

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Mai 2017

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen der Intensivpflege, hier unser Mai-Newsletter, der sich mit klinikinternen Transporten, der Notwendigkeit von Stuhlgangs-Management Protokollen, dem Erleben von Patienten im Weaning sowie den aktuellen Sepsis Definition und Screening Scores beschäftigt. Viel Interesse beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis & Peter Nydahl

Risiken von Intrahospital-Transporten

Intrahospital-Transporte mit Intensivpatienten dienen meistens diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, wie CT-Untersuchungen oder Fahrten zum/aus dem OP. Diese Fahrten müssen sorgfältig vor- und nachbereitet werden. Knight et al. (2015) haben in einer Übersichtsarbeit häufige Sicherheitsereignisse aufgelistet, die im Zusammenhang mit Intrahospitaltransporten aufgetreten sind. Hier zu gehören pulmonale (0,4% versehentliche Extubationen, 9% Desaturierungen, 18% Equipmentstörungen), hämodynamische (0,3% Herzstillstände, 54% Hypotension, Arrhythmien), infektiöse (1,4-4fach erhöhtes Risiko für Ventilator assoziierte Pneumonien) Ereignisse. Weiter können während der Transporte Hypo-/Hyperglykämien oder Veränderungen im Säure-Basen-Haushalt auftreten. Patienten mit unversorgten Frakturen oder nach Schädelhirntraumen benötigen besondere Vorsicht. Hilfreich sind allgemein eine Schulung des Personals, geeignetes Equipment sowie Checklisten, um das Auftreten dieser unerwünschten Ereignisse zu reduzieren. Kommentar: Intrahospital-Transporte sind mit Risiken verbunden und ihr Nutzen sollte gut abgewogen werden. Insgesamt scheint ein Großteil der Sicherheitsereignisse mit der Bedienung von Geräten zusammen zu hängen. Ein gutes Training und die entsprechenden Geräteanweisungen verbessern die Versorgung (PN).

Quellen: Knight PH, Maheshwari N, Hussain J, et al. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2015 Oct-Dec;5(4):256-64.

Protokolle zum Stuhlgang/Darm-Management

Ca. 50-83% der Intensivpatienten sind von Obstipation betroffen, definiert als 72h ohne Stuhlgang, gerechnet ab Aufnahme auf der Intensivstation. Zuerst wartet man ab, dann folgt meist ein eskalierendes Vorgehen mit explosionsartigen Ergebnissen. Oczkowski et al. (2017) haben in einer systematischen Literaturrecherche und Meta-Analyse untersucht, welche Wirkungen von Protokollen zum Darm-Management in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnten. Im Ergebnis konnten vier Studien mit insgesamt 534 Patienten gemischter Populationen eingeschlossen werden. Der Gebrauch von Protokollen zum Darm-Management scheint Obstipation um 50% verringern zu können, allerdings sind die statistischen Ergebnisse hierzu nicht eindeutig und zeigen einen Trend an. Protokolle scheinen keine Wirkung auf die Toleranz des enteralen Kostaufbaus, der Tage mit Beatmung, der Verweildauer auf Intensivstation oder auf die Mortalität zu haben. Nur eine Studie berichtete von einer Zunahme an Diarrhoen in der Protokollgruppe, die anderen Studien untersuchten diesen Aspekt nicht. Allgemein beinhalteten die Protokolle die 2-4malige Gabe von 13-20 ml Lactulose (oft gelöst in 50-100 ml Wasser) ab dem ersten Tag mit einer Geduldstoleranz bis zu 5-7 Tagen, danach wurden weitere Medikamente eingesetzt. Die Autoren schlussfolgern, dass die Wirkung von Protokollen noch genauer und in größeren Studien untersucht werden sollte. Kommentar: Im Alltag ist zu beobachten, dass Einzelne früher oder später auch an das Abführen denken und dann sehr individuell entsprechende Maßnahmen einleiten. Ein standardisiertes Handeln ist dann sicherlich sinnvoll. Die untersuchten Protokolle scheinen sehr einfach und praxisnah zu sein und beginnen am ersten Tag. Braucht es dafür ein Protokoll? (PN)

Oczkowski SJW, Duan EH, Groen A et al. The Use of Bowel Protocols in Critically Ill Adult Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2017

Erleben von Spontanatmungsversuchen

Haugdahl et al (2017) aus Norwegen haben elf Patienten dazu interviewt, wie sie ihre Spontanatmungsversuche, Atemlosigkeit und Weaning von der Beatmung erlebt haben. In der Analyse der Interviews konnten vier Themen identifiziert werden: eine existentielle Aufgabe, eine harte Zeit, ein schwammiger Körper, und Durchkommen. Die Autoren schlussfolgern, dass Patienten ihre Spontanatmungsversuche nicht nur auf die Fähigkeit zu Atmen beschränken, sondern im Kontext ihrer ungewissen Körperlichkeit und als Extremsituation wahrnehmen. Die Frage nach Einschätzung der Fähigkeit zum Atmen sollte sich daher nicht nur auf das Atmen beschränken, sondern die gesamte Situation berücksichtigen. (PN)

Quelle: Haugdahl HS, Dahlberg H, Klepstad P, Storli SL. The breath of life. Patients' experiences of breathing during and after mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017 Jun;40:85-93.

Die 3- internationale Konsensus Definitionen für die Sepsis (2016) – qSOFA

Die Fallzahlen für Sepsis in Deutschland sind deutlich ansteigend, von 200.535 Fällen im Jahre 2007 auf 279.530 Fälle im Jahre 2013. Der Anteil von Patienten mit schwerer Sepsis nahm somit von 27 % auf 41 % zu. 2013 starben allein in Deutschland 67.849 Menschen an oder mit einer Sepsis (Fleischmann et al. 2016). Da auch international die Sepsis- der septische Schock eine hohe Inzidenzrate (Anzahl der Neuerkrankungen) hat, ist 2016 eine überarbeitete Sepsis-Definition und ein Screening-Score veröffentlicht worden. Herausgeber ist eine Expertenarbeitsgruppe der Society of Critical Care Medicine und der European Society of Intensive Care Medicine (Singer et al. 2016). Sepsis wird dort wie folgt definiert: **Sepsis ist** "...eine lebensbedrohliche Organdysfunktion aufgrund einer fehlregulierten Körperantwort auf eine Infektion" (Singer et al. 2009, S. 805). Laut diesem aktuellen (internationalen) Konsensus für die Sepsis, kann eine Organdysfunktion anhand einer akuten Veränderung des SOFA Scores von ≥ 2 Punkten auf eine Infektion folgend erkannt werden. (SOFA = Sequential Organ Failure Assessment, mit dem SOFA-Score wird anhand von 6 Kriterien der Grad der Organdysfunktion bei kritisch Kranken beurteilt und dadurch das Mortalitätsrisiko bestimmt. Baseline des SOFA ist 0, bei nicht vorbestehenden chronischen Erkrankungen). Bei Patienten mit dem Verdacht einer Infektion, bei denen von einem verlängertem Intensivaufenthalt oder der Möglichkeit, das sie im Krankenhaus versterben, ausgegangen wird, kann schnell anhand sofort ersichtlicher klinischer Parameter mit dem qSOFA (= quick SOFA) bestehend aus: **1. Veränderung des Bewusstseinsstatus; 2. Systolischer Blutdruck ≤ 100 mmHg; 3. Atemfrequenz ≥ 22 /Min**, das Risiko einer Sepsis erkannt werden. Die Konsensgruppe weist allerdings darauf hin, dass weder der qSOFA noch die Veränderung des SOFA Score als alleinige Definition, bzw. Diagnosekriterium für die Sepsis gelten sollte. Weiterhin ist es wichtig zu wissen, dass das Nicht-Zutreffen von 2 oder mehr qSOFA oder SOFA Kriterien nicht dazu führen darf, eine Fokussuche, Infektionsbehandlung oder jeglichen anderen Aspekt der Behandlung zu verzögern. Kommentar: Sind solche neuen Definitionen, bzw. Screeninginstrumente für Pflegende wichtig? Ja! Der qSOFA bietet Pflegenden ein einfaches Screeninginstrument, welches die Aufmerksamkeit- Informationsweitergabe des gesamten therapeutischen Teams schnell auf eine sich entwickelnde Sepsis lenken kann. Und bei der Sepsis gilt: Jede Stunde zählt. (SK). Für Interessierte: Eine frei verfügbare, lehrreiche pdf Datei dazu hat die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) veröffentlicht:

<http://www.dgiin.de>, siehe Leitlinien

Quelle: Singer M. et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*; 315(8):801-810.
Fleischmann C. et al. (2016). Hospital incidence and mortality rates of sepsis—an analysis of hospital episode (DRG) statistics in Germany from 2007 to 2013. *Dtsch Arztebl Int*. 113: 159–66.

In eigener Sache:

- Von Kollegen und Kolleginnen kam die Frage nach der „richtigen“ Antwort für die alternative Frage des Kriteriums 4: „Können Elefanten schwimmen“ auf der aktuellen Version der CAM-ICU Pocketcard.
Ja ☺; wie alle Säugetiere (außer Menschenaffen, die müssen das, wie wir Menschen auch, erst lernen..) sind Elefanten von Haus aus gute und begeisterte Schwimmer.
- Schon mal der frühzeitige (Dienstplan) Hinweis:
Am 13.09. findet das 8. kleine Intensivpflegesymposium von 14.00 – 17.00 Uhr in Lübeck (Zentralklinikum) statt.
Mehr Informationen zu den Programminhalten etc. folgen.