

# Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Mai 2016

## ► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

viel Spaß beim Lesen dieses Newsletters und einen sonnigen Mai wünschen Peter Nydahl und Susanne Krotsetis

### **Einflussgrößen auf eine hämodynamische Instabilität während des Wechsels von Noradrenalin-Perfusoren**

Cour et al. (2016) untersuchten in einer prospektiven Beobachtungsstudie ein Jahr lang n=118 PatientInnen einer Intensivstation hinsichtlich der Einflussgrößen einer auftretenden hämodynamischen Instabilität (starkes ab- ansteigen des MAP) während eines Perfusorspritzenwechsels von Noradrenalin, die aufgrund eines septischen, kardiogenen, hämorrhagischen oder anderen Schockgeschehens mit diesem Wirkstoff behandelt wurden. Diese induzierte Instabilität wurde bei einer Varianz des gemessenen mittleren arteriellen Druckes (MAP) >25 % festgelegt (bei den PatientInnen wurde ein MAP Zielwert von 70 mmHg angestrebt). Es konnten n=764 Perfusorwechsel aufgenommen und analysiert werden. Konzentrations- und Laufgeschwindigkeit des Medikamentes, welches separat an einem Lumen des zentralvenösen Katheters infundiert wurde, oblag der ärztlichen Anordnung und betrug: 0.17, 0.33, 0.50, 0.67, 0.83 und 1 mg/ml. Die Laufgeschwindigkeit betrug 2-10 ml/h. Pflegekräfte wechselten die Perfusorspritze, bevor die Spritze zu Ende war, um die Laufrate nicht zu unterbrechen. Unter Berücksichtigung von Faktoren wie: Alter, Herzfrequenz, Art des Schocks, Schweregrad der Erkrankung, Dosierung und Konzentration des Noradrenalins, war die Konzentration des Medikamentes der einzige unabhängige Risikofaktor für eine ausgelöste instabile hämodynamische Situation (p < 0,001). **Kommentar:** *Wie auch die in der Praxis erworbene Erfahrung zeigt, nehmen die Forscher an, dass ein sogenannter überlappender Wechsel weniger Boli oder eine verlängerte Nicht-Zufuhr, mit der Konsequenz eines stark absteigenden MAP, generiert. Allerdings weisen die Forscher daraufhin, dass auch dieses Vorgehen zeitnah und nicht abrupt erfolgen sollte. Wichtig an dem Ergebnis der Studie ist aber, dass nicht die Art oder Schwere der Erkrankung des Patienten Einfluss bei dem Wechsel des Noradrenalin haben, sondern der Zeitpunkt (bevor Perfusorspritze leer) sowie das Handling (schnell und ohne unbeabsichtigte Boligabe) haben.* (SK).

Quelle: Cour, M. et al. (2016). Predictors of haemodynamic instability during the changeover of norepinephrine infusion pumps. Intensive Care. 6:38.

### **Zeitpunkt der ersten Defäkation - Einflussparameter und Outcome bei kritisch Kranken**

Ein Thema, zu dem sich Pflegende im Alltag Gedanken machen, ist das Zeitintervall der ersten Darmentleerung von kritisch Kranken nach Aufnahme. Wann muss es sein? Tag 3, 5, 7? Hat es überhaupt einen Einfluss auf das Outcome der PatientInnen? Fukuda et al. (2016) untersuchten diese Frage in einer retrospektiven Beobachtungsstudie mit n=283 PatientInnen, die ≥ 7 Tage auf einer Intensivstation aufgenommen waren. Die Kohorte war eingeteilt in: erster Stuhlgang (< 6 Tage; n= 186) und Stuhlgang ≥ 6 Tage (n= 96). Es wurden weiterhin Veränderungen von klinischen Variablen vom Aufnahmetag bis Tag 7 untersucht. Outcomes waren Mortalität, Länge des Aufenthaltes auf der Intensivstation und Beatmungsdauer. Ein später Beginn der enteralen Ernährung (p < 0,001), Gabe von Sedativa (p < 0,001) und eine OP (p < 0,047) waren unabhängige Risikofaktoren für eine späte Defäkation. Es konnte ein erhöhte Körpertemperatur (0,3 [-0,4 -1,0] vs. 0,7 [0,1 -1,5] o C p = 0,004), ein erhöhter CRP Level ( 1,6 [-0,5 -6,6] vs. 3,5 [0, -8,5] mg/dL; p = 0.035) (1,6 [-0,5 - 6.6] vs. 3.5 [und ein verschlechterter SOFA Score (-1 [-2 -1] vs. 0[- 1-2]; p 0 0,008) (-1 [-2 - 1] vs. 0 [-1 - 2]; in der Gruppe mit der späteren Darmentleerung festgestellt werden. Weiterhin waren diese PatientInnen signifikant länger auf der Intensivstation (12 [9 - 19] vs.16 [10.23] Tage; p = 0,021), während die ITS Mortalität und Beatmungsdauer in beiden Gruppen ähnlich waren. **Kommentar:** *Dass späte enterale Ernährung, Gabe von Sedativa und auch ein operatives Verfahren mit der Gabe von Sedativa und Opiaten einen Einfluss auf den Zeitpunkt einer Defäkation haben, haben wir vielleicht schon geahnt. Diese Arbeit weist aber nach, dass wichtige Outcomeparameter wie die Schwere der Erkrankung/ Erkrankungsverlauf auf der Intensivstation sowie die Dauer des Aufenthaltes unter anderem durch den Zeitpunkt der Defäkation beeinflusst werden können. Vielleicht helfen diese Ergebnisse, unsere Sicht auf einen eher „ungeliebten“ Aspekt unserer Arbeit zu überdenken und eine zeitnahe (< 6 Tage) Defäkation der PatientInnen zu unterstützen.* (SK).

Quelle: Fukuda, S. et al. (2016). Risk factors for late defecation and its association with the outcomes of critically ill patients: a retrospective observational study. Journal of Intensive Care. 4:33 DOI: 10.1186/s40560-016-0156-1

## Wie erleben Patienten ein Delir?

Bislang existieren nur wenige Studien, die das Erleben eines Delirs von Intensivpatienten untersuchten. Darbyshire et al. (2016) aus England haben frühere Interviews von 40 Intensivpatienten im Hinblick auf deren Erleben des Delirs neu analysiert. Im Ergebnis beschrieben sie ihr Leben auf der Intensivstation wie auf einer Schwelle. Die Realität wurde am Rande des Bewusstseins unsicher wahrgenommen, der Verlust an Autonomie in einer unbekanntem Umgebung führte dazu, dass Patienten Erklärungen hierfür suchten, die aber kaum einen Bezug zu den Fakten hatten. Realität, Träume und Halluzinationen wurden vermischt und konnten nicht mehr unterschieden werden: „Ich dachte, ich wäre in einem Rettungsflugzeug und die medizinische Stewardess kümmerte sich um mich“; „Ich konnte mich nicht bewegen, ich konnte die Schnüre spüren und ich dachte, ich wurde gekidnappt“; „Ich sah mich um, und alle lagen im Sterben, und da wusste ich, dass ich auch sterben würde.“ Die Autoren schlussfolgern, dass das Erleben des Delirs unbemerkt bleiben kann und dass wiederholte, re-orientierende Informationen den Patienten helfen und die Nebenwirkungen des Delirs vermeiden können. **Kommentar:** *obwohl es sich um eine Sekundäranalyse handelt, geben die Interviews einen Einblick in das Erleben deliranter Patienten. Die Rate an Delir-Screenings nimmt am UKSH zu, wichtig scheint hier auch die regelmäßige, aktive Frage nach Halluzinationen und der Verwechslung von Traum und Wirklichkeit zu sein, um Patienten dann re-orientieren zu können. (PN).*

Quelle: Darbyshire JL, Greig PR, Vollam S, Young JD, Hinton L. „I Can Remember Sort of Vivid People...but to Me They Were Plasticine.“ Delusions on the Intensive Care Unit: What Do Patients Think Is Going On? PLoS One. 2016 Apr 20;11(4):e0153775.

## Wir sind stolz auf Euch!

Vor einem guten Jahr haben wir am UKSH und zwei weiteren Standorten die Umfrage zum Pflegestolz durchgeführt, die nun erschienen ist. Es nahmen von 834 Kollegen insgesamt 21% (n=175) an der Studie teil. Intensivpflegende sind stolz auf ihre Arbeit (Mittelwert 51 von 0-100) und dies meistens zweimal pro Woche, fühlen sich vergleichsweise wenig wertgeschätzt (Mittelwert 39). Je häufiger Intensivpflegende das Gefühl der Mitbestimmung haben, desto mehr Pflegestolz und Wertschätzung erleben sie. Aus Sicht der Befragten stellen Patienten, Kollegen und Angehörige die drei wichtigsten Personenkreise dar, die Pflege wertschätzen. Bettensperrung bei Pflegepersonal-mangel, mehr Gehalt sowie kostenlose Parkplätze werden als die drei wichtigsten Formen der Wertschätzung gewünscht. Unstimmigkeiten im Team und schlechte Stimmung erschweren es, Pflegestolz zu erleben. **Kommentar:** *wir haben zwar nur begrenzten Einfluss auf die äußeren Bedingungen unseres Arbeitsumfeldes, aber darauf, wie wir zusammenarbeiten. Kollegen um Rat und Meinung fragen oder einander loben wird als wertschätzend erlebt (PN+SK).*

Quelle: Nydahl P, Krotsetis S, Hähnel A, Hermes C (2016). Pflegestolz und Wertschätzung in der Intensivpflege. Pflegezeitschrift: 4 (69): 1-6.

## In eigener Sache:

Wer von Ihnen interessiert ist, mehr über den evidenzbasierten Pflegeprozess zu erfahren, kann am 5.-9. September 2016 an einem EbN Grund-Aufbaukurs teilnehmen, angeboten von der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität Lübeck. Themen sind:

- Formulierung präziser Fragestellungen, ausgehend von alltäglichen Problemen der Pflegepraxis
- systematische Suche wissenschaftlicher Literatur in Datenbanken
- kritische Bewertung von Studien
- Strategien zur Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis

Mehr Infos und Anmeldung über: [www.uksh.de/pflegeforschung/EbN/EbN\\_+Kurse-p-50](http://www.uksh.de/pflegeforschung/EbN/EbN_+Kurse-p-50)

Wenn interessante Fragen sind, zu denen wir recherchieren sollen, bitte einfach eine E-Mail senden an: [Susanne.Krotsetis@uksh.de](mailto:Susanne.Krotsetis@uksh.de) oder [Peter.Nydahl@uksh.de](mailto:Peter.Nydahl@uksh.de)

[www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung](http://www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung)