

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im September 2018

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

in diesem Newsletter geht es um Dysphagie, die neue PADIS Leitlinie, die 60 Tage Überlebensrate einer ECMO Therapie beim schweren ARDS und welche Informationen Angehörige sich wünschen. Viel informativen Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Dysphagie ist relevant

Eine unerkannte und nicht behandelte Dysphagie kann zu Pneumonien, Re-Intubationen, verlängerter Verweildauer, erhöhten Kosten und erhöhter Mortalität führen. Attrill et al. (2018) haben zu dem Thema eine systematische Literaturrecherche und Meta-Analyse durchgeführt. Im Ergebnis konnten 11 Studien zu Kosten und 23 Studien zur Verweildauer analysiert werden. Allgemein erhöht eine Dysphagie die Kosten um 40,4 % und verlängert die Verweildauer im Krankenhaus um 3 Tage, bei der Subgruppe der Schlaganfallpatienten um 4,7 Tage. Interessanter Weise führten Dysphagien in Nordamerika zu einer um 3,9 Tage verlängerten Verweildauer, während es in Europa 8,4 Tage waren, wofür es verständlicher Weise viele Gründe geben kann wie unterschiedliche Gesundheitssysteme, Diagnostik- und Behandlungsverfahren usw. **Kommentar:** Eine Dysphagie kann auch nicht-neurologische Intensivpatienten betreffen, man schätzt hier die Häufigkeit einer Dysphagie in den ersten 24 Std. nach Extubation auf 66%, d.h. 2 von 3 Patienten haben Schluckstörungen. Dies geschieht in einer Phase, in der wir den Patienten wieder etwas zu trinken und Essen anbieten. Eine Dysphagie erhöht aber das Risiko der Aspiration und damit der Pneumonie, Re-Intubation und Mortalität. Leitsymptom der Dysphagie sind die feuchte, belegte Stimme nach Schluckversuchen, Husten und Räuspern, wiederholtes Nachschlucken u.a.. Ein frühzeitiges Erkennen der Dysphagie und die Anwendung von Instrumenten zum Schluckscreening können die Kosten und Verweildauer deutlich reduzieren (PN).

Quelle: Attrill S, White S, Murray J, Hammond S, Doeltgen S. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2018 Aug 2;18(1):594

Neue PADIS Leitlinie aus den USA

In dem Journal Critical Care Medicine wurde eine neue Leitlinie der Society of Critical Care Medicine zu Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility and Sleep (PADIS) publiziert. Die Leitlinie ist ein Update der alten PAD-Leitlinie (Pain, Agitation, Delirium). Neu an der Leitlinie sind die Aspekte der Immobilität und des Schlafs. Durch die Forschung der letzten Jahre wurde deutlich, dass Immobilität, bzw. Frühmobilisierung und Schlafhygiene der Intensivpatienten einen direkten und maßgeblichen Einfluss auf den Verlauf und auch das Langzeit-Outcome der Patienten haben. Die Leitlinie wurde von 40 Personen entwickelt, darunter 4 Patientenvertretern und basiert auf mehreren systematischen Literaturrecherchen und -bewertungen. 20% der Autoren gaben einen Konflikt mit der Industrie an, meist Orion Pharma, die u.a. Dexmedetomidin herstellen. Die neue Leitlinie enthält insgesamt 37 Empfehlungen, 2 Expertenempfehlungen sowie 32 allgemeine Hinweise. Eine deutsche Veröffentlichung der PADIS Leitlinie ist in Kooperation mit der Society of Critical Care Medicine in Vorbereitung! **Kommentar:** Es ist zu erwarten, dass die internationale Leitlinie unsere deutsche Leitlinie erheblich beeinflussen wird, daher ist die Kenntnis der PADIS Leitlinie wichtig. Die Leitlinie wird am 14.9. auf der Anästhesie Intensivstation in Kiel von 13.10 – 13.40 Uhr vorgestellt. (PN).

Quelle: Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):e825-e873

Die Wirksamkeit einer ECMO Therapie bei Patienten im schweren ARDS- die EOLIA Studie

Ein schwerer Verlauf eines ARDS ist mit einer Mortalitätsrate von bis zu 60 % assoziiert (Bellani et al. 2016). Einige Patienten werden in diesem Falle, wie z.B. während der H1N1 Pandemie 2009, in spezialisierten Zentren einer ECMO Therapie zugeführt. Ergebnisse sprachen 2009 für einen Benefit der ECMO Therapie, allerdings waren die Daten nicht anhand eines

randomisierten (= formulierte Ein- Ausschlusskriterien + Zufallsverteilung) Studiendesigns erhoben worden. Combes et al. (2018) holten dies in einer internationalen randomisiert kontrollierten Studie nach. Es wurden n=240 Patienten rekrutiert. Als Einschlusskriterien galten ein ARDS nach der Amerikanisch-Europäischen Konsensus Konferenz Definition, invasive Beatmung < 7 Tage sowie verschiedene, festgelegte Schweregrade der Beatmungsparameter. Das therapeutische Team war angehalten, wenn möglich vor der ECMO Therapie Muskelrelaxantien und Lagerungstherapie (Bauchlage) einzusetzen. Patienten in der Kontrollgruppe erfuhren eine Beatmungstherapie mit erweitertem Rekrutementmanagement sowie ebenfalls den empfohlenen Einsatz von Muskelrelaxantien und Bauchlagerung. Ein „crossover“ (= Überwechseln aus der Kontroll- in die Interventionsgruppe – ECMO) war bei einer Verschlechterung des Patientenzustandes möglich. Primärer Endpunkt der Studie war die 60 Tage Mortalität. Ergebnisse: nach 60 Tagen waren 44 von 124 Patienten (35 %) in der ECMO Gruppe und 57 von 125 (46 %) in der Kontrollgruppe verstorben. Fünfunddreißig Patienten der Kontrollgruppe (28 %) wurden während der Behandlung in die ECMO Gruppe überführt (crossover), davon verstarben 20 (57 %). Komplikationsereignisse waren in beiden Gruppen vergleichbar, unter ECMO Therapie gab es mehr transfusionspflichtige Blutungsereignisse als in der Kontrollgruppe (46 % vs. 28 %). Somit war die 60 Tage Überlebensrate in dieser Studie bei den ECMO therapierten Patienten nicht signifikant höher als in der Kontrollgruppe. **Kommentar:** Die Wissenschaftler sehen in ihrer Studie eine Limitation durch einen Einschlussstopp für Patienten, nachdem 75 % der errechneten Teilnehmerzahl erreicht war (dies wurde vorher im Studienprotokoll so festgelegt), was die Zahl der Studienteilnehmer zwar aussagekräftig, aber klein lässt. Eine weitere Limitation ist die recht hohe Anzahl von schwerstkranken Patienten, die aus der Kontroll- in die ECMO Gruppe übergewechselt sind und dadurch möglicherweise der „Effekt“ der ECMO Therapie geschwächt wurde. In einem Beitrag im Critical Care Magazin betont Gattinoni (2018), dass trotz fehlender Signifikanz der Ergebnisse von den Patienten, die in die ECMO Gruppe überführt wurden, 15 überlebten (60 Tage Mortalität). Dies wäre ohne die ECMO Therapie laut Gattinoni et al. vermutlich nicht möglich gewesen. In der Studie von Combes et al. (2018) wurden physische Parameter wie Überlebensrate und Komplikationsereignisse untersucht. Interessant wären weiterführende Studien, die auch Faktoren wie körperliche, psychische und kognitive Einschränkungen sowie eingeschätzte Lebensqualität nach einer ECMO Therapie untersuchen. (SK).

Quelle: Bellani G. et al. (2016). Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. JAMA. 315: 788-800. Combes A. et al. (2018) Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. The New England Journal of Medicine. 378(21); 1965-1975. Gattinoni L. et al. (2018). Use of ECMO in ARDS: does the EOLIA trial really help? Critical Care. 22:171.

Informationen für Angehörige intensivpflichtiger Patienten – wer priorisiert was?

Informationen, die den Zustand, Verlauf und Prognose eines Menschen betreffen, welcher auf der Intensivstation behandelt werden muss, sind für dessen Angehörigen von enormer Wichtigkeit, um diese belastende Situation besser verstehen und damit umgehen zu können. Doch wie priorisieren Pflegende und Ärzte Informationen – und was möchten Angehörige wissen? Hoffmann et al. (2018) untersuchten diese Frage in einer Umfrage in Österreich, an der n= 202 Intensivpflegende, n= 28 Ärzte von Intensivstationen und n= 26 Angehörige sowie n=80 Teilnehmer einer Facebook Gruppe, die auf einer Intensivstation arbeiten, teilnahmen. Die Inhalte der Umfrage basierten auf einer vorhergehenden Arbeit von Peigne et al. (2011), welche 9 Themenblöcke mit 42 Unterkategorien verwendete. Die Umfrage von Hoffmann et al. umfasste 42 Fragen, welche von 1 (nicht wichtig) bis 5 (sehr wichtig) bewertet werden konnten. Ergebnisse: für Angehörige waren: a) akute Ereignisse (akute Veränderung von physiologischen Parametern z.B. RR, Fieber), b) die eigene Mitwirkung (was kann ich machen, um zu helfen?), c) Kontaminationsrisiken im Krankenhaus (was ist wichtig für mich z.B. in Bezug auf Händehygiene oder Schleusenpflege?), d) Schmerz (hat der Patient Schmerzen und was wird getan, um dies zu verhindern und oder zu behandeln?) und e) was passiert als nächstes? (z.B. Verlegung) die wichtigsten Themenblöcke. Themen wie: Religion (Beistand), Erinnerung (führen eines Tagebuches) und spezielle Informationen über die Intensivstation wurden als am wenigsten wichtig genannt. Pflegende gaben: a) Besuche (wer kann wann kommen?), b) Telefon (wo und wann kann man anrufen?), c) Hören (kann mein Angehöriger mich hören?), d) neurologischer Status (Bewusstsein, Sehvermögen), e) Schmerzen und f) darf ich meinen Angehörigen berühren, als für den Angehörigen wichtige Informationen an. Ärzte gaben Infos über: Telefon, Hören, neurologischer Status, Besuchszeiten und Sinn(-losigkeit) (Themen zu Tod und Trauer) der Therapie als für Angehörige wichtig an. **Kommentar:** Keine der angegebenen Themen zwischen Angehörigen und dem therapeutischen Team stimmen überein. Das als wichtigstes Thema von Angehörigen gewertete Thema „akute Ereignisse“ findet sich weder bei Pflegenden noch bei Ärzten wieder. Angehörige in dieser Umfrage waren „medizinische“ Themen wichtig. Sicherlich dürfen Angehörige nicht mit für den Laien unverständlichen Fachbegriffen und medizinischen Zusammenhängen überfrachtet werden, aber es ist wichtig, um die Bedürfnisse der zu gebenden Informationsthemen zu wissen. Administrative Infos (Telefon, Besuchszeiten, Stationsspezifika und Verhaltensweisen bezüglich der Hygiene) können gut in einem Flyer angeboten werden, auch um mehr Zeit für das individuelle Gespräch zu haben. (SK).

Quelle: Hoffmann M. et al. (2018). Prioritizing information topics for relatives of critically ill patients. Wiener klinische Wochenschrift. 1-18. Peigne V. et al. (2011). Important questions asked my family members of intensive care unit patients. Crit. Care Med. 39; 1365-1371.