

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im November 2020

▷ Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um Mobilisierung nach Schlaganfall, Mundpflege, Decubitus, und der Kompatibilität von Propofol mit anderen Infusionen/Wirkstoffen. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund - Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Mobilisierung nach Schlaganfall

Allgemein wird bei Patienten mit akutem Schlaganfall eine frühe Mobilisierung empfohlen. Ein Cochrane-Review von Langhorne aus 2018 zeigte allerdings keine Vorteile für diejenigen Patienten, die früh und innerhalb von 24h nach akutem Schlaganfall mobilisiert worden sind. Dies lag u.a. an einer inkludierten, sehr großen Studie aus Australien, bei der festgestellt wurde, dass in der Interventionsgruppe mit Mobilisierung ≤ 24 Std. insgesamt 8,5% der Patienten nach 3 Monaten verstarben, in der Kontrollgruppe mit Mobilisierung > 24 Std aber nur 7%, der Unterschied war signifikant. Die mögliche Erklärung könnte sein, dass eine zu frühe Mobilisierung bei Patienten mit Schlaganfall eventuell die Restperfusion des Gehirns mindern könnte, vor allem wenn Patienten lange im Stuhl sitzen. Kurze (< 10 Minuten), dafür häufige Mobilisierungssequenzen könnten effektiver sein, aber hierzu fehlt noch ausreichende Evidenz. Interessant war bei dem Cochrane-Review aber auch die Schwere des Schlaganfalls: bei leichter betroffenen Patienten waren die nachteiligen Effekte nicht so stark, sodass eine vorsichtige Schlussfolgerung gezogen werden könnte: bei Patienten mit einer geringfügigen Beeinträchtigung nach akutem Schlaganfall könnte Gelegenheit zur Mobilität < 24 Std nach Schlaganfall gegeben sein. Bei schwerer betroffenen Patienten kann eine frühe Mobilisierung < 24 Std nicht empfohlen werden (PN).

Quelle: Köpke S, Nydahl P. Schlaganfall: wann sollte Mobilisation erfolgen? Die Schwester Der Pfleger 2020 (10): 50-51

Decubitus auf Intensivstation

Labeau et al (2020) haben in Kooperation mit der ESICM eine weltweite 1-Tages-Prävalenzstudie zur Erfassung von bei Intensivpatienten durchgeführt (DecubiCUs). Die Decubitus wurden mittels direkter Beobachtung anhand der Klassifizierung des National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance erhoben. Im Ergebnis konnten 13.254 Patienten auf 1.117 Intensivstationen in 90 Ländern eingeschlossen werden; in Deutschland haben 23 Intensivstationen mit 456 Patienten teilgenommen (UKSH war nicht dabei). Es wurden 6.747 Decubitus festgestellt, davon 59% auf der Intensivstation erworben. Die Prävalenz eines Decubitus bei Patienten betrug 26,6%, d.h. jeder vierte Intensivpatient hatte min. einen Decubitus. Am häufigsten waren das Sakrum und die Fersen betroffen. Neben spezifischen Risikofaktoren wie höheres Alter, Krankheitsschwere, Liegedauer usw. waren auch Aufenthalt in Ländern mit geringem mit gering-mittlerem Einkommen mit der Entstehung eines Decubitus assoziiert. Je, höher der Decubitusgrad, desto höher war auch das Risiko für die Mortalität (Grad I: OR 1,5, Grad II OR 1,6, \geq Grad III OR 2,8). Die Autoren schlussfolgern, dass mehr Bewusstsein, bessere Versorgung, ausreichende Ressourcen und mehr Forschung notwendig sind, um die Häufigkeit und Schwere von Decubitus bei Intensivpatienten zu senken (PN).

Quelle: Labeau SO, Afonso E, Benbenishty J, et al. DecubiCUs Study Team; European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) Trials Group Collaborators. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubiCUs study. Intensive Care Med. 2020 Oct 9

Mundpflege

Die britische Intensivpflegevereinigung BACCN hat neue, evidenzbasierte Empfehlungen zur Mundpflege bei Intensivpatienten herausgegeben. Auch, wenn die BACCN nicht für uns in Deutschland zuständig ist, kann die Kenntnis der Empfehlungen helfen, die eigene Praxis zu reflektieren. Die Kernempfehlungen sind zusammengefasst:

Assessment: es sollte eine Beurteilung und Dokumentation des oralen Status bei beatmeten Patienten mit einem standardisierten Assessment innerhalb von 6h nach Aufnahme und im Verlauf alle 12h erfolgen; bei nicht-beatmeten Patienten sollte mit einem standardisierten Assessment innerhalb von 6h nach Aufnahme das Assessment und die Dokumentation erfolgen.

Frequenz: Bei beatmeten Patienten sollten die Zähne 2x täglich für min. 2 Minuten geputzt werden. Zusätzlich sollte eine orale Reinigung mit Swabs, Absaugungen und Befeuchtung alle 2-4h erfolgen. Bei nicht-beatmeten Patienten sollte das Gleiche erfolgen, aber relativiert nach Vorlieben, Zustimmung und Schlafbedürfnissen der Patienten

(Anm: nicht jeder beatmete Patient ist komatös und die Aspekte der Vorlieben, Zustimmung und Schlafbedürfnisse sollten genauso berücksichtigt werden).

Material: Zur Mundpflege sollten weiche Einmal-Zahnbürsten verwendet werden, ideal mit Saugvorrichtung und zusätzlichen Schaumstoffwabs. Eine Befeuchtung kann mit künstlichem Speichel erwogen werden. Das patientenbezogene Material sollte am Bett gelagert werden können, damit es auch oft eingesetzt wird.

Spüllösung: Als Mundpflegelösung sollte eine desinfizierende Lösung verwendet werden. Chlorhexidin führte in einer Meta-Analyse zu einer erhöhten Mortalität bei nicht-chirurgischen Patienten, kann nicht mehr pauschal verwendet und sollte daher individuell entschieden werden. Wenn Wasser verwendet wird, dann steriles Wasser. Für Zahnpasta gibt es nur eine geringe Evidenz, sie muss aber nach dem Putzen vollständig entfernt werden. (Anm.: Die Lösung auf Basis von Octenidol eignet sich sehr gut)

Außerdem soll auf **Händehygiene**, ausreichende Schutzkleidung, eine Sicherung des Tubus usw. geachtet werden. Sofern keine Kontraindikationen vorliegen, sollten Patienten eine aufrechte Position einnehmen (PN).

Quelle: Collins T, Plowright C, Gibson V, et al British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical care units. Nurs Crit Care. 2020 Oct 29

Kompatibilität von Propofol mit anderen Infusionen/Wirkstoffen

In der Praxis werden Propofol Infusionen (Perfusor) manchmal mit anderen Infusionslösungen/ Wirkstoffen gemeinsam über einen venösen Schenkel/Zugang infundiert. Folgende Frage aus der Praxis wurde gestellt: Inwieweit sind evtl. Inkompatibilitäten von Propofol mit anderen Wirkstoffen bekannt/untersucht worden? Eine norwegische Forschergruppe (Nilsson et al. 2018) untersuchte die Emulsionsstabilität der Propofol-Formulierungen Propolipid, Propofol-Lipuro und Diprivan bei Verabreichung zusammen mit Remifentanyl. Zur Simulation der Kompatibilität wurde Remifentanyl (Ultiva) 50 µg/ml in Fläschchen mit 10 mg/ml Konzentrationen der genannten Wirkstoffe gemischt, die Mischungsverhältnisse von Remifenatnyl-Propofol betragen 1:1 und 10:1. Die Emulsionsstabilität wurde durch Berechnung des prozentualen Fettanteils in Globuli von mehr als 5 µm (PFAT5), Messung des pH-Werts und des mittleren Tropfendurchmessers bestimmt. Keine der Propofol-Formulierungen führte unmittelbar nach dem Mischen mit Remifentanyl in Mischungsverhältnissen von 1:1 und 10:1 zu einem erhöhten PFAT5. Alle Formulierungen führten allerdings zu PFAT5-Werten über dem, was akzeptabel ist in einem Zeitraum von 4 Stunden nach dem Mischen mit Remifentanyl, mit Ausnahme von Propolipid und Diprivan im Mischungsverhältnis 1:1. Es wurde kein Unterschied im mittleren Tröpfchendurchmesser festgestellt und die Forscher sahen keinen Zusammenhang zwischen dem verringerten pH-Wert, der auftrat und der Stabilität der Emulsionen. Schlussfolgerung der Autoren: Remifentanyl, welches mit einer Propofol-Formulierungen im gleichen intravenösen Katheter verabreicht wird, kann zu einer Emulsionsinstabilität führen. Wenn die Infusionsgeschwindigkeit langsam ist, sollte eine separate intravenöse Verabreichung dieser Medikamente in Betracht gezogen werden. **Kommentar:** *Sehr wichtig ist auch den Beipackzettel der Hersteller zu beachten, die auf Mischungsverhältnisse von Propofol sowie auf Kompatibilität und Inkompatibilitäten hinweisen. (SK)*

Quelle: Nilsson, N., Nezvalová-Henriksen, K., & Tho, I. (2019). 5PSQ-151 Are propofol emulsions stable when intravenously co-administered with remifentanyl? Abstract Online: https://ejhp.bmj.com/content/26/Suppl_1/A271.2.abstract (abgerufen 06.11.2020).

Pflege- und Therapiepreise

Bis zum 30.11.2020 können noch Bewerbungen für den DGNI-Pflege- und Therapiepreis 2021 angenommen werden: <https://www.anim.de/programm/dgni-pflege-und-therapiepreis-2021>