

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im August 2019

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

in diesem August-Newsletter geht es um Wunsch-Nachfragen aus der Praxis, Effekte der volatilen Sedierung, um Mobilisierung, Umzüge und Familienintegration. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Auswirkungen einer volatilen Sedierung auf kognitive Einschränkungen nach 3 Monaten

Walczak et al. (2019) untersuchten in einer kleinen (n=60) randomisierten Studie, wie sich eine volatile Sedierung (AnaConDa) versus einer i.v. Sedierung auf den kognitiven Status von invasiv beatmeten (< 48 Std.) kritisch Kranken während des Intensivaufenthaltes und 3 Monaten danach auswirkt. Es wurde in beiden Gruppen ein Sedation Agitation Score (SAS) zwischen 3– 4 angestrebt, was einem RASS vom -1-0 entspricht. Zweiundvierzig Prozent der Patienten in der volatilen Sedierungsgruppe durchlitten ein Delir, in der i.v. Gruppe waren es 53 % (p=0,51). N=4 Patienten verstarben während des Intensivaufenthaltes. Vierundzwanzig Patienten konnten nach 3 Monaten nochmals zu ihrem kognitiven Status befragt werden. Ergebnis: Es zeichnete sich ein Trend zu Gunsten eines besseren kognitiven Status in der Gruppe mit volatilen Anästhetika ab (p=0,33). Die Wissenschaftler schlussfolgern, dass der Einsatz von volatilen Sedierung auf der Intensivstation zu einem geringeren Vorkommen von Delir führen kann - größere Studien sind aber gefordert. **Kommentar:** *Einige Stationen führen die volatile Sedierung schon durch. Es gibt Tendenzen in der Evidenz, die belegen, dass diese Art der Sedierung für einige Patienten durchaus Vorteile bietet, auch wenn größere Studien zu Fragestellungen von Neben- und Wechselwirkungen und Outcomes bei längerer Sedierung noch ausstehen. Wie sieht es bei Ihnen in der Praxis aus? (SK).*

Quelle: Walczak KD et al. (2019). „Impact of Volatile Anesthetics for Long-Term Sedation in Critically Ill Patients on Cognitive Impairment at 3-Months Follow-Up.“ C103. CRITICAL CARE: THE LONG WALK-ELUCIDATING OUTCOMES: DEATH, FUNCTIONAL STATUS AND COGNITION. American Thoracic Society, 2019. A5672-A5672

Inhalations Sedierung bei Patienten mit ARDS in der kontinuierlichen lateralen Rotationstherapie

Wie schon in der vorherigen Zusammenfassung beschäftigt sich auch diese Studie mit den Auswirkungen einer volatilen Sedierung, diesmal mit Augenmerk auf die Beatmungsparameter bei Patienten im ARDS, bei denen eine laterale Rotationstherapie angewandt wurde. In einer Studie hatte Isofluran eine bessere Kontrolle der Sedierung und mögliche Vorteile für die Patienten gezeigt (Jerath et al. 2016). Der Vergleich dieser Sedierungsart bei Patienten im ARDS im Vergleich zu Propofol oder Midazolam im Einsatz der kontinuierlichen lateralen Rotationstherapie ist unbekannt. Die Forschergruppe um Meiser et al. (2018) hat daher verschiedene Sedierungsregime (Isofluran mit Propofol und Midazolam) bezüglich Sedierungstiefe (nach der Richmond Agitation-Sedationsskala), Opioidverbrauch, Lungenfunktion und Hämodynamik bei Patienten, die mit einer kontinuierlichen lateralen Rotationstherapie behandelt wurden, verglichen. In dieser retrospektiven Studie wurden Daten (entnommen aus dem Krankenhausdatenmanagement) von n=38 chirurgisch kritisch Kranken einer Intensivstation miteinander verglichen. Alle Probanden litten unter einem ARDS und wurden zwischen Mai 2010 und September 2013 mit der kontinuierlichen lateralen Rotationstherapie behandelt. Neunzehn Probanden wurden mit Propofol oder Midazolam sediert und 19 Probanden mit Isofluran (AnaConDa-System). Ergebnisse: Im Vergleich zu Propofol oder Midazolam führte die Isofluran-Sedierung zu signifikant geringeren Richmond-Agitation - Sedierungsskalenwerten. Weiterhin konnte der Opioidkonsum deutlich reduziert werden. Spontanatmung war bei Patienten mit Isofluran-sedierung in 90 % der Fälle möglich, im Vergleich zu 16 % der Patienten, die mit Propofol oder Midazolam sediert wurden. Der inspiratorische Spitzendruck und PEEP konnten nach 24 Stunden Isofluran-Sedierung signifikant reduziert werden. Die Oxygenierung (PaO₂/FIO₂) verbesserte sich in beiden Gruppen Hämodynamik und der Bedarf an einer vasopressorischen Therapie war zwischen den Gruppen vergleichbar. Schlussfolgerung der Wissenschaftler: Diese Studie unterstützt die Machbarkeit der Isofluransedierung bei Patienten mit einer kontinuierlicher lateraler Rotationstherapie. **Kommentar:** *...an dieser Stelle darf ich auf den oberen Kommentar verweisen. (SK).*

Quelle: Meiser A, et al. (2018). „Inhalation sedation in subjects with ARDS undergoing continuous lateral rotational therapy.“ Respiratory care .63.4 : 441-447. Jerath A et al. (2016) „Volatile anesthetics. Is a new player emerging in critical care sedation?.“ American journal of respiratory and critical care medicine 193.11: 1202-1212.

Wie Pflegende in England entscheiden, Patienten zu mobilisieren

Die Entscheidung, Patienten zu mobilisieren, kann mitunter von der Profession abhängig sein. Chaplin et al. (2019) aus England haben 12 Intensivpflegende dazu befragt, welche Faktoren ihre Entscheidung beeinflussen, Intensivpatienten zu mobilisieren. Die Interviews wurden phänomenologisch interpretiert. Im Ergebnis wurde deutlich, dass das Wissen bzgl. der Vorteile der Mobilisierung unterschiedlich bewertet wurde und Mobilisierung keine hohe Priorität im Ablauf beigemessen wurde. Unsicherheiten, Rollenkonflikte, Zeitdruck, Personalbesetzung, Arbeitsabläufe, die Stationskultur und Anforderungen waren Faktoren, die die Entscheidungen beeinflussten. Die Autoren schlussfolgern, dass interprofessionelles Training geeignet ist, um Unsicherheiten und Rollenkonflikte zu bearbeiten. **Kommentar:** *Die Faktoren, die die Entscheidung zur Mobilisierung beeinflussen, lassen sich auch hier in Deutschland wiederfinden. Für komplexe Patienten, die neben Beatmung auch noch andere Organersatzverfahren und verschiedene Zu- und Ableitungen haben, werden mindestens zwei Personen zur Mobilisierung benötigt und dies bedarf neben vorhandenem Personal einer guten Koordination. Das Teamplay spielt dabei eine wichtige Rolle. Wir wissen, dass die Mobilisierung von Intensivpatienten eine sehr gute Wirkung auf die körperlichen Funktionen, Weaningdauer, Delirtherapie und Verweildauer hat und von einigen Autoren als „Multifunktionsmedikament“ mit erstaunlich geringen Nebenwirkungen bezeichnet wird. Eine Entscheidung, erst dann zu mobilisieren, wenn alles andere getan wurde, ist sicherlich kritisch zu hinterfragen und nicht immer die richtige Priorisierung; eine ausreichende Personalbesetzung ist hierfür dennoch die Voraussetzung (PN).*

Quelle: Chaplin T, McLuskey J. What influences the nurses' decision to mobilise the critically ill patient? Nurs Crit Care. 2019 Jul 18

Delir und Familienintegration

Bei deliranten Patienten wird die Integration von Familienangehörigen diskutiert: sie können für delirante Patienten vertrauenswürdig sein und daher überzeugend re-orientierend wirken. Gleichzeitig kann die Situation für Angehörige sehr belastend bis furchteinflößend sein, und mitunter ist die Beziehungsqualität „suboptimal“. McKenzie et al. (2019) haben nun eine Meta-Analyse von 5 Studien mit 505 Teilnehmern durchgeführt. Im Ergebnis sind Mitarbeiter der Ansicht, dass die Familienintegration und -schulung bei deliranten Patienten sinnvoll und effektiv sei. Tatsächlich konnte in 3 Studien eine Reduktion der Angst bei Angehörigen durch die Integration nachgewiesen werden, wobei die Aufklärung und Schulung sicherlich einen erheblichen Anteil hatten. Alle Studien berichteten von einer hohen Akzeptanz der Angehörigen. Bei Patienten konnte durch die Integration der Familien vs. keine Integration die Delirdauer reduziert werden (1,4 vs. 2,4 Tage), allerdings war der Unterschied statistisch nicht signifikant. Weiterhin konnte die Verweildauer im Krankenhaus signifikant gesenkt werden (10 vs. 14 Tage). Die Autoren schlussfolgern, dass die Integration der Familie bei deliranten Patienten einfach umzusetzen ist, von den Angehörigen sehr gut akzeptiert wird und gleichzeitig die Zufriedenheit der Angehörigen reduziert; bei Patienten kann die Delir- und Verweildauer wahrscheinlich gesenkt werden. **Kommentar:** *ein Delir ist für viele Angehörige immer noch sehr stigmatisiert, weil es die Nähe zu psychiatrischen Erkrankungen hat. Sie reden nicht gerne darüber und fühlen sich durch die Fluktuation des Delirs sehr verunsichert: mal ist der Patient orientiert, mal völlig neben der Spur. Die Integration und damit verbundene Information und Schulung gibt ihnen eine Sicherheit und eine Möglichkeit, mit dem deliranten Patienten umzugehen. Die Integration ist sinnvoll und effektiv. Zur Unterstützung bieten wir den Flyer für Angehörige deliranter Patienten an, der auch als Kurzschulung für Mitarbeiter sinnvoll sein kann ;-) (PN).*

Quelle: McKenzie J, Joy A. Family intervention improves outcomes for patients with delirium: Systematic review and meta analysis. Australas J Ageing. 2019;00:1–10 Flyer: www.uksh.de/Pflege/Pflegeforschung/Delir-p-660.html

Umzug einer Intensivstation mit erhöhter Mortalität verbunden?

Wir hatten diesen Beitrag schon mal in 2016, aber aus aktuellem Anlass wiederholen wir ihn: Umbaumaßnahmen in einem Krankenhaus können dazu führen, dass Intensivstationen vorübergehend in andere Räumlichkeiten umziehen müssen. Flaatten (2005) aus Norwegen ging der Frage nach, ob sich ein vorübergehender 8-monatiger Umzug einer interdisziplinären 10-Betten-Intensivstation auf das Outcome der PatientInnen im Vergleich zu einem 12-Monatszeitraum vorher und hinterher auswirken könnte. Im Ergebnis unterschieden sich die Kennzahlen Aufnahmen, Aufnahmediagnosen, Krankheitsschwere, Alter, Geschlecht während der drei Phasen vorher/während/nachher nicht, allerdings stieg die Intensivmortalität von 6,5% vorher auf 19,3% während und stieg in der danach-Phase auf 20,5%, ähnlich auch die Mortalität dieser Patienten im Krankenhaus. Die Wiederaufnahmerate von verlegten PatientInnen verkürzte sich ebenfalls. Der Autor empfiehlt, Umzüge gut vorzubereiten und hierbei auch veränderte Materialverfügbarkeit, Stationsgrößen und Laufwege zu berücksichtigen und in allen Phasen entsprechende Kennzahlen zu sammeln. **Kommentar:** *die Arbeit hat methodische Schwächen, z.B. stieg die gefühlte Delirrate während des Umzugs an, es wurde aber nicht systematisch Delir erfasst usw. Weiterhin fehlen einige statistische Berechnungen, dennoch weist die Studie auf mögliche Probleme hin. Am UKSH stehen jetzt Umzüge an, die umfassend vorbereitet wurden. Dennoch muss mit nicht-planbaren Ereignissen gerechnet werden, wie Verschlechterung eines Patienten während des Transports o.ä. Es gilt, noch aufmerksamer als sonst zu sein, lieber alles doppelt zu überprüfen und vor allem auf eine unmissverständliche Kommunikation im Team zu achten. (PN)*

Quelle: Flaatten, A. Effects of a major structural change to the intensive care unit on the quality and outcome after intensive care. Qual Saf Health Care. 2005 Aug;14(4):270-2.