

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Dezember 2016

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
im Dezember-Newsletter geht es nicht um Weihnachten, sondern um unsere Delir gefährdeten, septischen, rauchenden, schlafenden, sedierten und sich ver-schluckenden Patienten. Es grüßen S. Krotsetis und P. Nydahl

Nikotinersatz bei deliranten Rauchern

Substanzentzug gilt als Risiko und auslösender Faktor für ein Delir und/oder Agitation. Unklar ist bisher, ob Nikotinersatzstoffe (NES) helfen können, ein Delir und/oder Agitation zu reduzieren. Um diese Frage zu klären, führten Kowalski et al (2016) eine systematische Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durch. Im Ergebnis konnten sechs Studien mit insgesamt 1033 Patienten eingeschlossen werden. Drei Studien konnten eine Verstärkung der Entzugssymptomatik für NES belegen, zwei eine Linderung und eine Studie keinen Effekt. Da in den Studien aber auch unterschiedliche Indikationen, Dosierungen, Assessments und Designs verwendet wurden, ist eine zusammenfassende Beurteilung zurzeit nicht möglich.

Kommentar: *Da diese Frage aufgrund der bisherigen Studien nicht eindeutig beantwortet werden kann und NES auch erhebliche Nebenwirkungen haben können, ist ein kritischer Umgang mit individueller Entscheidung zurzeit immer noch die beste Option. (PN).*

Quelle: Kowalski M, Udy AA, McRobbie HJ, Dooley MJ. Nicotine replacement therapy for agitation and delirium management in the intensive care unit: a systematic review of the literature. *J Intensive Care*. 2016 Nov 15;4:69.

Sedierungspausen versus keine Sedierungspausen – Vorteile?

Eine systematische Übersichtsarbeit der Cochrane Collaboration (Burry et al. 2014) beschäftigte sich mit der Frage, ob Sedierungspausen versus nicht durchgeführter Sedierungspausen Vorteile bringen. Es wird angenommen, dass durch eine Unterbrechung der Sedierung eine Limitierung der Bioakkumulation der Substanzen bewirkt wird sowie ein schnelleres Erwachen und damit auch eine kürzere Beatmungsdauer erzielt werden kann. Neun randomisiert kontrollierte Studien mit insgesamt (n = 1282) Patienten wurden in die Arbeit eingeschlossen. Es gab keine starke Evidenz, dass durch tägliche Sedierungspausen die Beatmungsdauer, Intensiv- und Krankenhausaufenthalt, Mortalität oder die Gesamtmenge an verabreichten Medikamenten reduziert werden kann. Daten bezüglich des Entfernens von zentralen Zugängen, Tubus durch den Patienten oder Delirinzidenz wird von den Forschern als unsicher beschrieben. Allerdings wurden weniger Patienten in der Gruppe mit Sedierungspausen tracheotomiert als Patienten in der Gruppe ohne Sedierungspausen. Die Forscher geben aber zu bedenken, dass die eingeschlossenen Studien sich sowohl in den untersuchten Patientengruppen als auch im klinischem Management von Sedierung (Substanzauswahl, Pflegeschlüssel, Protokollbasiert ja/nein) unterschieden. Eine Studie von Mehta et al. (2012) mit Sedierungspausen versus keine Sedierungspause mit einem protokollbasierten Sedierungsmanagement konnte allerdings eine höhere Gesamtmenge von verabreichten Sedativa und Opiaten in der Gruppe mit Sedierungspause als in der Gruppe ohne Sedierungspause nachweisen.

Kommentar: *Es scheint, dass eine alleinige Sedierungspause nicht zu den gewünschten positiven Outcomes für kritisch Kranke führt. Auch die aktuelle DAS-Leitlinie (2015) zum Sedierungsmanagement gibt an, dass Sedierungspausen nur bei tief sedierten Patienten indiziert sind, aber nicht eine Wachheit ersetzen können, welche nach Möglichkeit immer beim Patienten angestrebt werden soll. Hier scheint ein protokollbasiertes Sedierungsregime mit RASS Zielwerten von 0/-1 und ohne Sedierungspausen von Vorteil. (SK).*

Quelle: Burry, L., Rose, L., McCullagh, I. J., Fergusson, D. A., Ferguson, N. D., & Mehta, S. (2014). Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation. *The Cochrane Library*. Mehta, S., Burry, L., Cook, D., Fergusson, D., Steinberg, M., Granton, J., Dodek, P. (2012). Daily sedation interruption in mechanically ventilated critically ill patients cared for with a sedation protocol: a randomized controlled trial. *Jama*, 308(19), 1985-1992.

Dysphagiescreening durch Pflegende nach Extubation

Intensivpatienten wird nach ihrer Extubation oftmals etwas zu Essen und Trinken angeboten, gleichzeitig können bis zu 62% der extubierten Patienten klinisch relevante Schluckstörungen haben, die zu Pneumonien, Re-Intubationen, verzögerter oraler

Belastung, verlängertem Krankenhausaufenthalt, Wiederaufnahmen und erhöhter Mortalität führen können. See et al (2016) aus Singapur haben auf einer medizinischen Intensivstation in einem vorher/nachher Design überprüft, ob ein Dysphagieassessment durch Pflegende, das täglich über drei Tage bettseitig durchgeführt wird, Auswirkungen auf diese Outcomeparameter haben kann. Hierzu wurden Pflegende in einem validen Assessment geschult (sequentieller Wasserschlucktest) und untersuchten Patienten frühestens eine Stunde nach Extubation. Sollten Dysphagiesymptome beobachtet werden, erhielten die Patienten nichts per os und wurden am nächsten Tag erneut untersucht. Patienten durften nur dann essen oder trinken, wenn sie frei von Dysphagiesymptomen waren; Patienten, die in drei Assessments Symptome zeigten und/oder auf die Allgemeinstation verlegt wurden, erhielten ein logopädisches Konsil. Im Ergebnis konnten 281 in der vorher-Phase und 187 Patienten in der nachher-Phase eingeschlossen werden. Nach Adjustierung der Krankheitsschwere zeigte sich, dass das Assessment durch Pflegende zu einer 59%igen Reduktion der Postextubations-Pneumonie und einer 25%igen Reduktion der Verweildauer im Krankenhaus führte, ebenso konnten 11% mehr Patienten bei Verlegung von der Intensivstation sicher schlucken.

Kommentar: *ein Dysphagieassessment kann auch von Pflegenden erlernt und umgesetzt werden. Es benötigt nur wenig Zeit und hilft, Risiken zu vermeiden. Bei Bedarf vermitteln wir gerne Schulungen (PN).*

Quelle: See KC, Peng SY, Phua J, Sum CL, Concepcion J. Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients. Crit Care. 2016 Oct 12;20(1):326.

Propofol zur Nacht - wirksame „Schlafmilch“?

In einer randomisierten crossover Studie (d.h. beide Patientengruppen bekommen im Wechsel die gleichen Interventionen) untersuchten Kondili et al. (2012) in einer kleinen Gruppe beatmeter Patienten (n=12), wie sich die Gabe von Propofol zur Nacht versus keine Gabe von Propofol (oder anderer Sedativa) auf das Schlafprofil der Patienten auswirkt. Der Schlaf wurde mit einer polysomnographischen Überwachung (Goldstandard) aufgezeichnet. Bei allen Patienten konnte wie auch in anderen Studien ein nicht physiologisches, mit stark reduzierten und fragmentierten Schlafphasen gekennzeichnetes Schlafprofil nachgewiesen werden. Verteilung und Wechsel von Schlafphasen bezüglich der Phasen 1 & 2 (Einschlaf- Leichtschlafphase) und Slow wave Phase (Tiefschlaf) unterschieden sich in den Gruppen nicht. Es konnte aber festgestellt werden, dass bei Patienten unter Propofol die für einen erholsamen Schlaf notwendige REM Phase unterdrückt wird und kaum (in dieser Studie einmal in 1 von 12 Patienten) erreicht werden konnte und den Schlaf der kritisch Kranken weitergehend verschlechtert.

Kommentar: *Mit einer Propofol Gabe zur Nacht wird zwar der Patient ruhig gestellt (sediert), ein guter und erholsamer Schlaf wird dadurch aber in der Regel nicht initiiert. Nicht-pharmakologische Ansätze und die Unterstützung eines Tag-Nachtrhythmus (Licht bei Tag-Dunkelheit zur Nacht; Bewegung/Mobilisation am Tag-Ruhe zur Nacht) sollten Priorität in unserer pflegerischen Arbeit haben. (SK).*

Quelle: Kondili, E., Alexopoulou, C., Xirouchaki, N., Georgopoulos, D. (2012). Effects of propofol on sleep quality in mechanically ventilated critically ill patients: a physiological study. Intensive care medicine, 38(10), 1640-1646.

Sepsis in Deutschland

Sepsis ist weiterhin eine sehr ernste und potentiell tödliche Erkrankung. Um die Rate von Sepsen auf deutschen Intensivstationen zu ermitteln, hat das SepNet (2016) in einem Monat in 2013 auf 133 Intensivstationen in Deutschland insgesamt 11883 Patienten untersucht. 12,6% (n=1503) Patienten hatten eine schwere Sepsis oder septischen Schock. Von diesen Patienten hatten 57,2% (n=860) eine nosokomiale Infektion, die Hälfte davon auf der Intensivstation erworben. Die häufigste Ursache (46,6%) waren Pneumonien, positive Blutkulturen wurden in 29,9% gefunden. Die Mortalität auf Intensivstation betrug 34,3%, die Gesamtmortalität im Krankenhaus 40,4% (nach der neuen Sepsisdefinition 44,3%, bzw. 50,9%). Die Autoren schlussfolgern, dass nosokomiale Infektionen einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung der Sepsis haben und dass die Raten an Sepsen und septischen Schocks in den letzten Jahren gleichbleibend hoch, die Mortalität hingegen gesunken sei.

Kommentar: *zu den effektivsten Maßnahmen der Prävention nosokomialer Infektionen gehören immer noch die hygienische Händedesinfektion, Schulungen und aseptisches Vorgehen bei relevanten Maßnahmen wie iv-Gaben usw. Zu bedenken ist weiterhin, dass die Lebensqualität septischer Intensivpatienten bis zu fünf Jahren nach dem Ereignis deutlich eingeschränkt sein kann. Heutige Maßnahmen können also deren langfristige Lebensqualität maßgeblich beeinflussen.*

Quelle: SepNet Critical Care Trials Group. Incidence of severe sepsis and septic shock in German intensive care units: the prospective, multi-centre INSEP study. Intensive Care Med (2016) 42:1980–1989.

In eigener Sache:

Eine schöne Nachricht: unsere Angehörigenbroschüre zum Delir auf Intensivstation hat bei dem deutschen Broschüren-Wettbewerb des Netzwerks Patienten- und Familienedukation unter 83 Konkurrenten den dritten Preis gewonnen. Danke an alle, die uns bei der UKSH Evaluation des Flyers unterstützt haben und den Flyer in Ihrer Arbeit einsetzen