

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im März 2018

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In diesem Newsletter geht es um Hypothermie, Tee oder Wasser (leider nicht Sekt oder Selter), Angehörige deliranter Patienten und Haloperidol. Wie immer wünschen wir viel Spaß beim Lesen, Susanne Krotsetis & Peter Nydahl

Effizienz der prähospital-initiierten milden Hypothermie nach Herzstillstand

Gezieltes Temperaturmanagement, bzw. die milde Hypothermie (≤ 360 Grad) zeigt höhere Überlebensraten sowie ein besseres neurologisches Outcome. Internationale wie nationale Leitlinien empfehlen diese Vorgehensweise, aber der optimale Zeitpunkt des Beginns einer Kühlung nach Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses ist nicht exakt definiert. Es gibt Studien die eine rasche Kühlung schon am Einsatzort mit einem besseren Outcome assoziieren. Lindsey et al. (2018) untersuchten diese Frage mittels einer systematischen Übersichtsarbeit und statistischen Ergebniszusammenfassung (Meta-Analyse). Dafür wurden insgesamt 10 randomisiert kontrolliert Studien mit $n=4220$ Patienten untersucht. Die methodische Qualität der ausgewählten Studien wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool for RCTs sichergestellt. Ergebnisse: Es gab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des neurologischen Outcomes bei den Gruppen (eingeleitete Hypothermie am Einsatzort vs. keine eingeleitete Hypothermie am Einsatzort) oder der Überlebensrate im Krankenhaus. Die Körpertemperatur der Patienten, bei denen die Hypothermie außerhalb des Krankenhauses begonnen wurde, war signifikant niedriger. Allerdings hatten die Patienten ein assoziiert höheres Risiko eines Re-Infarktes. **Kommentar:** Die Wissenschaftler geben als Limitation ihrer Arbeit an, dass in den untersuchten Studien das Outcome „neurologische Defizite“ nicht einheitlich definiert wurde (welche Art/Schwere war ein festgestelltes neurologisches Defizit?). Weiterhin erläutern sie, dass vor allem eine Studie in Ihrer Arbeit das erhöhte Risiko eines Re-Infarktes herausstellt. Da aber in der Studie mittels kaltem Volumen gekühlt wurde, schlussfolgern Lindsey et al., dass ein Volumen-overload ggf. als unabhängiger Risikofaktor betrachtet werden sollte. Somit ist zu sagen, das, wie häufig bei systematischen Übersichtsarbeiten, die Zusammenfassung der einzelnen Studienergebnisse wegen ihrer in den Studien unterschiedlich ausgeführten Methoden/Abläufe (Heterogenität) auch kritisch zu sehen sind. Die S3 Leitlinie zum Infarkt-bedingtem kardiogenen Schock - Diagnose, Monitoring und Therapie (AMWF 2010) ist in Überarbeitung und man darf gespannt sein, wie und ob diese sich zu diesem Thema positioniert. (SK).

Quelle: Lindsay P. et al. (2018). The efficacy and safety of pre-hospital cooling after out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. Critical Care. 22:66 (Open Access).

Integration von Familien in die Pflege deliranter Patienten

Für Familienangehörige ist die Situation eines deliranten Patienten anstrengend und herausfordernd, gleichzeitig weisen Angehörige viel re-orientierendes Potential für delirante Patienten auf. Smithburger et al. (2018) aus den USA haben 10 Angehörige deliranter Intensivpatienten interviewt, in wie weit sie sich eine Beteiligung an der Pflege vorstellen können. Im Ergebnis konnten drei zentrale Kategorien identifiziert werden: a) beständige Präsenz und Mitarbeit in der Pflege: Angehörige möchten da sein, Patienten beruhigen und re-orientieren, sie trösten oder auch deren Bedürfnisse erfüllen, soweit dies möglich ist, zB rasieren, Hand halten, schreiben o.ä., b) die Interaktion zwischen Patienten und Familie erleichtern: Angehörige schätzen einheitliche Regelungen, in wie weit sie mitarbeiten dürfen und möchten dazu auch angesprochen werden, c) Bildung und Information zum Delir für Familien: Angehörige möchten gerne wissen, was zu erwarten ist, wie sie am besten helfen können und wünschen sich dazu Gespräche und auch Erinnerungshilfen. Die Autoren schlussfolgern, dass Familien durchaus in die Pflege von deliranten Patienten involviert sein möchten, sie hierzu angeleitet werden müssen und einen offenen Dialog suchen. **Kommentar:** Ein Kennzeichen des Delirs ist die Fluktuation der Symptome, d.h. Angehörige können Patienten in sehr unterschiedlichen Zuständen erleben von sehr klar bis sehr durcheinander und wissen daher nie, was sie erwartet. Ein informierendes Gespräch ist daher hilfreich und unterstützt die Angehörigen auch. Zur weiteren Hilfe steht auf der Website der Pflegeforschung ein Flyer für Angehörige deliranter Patienten bereit: www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung/Delir.html (PN)

Quelle: Smithburger PL, Korenoski AS, Alexander SA, Kane-Gill SL. Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. Crit Care Nurse. 2017 Dec;37(6):e1-e9.

Hypernatriämie – Tee oder H₂O verabreichen?

Es kam die Frage aus der Praxis, ob es noch „state of the art“ sei, bei einem erhöhtem Natriumwert Tee über die Magensonde/oder Ernährungs-sonde zu verabreichen, so wie vor Jahren noch gelehrt und gelernt wurde? Macht es einen Unterschied, ob Tee oder H₂O gegeben wird? Hintergrund ist die Aussage der Hygiene, keinen Tee zu verabreichen, da teilweise Pilzsporen in Tee(s) nachgewiesen worden sind. Dass es eine Unausgewogenheit des Elektrolythaushaltes bei kritisch Kranken zu behandeln gilt, ist nachgewiesen. Vedantam et al. (2017) untersuchten die Hypernatriämie in der Gruppe der neurochirurgischen Patienten und konnten diese als unabhängigen Risikofaktor für eine erhöhte Mortalitätsrate nachweisen. Behandlungsempfehlungen zu diesem Thema gibt eine Schweizer Studie (Lindner und Funk) aus dem Jahre 2013. Die in diesem Artikel empfohlene Therapie richtet sich laut der Forscher nach dem Volumenstatus des Patienten und sollte entweder mit kristalloider Lösung, G5% oder je nach Status einem Schleifendiuretika behandelt werden. **Kommentar:** *Dies Ergebnis beantwortet nicht (vollständig) die Frage aus pflegerischer Sicht. Maßgeblich in unserem Handeln ist die Anweisung der Hygiene. Hierbei zu beachten ist, dass auf den Intensivstationen des UKSH Pall Filter (Bakterienfilter) vor den Wasserhähnen vorgesetzt sein sollten und auch nur gefiltertes Wasser zu verwenden ist. Auch in Stichproben von in Flaschen abgefülltem Wasser sind Keime nachgewiesen worden, die bei immunsupprimierten und kritisch Kranken zu Folgeerkrankungen führen können. Es ist bekannt, dass z.B. Brennesseltee harntreibend sein soll, robuste Studien, gerade im Setting der Intensivstation, gibt es dazu allerdings nicht. Auch die Laufgeschwindigkeit bei gefiltertem und abgekochtem Wasser sollte kritisch betrachtet werden. Die Hersteller von Infusionslsg. geben eine Garantie über die Sterilität ihrer Produkte, die können wir aus forensischer Sicht mit der enteraler Gabe von H₂O (ab wann „verkeimt“ dies Wasser?), gerade bei längeren Laufzeiten bei Gaben über die MS/ES nicht bieten. (SK).*

Quelle: Vedantam A. et al. (2017). Morbidity and mortality associated with hypernatremia in patients with severe traumatic brain injury. *Neurosurgical focus*. 43(5), E2. Lindner G. & Funk GC. (2013). Hypernatremia in critically ill patients. *Journal of critical care*. 28(2), 216-e11.

Haloperidol zur Prophylaxe eines Delirs? Die REDUCE-Studie

Die Studienlage zum prophylaktischen Einsatz von Haloperidol bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Delir ist widersprüchlich, einige Studien konnten einen prophylaktischen Effekt nachweisen, andere nicht. Van den Boogaard et al. (2018) aus den Niederlanden sind in einer randomisierten, kontrollierten, doppelt-verblindeten Studie auf 21 Intensivstationen mit insgesamt 1789 Intensivpatienten dieser Frage nachgegangen. Auf allen teilnehmenden Intensivstationen wurden bereits umfassende nicht-pharmakologische Präventionsmaßnahmen wie Frühmobilisierung, Seh- und Hörhilfen, Lärmreduktion, Schlafhygiene zu über 90% umgesetzt. Die Autoren überprüften die Hypothese, ob die prophylaktische Gabe von a) 3x1 mg Haloperidol (n=350), b) 3x2mg Haloperidol (n=732) oder c) Placebo (n=707) eine Auswirkung auf das Überleben nach 28 Tagen hatte, weiter wurden die Delir- und Sedierungsfreien Tage, Dauer der Beatmung und Verweildauer auf Intensivstation und im Krankenhaus erfasst. Eingeschlossen wurden Patienten ohne Delir, die mindestens einen Tag auf der Intensivstation verbrachten. Im Verlauf wurde der Arm mit der 1mg-Gabe frühzeitig gestoppt, da er sich als überflüssig erwiesen hatte. Insgesamt zeigten sich in allen Outcomeparametern keine signifikanten Unterschiede, d.h. dass die prophylaktische Gabe von Haloperidol keinen Effekt auf die 28Tage-Überlebensrate, das Auftreten und die Dauer eines Delirs, die Sedierungs- oder Beatmungsdauer oder die Verweildauer auf Intensivstation und im Krankenhaus hatte. **Kommentar:** *aufgrund der Ergebnisse dieser Studie kann die allgemeine, prophylaktische Gabe von Haloperidol bei Intensivpatienten zur Reduktion der Mortalität oder anderen Outcomeparameter nicht empfohlen werden. Es ist denkbar, dass es in begründeten Fällen Ausnahmen geben kann (PN).*

Quelle: van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, et al.. Effect of Haloperidol on Survival Among Critically Ill Adults With a High Risk of Delirium: The REDUCE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018 Feb 20;319(7):680-690

Sie haben eine pflegerische Frage? Denken Sie als Mitarbeiter des UKSH an Ihren kostenlosen Zugang für das CNE Fortbildungsprogramm für den Pflege- und Funktionsdienst und der umfangreichen, deutschsprachige Wissensdatenbank des Thieme Verlages. Anmelden > Thema eingeben > Antwort(en) finden... <https://cne.thieme.de/cne-webapp/p/home>