizite
- Ein besonders hohes Risiko für das Auftreten eines Delirs besteht nach großen Operationen mit langer Narkose, z.B. nach OP am Herzen oder nach OP bei Oberschenkelhalsbrüchen.

Bis zu 80% der Patienten, die auf einer Intensivstation liegen und beatmet werden, leiden an einem Delir.

Ursachen für ein postoperatives Delir:

- Die genauen Ursachen für die Entstehung eines postoperativen Delirs sind noch nicht abschließend geklärt.
- Fest steht, dass es sich um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren handelt → multifaktorielle Ursachen.
- Das Alter des Patienten spielt eine große Rolle → Delirentwicklung bei 30-40% der über 60-jährigen Patienten.
- Bestimmte Medikamente spielen eine Rolle → Medikamente, die in das Bewusstsein eingreifen und den Antrieb dämpfen.

Behandlung eines postoperativen Delirs:

Frühzeitiges Erkennen: • Überprüfung des Orientierungsvermögens mit einfachen Fragen zu Zeit, Ort und Person

Reorientierung geben: • Immer wieder den Ort deutlich benennen.

 • Patienten persönlich mit Namen ansprechen.

 • Dinge wie Brille, Hörgerät und Gebiss sofort nach der Operation zurückgeben.

Mobilisation: • Pat. erlebt den eigenen Körper; Kreislauf anregen; Muskeln stärken.

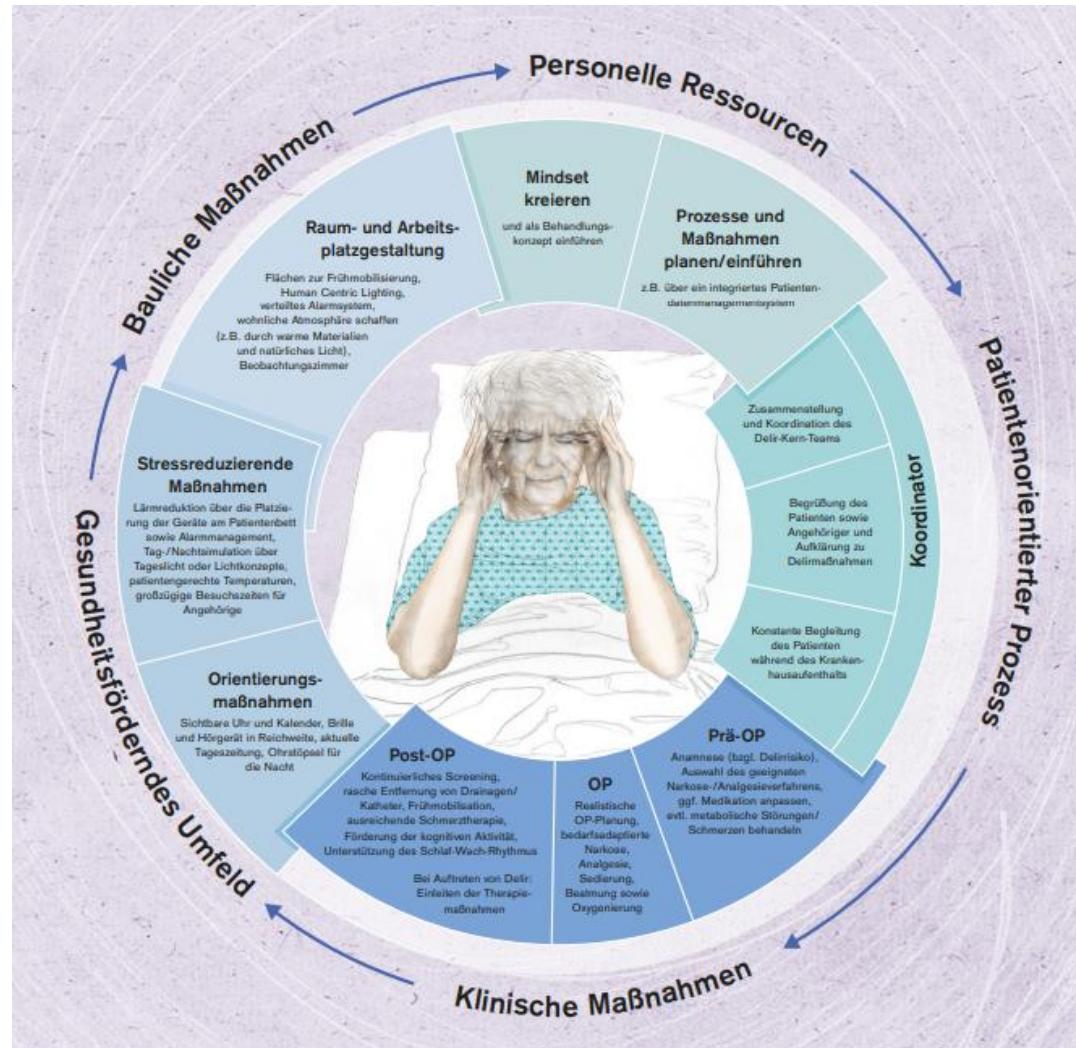
Sicherheit geben: • Angehörige aktiv einbeziehen.

 • Familienfotos, Kalender und eine Uhr am Bett sind oft hilfreich.

Gehirn aktivieren: • Gedächtnistraining

Delir vermeiden – Delir-Prophylaxe:

- Ein Delir ist eine klassische Organdysfunktion und stellt somit einen **medizinischen Notfall** dar!
- Eine Prävention/ Risikosenkung ist möglich bei Beachtung bestimmter Strukturen, Maßnahmen und Vorgehensweisen!



Quelle: <https://www.draeger.com/Library/Content/delir-wp-DMC-100989-de.pdf> (11.2021)