

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im April 2020

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

in diesem April-Newsletter geht es um Covid-19, die High-flow Therapie versus einer nicht invasiven Beatmung, einer Umfrage aus Israel über die Bereitschaft von Pflegenden in bedrohlichen Situationen zu arbeiten und Delir. Falls ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Viel Spaß beim Lesen wünschen Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

COVID-19

Für das UKSH gibt es Handlungsanweisungen zum Covid-Management, die in Roxtra hinterlegt sind. Die Anweisungen wurden sorgfältig recherchiert und bieten eine Hilfe für den Alltag. Dies ist wichtig, denn die Informationsflut zu Covid-19 ist in der (Fach-)Öffentlichkeit ausgesprochen hoch. In Fachverlagen wie auch sozialen Medien werden täglich neue Informationen zu Covid-19 verbreitet. Es ist kritisch anzumerken, dass auch Fachgesellschaften nahezu im Minutentakt Stellungnahmen und Empfehlungen herausgeben. Zum Vergleich: für die Entwicklung und Veröffentlichung einer Leitlinie braucht man im Schnitt gut 2 Jahre, die jetzigen Empfehlungen werden in 2 Wochen produziert. Es fehlen also die üblichen Prozesse, die für wissenschaftliche Publikationen empfohlen werden. Auf der anderen Seite drängt die Zeit, es wird nach Orientierung gesucht. Auch wenn wir hier einige Links empfehlen, bitten wir auch alle Leser, kritisch zu bleiben (PN)!

Deutsch:

- https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html Robert Koch Institut
- <https://www.bibliomed-pflege.de/themen-special/coronavirus/> Fachartikel & E-Learning
- <https://www.divi.de/register/aktuelle-informationen> Empfehlungen der DIVI
- <https://www.dbfk.de/de/themen/Covid-Pandemie.php> DBfK (hier auch Arbeitsrecht)

International:

- <https://covidpapers.com/> Datenbank zu Publikationen über Covid
- <https://covidprotocols.org> Eine Sammlung mit Protokollen zu Covid
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems> WHO Empfehlungen
- <https://www.wcpt.org/news/Novel-Coronavirus-2019-nCoV> Informationen der Welt-Physio-Organisation
- <https://www.coronavirus.gov> Information des US Center of Disease Control
- <https://www.nih.gov/health-information/coronavirus> Englisches National Institutes of Health
- <https://browse.welch.jhmi.edu/covid-19> Johns-Hopkins Hospital
- <https://www.sccm.org/Tag?tagname=COVID-19&groupid=2> Society of Critical Care Medicine

High-Flow versus nicht-invasive Beatmung bei Patienten mit chronischer hyperkapnischer COPD

Aus der Praxis kam die Frage, ob es Studien hinsichtlich nachgewiesener Effekte in Bezug von High flow (nasal appliziert) (NHF) vs. einer nicht-invasiven Ventilationstherapie (NIV) gibt. Es gibt einige aktuelle Studien dazu, allerdings sind die Ergebnisse nicht generalisierbar, da jede Studie unterschiedliche Patientenpopulationen untersucht. Die Forschergruppe um Bräunlich et al. (2019) rekrutierte in einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten, Cross-over Studie n= 94 COPD Patienten mit stabiler Tageshyperkapnie ($p\text{CO}_2 \geq 50$ mmHg). Diese Patienten erhielten entweder eine NHF-Beatmung oder NIV-Beatmung oder umgekehrt. COPD-Patienten mit stabiler Tageshyperkapnie ($p\text{CO}_2 \geq 50$ mmHg) wurden aus 13 deutschen Zentren rekrutiert. Der primäre Endpunkt war die $p\text{CO}_2$ -Veränderung

gegenüber dem Ausgangswert der Blutgase. Die Lungenfunktion, Lebensqualität, der 6-Minuten-Gehtest und die Dauer der Geräteanwendung waren sekundäre Endpunkte. Ergebnisse: Die Differenz der pCO₂-Veränderungen zwischen den beiden Verfahren betrug -1,4 mmHg (95 % CI -3,1-0,4, P=0,12). Beide Verfahren hatten einen positiven Einfluss auf die Blutgase und die Atemwegswerte. Schlussfolgerung der Wissenschaftler: NHF kann eine Alternative zur NIV bei COPD-Patienten mit stabiler chronischer Hyperkapnie darstellen, z.B. bei Patienten, die NIV nicht tolerieren oder ablehnen, auch im Hinblick auf eine pCO₂-Reduktion sowie der Verbesserung der Lebensqualität. Weiterhin werden weitere Studien zu dieser Fragestellung empfohlen. **Kommentar:** *Wie schon eingangs erwähnt ist die Frage, „was ist besser, NIV oder NHF“? nicht generell zu beantworten, da Studien Aussagen zu/in spezifischen Patientenpopulationen machen. Viele Studien weisen auf positive Effekte auch im Sinne einer besseren Compliance/Toleranz der Patienten unter der NHF hin. (SK).*

Quelle: Bräunlich, Jens, et al. „Nasal high-flow versus noninvasive ventilation in patients with chronic hypercapnic COPD.“ International journal of chronic obstructive pulmonary disease 14 (2019): 1411.

Ein Wertekonflikt: Die Bereitschaft von Pflegenden unter bedrohlichen Bedingungen zu arbeiten

Eine von israelischen Pflegewissenschaftlern (Ganz et al. 2019) durchgeführte Untersuchung hatte zum Ziel, die Bereitschaft von Pflegenden auch unter bedrohlichen Bedingungen zu arbeiten, zu analysieren. Der entworfene Fragebogen bestand aus drei Abschnitten: persönliche Merkmale, wahrgenommener Grad der persönlichen Bedrohung durch fünf Situationen (Betreuung eines Patienten mit einer gefährlichen Infektion, Terroranschlag, Krieg, Strahlen- oder Chemiekatastrophe oder Naturkatastrophe) und die wahrgenommene persönliche und kollegiale Bereitschaft, unter diesen Bedrohungen zu arbeiten. Ergebnisse: Eine Stichprobe von n= 249 registrierten Pflegenden aus vier Krankenhäusern in Israel aus den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Notfall- und Intensivstationen antworteten auf die ausgeteilten Fragebögen. Die höchste Stufe der wahrgenommenen Bedrohung war eine Naturkatastrophe (Erdbeben). Terror und Krieg erhielten die niedrigsten Durchschnittswerte für die wahrgenommene Bedrohung. Die meisten Befragten waren nicht bereit, während einer Naturkatastrophe zu arbeiten, aber sie waren sehr wohl bereit, Patienten mit gefährlichen Infektionen und in Kriegszeiten zu versorgen. Schlussfolgerungen der Wissenschaftler: die örtliche Kultur, die Wahrnehmung des Bedrohungsgrades und die wahrgenommene Reaktion der Kollegen stehen in Zusammenhang mit der Bereitschaft der Pflegenden, unter Bedrohung zu arbeiten. Wenn Pflegende mit einer Bedrohung der persönlichen Sicherheit konfrontiert sind, sind viele möglicherweise nicht bereit, wie üblich zu arbeiten. Was als bedrohlich empfunden wird, wird von der lokalen Kultur und dem Umfeld beeinflusst. Deshalb sollten sich die Managerinnen und Manager der möglichen kulturellen und kollegialen Einflüsse auf diesen möglichen Wertekonflikt bewusst sein. **Kommentar:** *Eine interessante Studie aus Israel, wo das Gesundheitssystem ja leider häufig Situationen in Zusammenhang mit Kriegsoffern und Opfern von Terroranschlägen zu bewältigen hat. Ganz et al. (2019) verweisen in ihrer Schlussfolgerung auch auf andere Studien zu diesem Thema, in denen empfohlen wird, dass Pflegende schon in der Ausbildung über den Konflikt zwischen persönlicher Sicherheit und Arbeitsbereitschaft aufgeklärt und geeignete Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) gelehrt werden sollten. (SK).*

Quelle: Ganz, Freda DeKeyser, et al. „A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions.“ Journal of Nursing Scholarship 51.3 (2019): 281-288.

Delir und Sedierung

Es gibt verschiedene Tests für ein Delir. Interessant ist es, wenn diese direkt mit einander verglichen werden. In einer Analyse einer internationalen, multizentrischen Studie mit 1.203 gemischten Intensivpatienten wurden diese mit zwei Delir-Assessments untersucht: der CAM-ICU, die mehr auf Interaktion beruht (ANANASBAUM drücken usw.) und der ICDSC, die mehr auf Beobachtung basiert (wechselndes Verhalten usw.). (van den Boogaard et al 2020). Es wurden zwei Ergebnisse festgestellt: 1. Je tiefer ein Patient sediert ist, desto höher ist dessen Risiko für ein Delir. Bei einem RASS von 0 (=wach, aufmerksam) sind <5 % delirant. Bei einem RASS von -3 (=öffnet die Augen bei Ansprache, aber kein Blickkontakt) sind bis zu 39 % delirant. 2. Bei wachen Patienten weist eher die ICDSC auf ein Delir hin, bei schlafenden Patienten eher die CAM-ICU. **Kommentar:** *Wenn schläfrige Patienten nur beobachtet werden, aber nicht deren Aufmerksamkeit getestet wird (z.B. ANANASBAUM drücken oder Wochentage oder Monate rückwärts aufsagen lassen), kann ein Delir übersehen werden (PN)*

Quelle: van den Boogaard M, Wassenaar A, van Haren FMP et al. Influence of sedation on delirium recognition in critically ill patients: A multinational cohort study. Aust Crit Care. 2020 Feb 5