

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Juli 2021

► Für Euch gelesen

Liebe Kollegen*innen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um Schlaganfall, der Klinischen Frailty Skala, Vorhofflimmern, Auswirkungen des passiven Beinhebens bei außerklinischem Herzstillstand, Frühmobilisierung und der sehr praxisnahen 2019 erschienenen Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitus. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl.

Update Leitlinie Schlaganfall

Im Mai 2021 ist eine aktualisierte Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls herausgekommen (Ringleb et al., 2021). Da Schlaganfälle auch im Verlauf auftreten können und PatientInnen auch auf Intensivstationen versorgt werden, sind hier die wesentlichen Empfehlungen für die Pflege-/Therapie zusammengefasst: a) ein Dysphagie-Screening sollte innerhalb von 24 Std. nach Schlaganfall und vor der ersten oralen Belastung mit einem formalisierten Screening durchgeführt werden; b) neu dabei ist das Delir-Management: regelmäßiges Screening mit einem validen Delir-Score; Prävention mit Mobilisierung, Re-Orientierung, Seh- u. Hörhilfen, nachts Schlafhygiene usw., c) Sauerstoffgabe: Sauerstoff soll nicht routinemäßig verabreicht werden, aber wenn die $sO_2 < 95\%$ sinkt; d) Blutzucker: das Ziel für den Blutzucker liegt bei moderaten: 70–200 mg/dl, Insulin kann ab 180 mg/dl gegeben werden; e) Temperatur: ab $> 37,50\text{ }^\circ\text{C}$. kann die Temperatur gesenkt werden, wichtig ist die Ursachenforschung, ggf kann Paracetamol gegeben werden f) Blutdruck: generell sind starke Blutdruckschwankungen zu vermeiden, allgemein gewährleistet ein höherer Druck bis zu einer gewissen Grenze eine bessere Hirnperfusion. Anpassung an vorbestehenden Hypertonus, Infarktgröße usw ist möglich (Ausnahme: hämorrhagischer Stroke); bei dem allg. Schlaganfall kann ab $\geq 220\text{ syst}/120\text{ diast}$ mmHg der Blutdruck langsam um $< 25\%$ gesenkt werden; vor, während und nach systemischer Lyse sollte der Blutdruck niedriger sein mit dem Ziel 140–160 syst, Senkung ab $\leq 180\text{ syst}/105\text{ diast}$; nach neuroradiologischer Intervention und vollständiger Rekanalisation ist das Ziel 120–160 syst, Senkung ab $\leq 180\text{ syst}/105\text{ diast}$; g) Mobilisierung/Physiotherapie: erste Mobi innerhalb < 48 Std., bei schweren Schlaganfällen (NIHSS >16) aber keine intensive Mobilisierung innerhalb von 24 Std.! Wirksam sind 30–60 Min/Tag, 5–7 Tage/Woche; Std.) Ergotherapie: frühzeitig, um Defizite und Kognition zu verbessern; i) Gender: die Empfehlungen gelten für alle Geschlechter gleich! j) Hemikraniektomie bei Pat. ≤ 60 J. mit großen Infarkten wird innerhalb von ≤ 48 Std. empfohlen. Hypothermie wird generell nicht empfohlen.

Kommentar: Die Leitlinie hat einige Neuerungen wie das strukturierte Dysphagiemanagement, auch das regelmäßige Delirscreening wird nun (endlich) empfohlen. Beachtenswert ist der Hinweis, dass die Empfehlungen für alle Geschlechter gleichermaßen gelten, basiert aber leider auf dem Umstand, dass in der Vergangenheit die Symptome bei Frauen teilweise bagatellisiert und sie deswegen weniger behandelt worden sind. (PN).

Quelle: Ringleb et al (2021): Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/030-046.html

Reliabilität der Clinical Frailty Scale bei sehr alten Intensivpatienten: eine prospektive europäische Studie

Gebrechlichkeit ist ein wertvoller Prädiktor, der für das zu erwartende Behandlungsergebnis bei älteren, kritisch kranken Patienten:innen hinzugezogen werden kann. Es gibt viele Instrumente, die zur Beurteilung der Gebrechlichkeit entwickelt wurden, aber nur wenige von ihnen können im Setting einer Intensivstation angewendet werden. Ein Instrument, welches für diesen Bereich geeignet scheint, ist die Clinical Frailty Scale (CFS) (deutsch: Klinische Frailty Skala). Ziel der CFS ist die Identifizierung von Patienten:innen mit einem erhöhten Risiko nicht von einer intensivmedizinischen Intervention zu profitieren. Die Skala besteht aus 9 Kategorien, in denen beurteilt wird (durch Befragung von den Patienten:innen, Angehörigen, Pflegenden und betreuende Personen), welche Fähigkeiten die betreffende Person vor 2 Wochen hatte. Die Einschätzung soll nicht auf den Ist-Zustand, in dem sich der/die Patient:in in der akuten Erkrankungsphase befindet, beziehen. Die Ergebnisse der Studie von Flaatten et al. (2021) basieren auf einer Teilstudie innerhalb einer größeren Outcome-Studie älterer Intensivpatienten in Europa (die VIP-2 Studie), um die Zuverlässigkeit der CFS zu dokumentieren. An der VIP-2-Studie nahmen 129 Intensivstationen aus 20 Ländern teil. Bei den Patienten:innen handelte es sich um Akutaufnahmen ≥ 80 Jahre. Die Gebrechlichkeit wurde bei der Aufnahme von zwei unabhängigen Beobachtern anhand des CFS beurteilt. Ergebnis: 1923 Bewerberpaare wurden eingeschlossen. Die Wissenschaftler:innen fanden eine sehr hohe Inter-Rater-Übereinstimmung (= Ausmaß der Übereinstimmungen der Ergebnisse bei unterschiedlichen Beobachtern). Die Übereinstimmung beim Vergleich von Informationen aus Familien-

oder Krankenhausakten war besser als bei der ausschließlichen Verwendung direkter Patienteninformationen. Paare von Bewerter:innen aus demselben Beruf schnitten besser ab als aus verschiedenen Berufen. Schlussfolgerungen: Insgesamt wurde eine hohe Zuverlässigkeit bei der Verwendung des CFS im Intensivbereich und in dieser Patientengruppe erzielt. Der Frailty-Score könnte häufiger bei älteren Intensivpatienten eingesetzt werden, um einen ganzheitlicheren und realistischeren Eindruck vom Zustand des Patienten vor der Aufnahme auf die Intensivstation zu erhalten. **Kommentar:** *Der CFS wird sowohl national wie auch international empfohlen, unter anderem hebt die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) die Bedeutung der Verwendung der CFS bei „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ klar hervor. (SK).*

Quelle: Flaatten, H., Guidet, B., Andersen, F.H. et al. Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. *Ann. Intensive Care* 11, 22 (2021)

Vorhofflimmern: Ablation oder medikamentöse Therapie?

Mann/Frau wird nicht jünger und selbst bei Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen treten irgendwann die ersten Zipperlein auf, u.a. auch Vorhofflimmern (VHF). Ein neu diagnostiziertes VHF (VHF) erhöht das Risiko, in den folgenden 5 Jahren zu sterben um 49 %, Herzversagen zu erleiden um 14 % und einen Schlaganfall zu haben um 7 %. Je früher VHF behandelt wird, desto geringer sind diese Risiken, allerdings müssen Symptome, Komorbiditäten, Leidensdruck und Nebenwirkungen gut abgewogen werden. In der Therapie ist es unklar, ob bei Erwachsenen mit paroxysmalem VHF ein normaler Sinusrhythmus eher durch eine Katheterablation oder medikamentöse Therapie erreicht werden kann. Turagam et al (2021) führten eine systematische Literaturanalyse in verschiedenen Datenbanken und Meta-Analyse von 6 randomisierten Studien und 1.212 Patienten durch. Im Ergebnis führt eine Ablation im Vergleich zur medikamentösen Therapie zu einer 38 % effektiveren Behandlung von VHF und 68 % weniger Krankenhausaufnahmen (gemessen ohne die Krankenhausaufnahme für die Ablation). Es gab keine signifikanten Unterschiede bei Sicherheitsereignissen wie Blutungen, Thrombosen, Bradykardien, Synkopen usw. Das Wiederauftreten von symptomatischem VHF nach 1-2 Jahren betrug bei Ablation 12 %, bei medikamentöser Therapie 26 % ($p < 0,001$). **Kommentar:** *die Ablationstechnik hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert und sie könnte im Vergleich zur medikamentösen Therapie die erste Wahl sein, allerdings ist sie aufwendiger, bedarf einer invasiven Intervention und auch dann kommt man/frau zeitweise nicht ganz ohne Medikamente aus. Langzeitstudien in den nächsten Jahren, die auch 10-Jahreseffekte untersuchen, werden weitere Hinweise liefern (PN).*

Quelle: Turagam MK, Musikantow D, Whang W, Koruth JS, Miller MA, Langan MN, Sofi A, Choudry S, Dukkipati SR, Reddy VY. Assessment of Catheter Ablation or Antiarrhythmic Drugs for First-line Therapy of Atrial Fibrillation: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Cardiol.* 2021 Jun 1;6(6):697-705. doi: 10.1001/jamacardio

Auswirkungen des passiven Beinhebens bei außerklinischem Herzstillstand: eine randomisierte kontrollierte Studie

Der vorübergehende Effekt des passiven Beinhebens (PLR) wurde bei septischen Patienten beschrieben. Es gibt Daten, die darauf hindeuten, dass PLR ebenfalls die Hämodynamik während der kardiopulmonalen Reanimation (CPR) verbessert. Ziel der spanischen Studie von Azeli et al. (2021) war es, die Wirksamkeit und Sicherheit von PLR während der Reanimation bei einem außerklinischen Herzstillstand zu ermitteln. Es wurde eine randomisierte, kontrollierte Studie mit verblindeter Bewertung durchgeführt, bei den Patienten:innen ≥ 18 Jahre entweder mit PLR oder in einer flachen Position (ohne Anheben der Beine), nach einem Herzstillstand, reanimiert wurden. Der Hauptendpunkt war das Überleben bis zur Krankenhausaufnahme mit einem guten neurologischen Ergebnis, definiert als zerebrale Leistungskategorie (CPC 1-2). Ergebnisse: Insgesamt wurden $n = 588$ randomisierte Fälle eingeschlossen, 301 wurden mit PLR behandelt und 287 waren Kontrollen. Insgesamt wurden 67,8 % Männer eingeschlossen, das durchschnittliche Alter betrug 72 Jahre. Bei Krankenhausaufnahme waren 3,3 % in der PLR-Gruppe und 3,5 % in der Kontrollgruppe mit CPC 1-2 am Leben ($p = 0,91$). Es wurden keine signifikanten Unterschiede im Überleben bei Krankenhausaufnahme bei allen Patienten:innen ($p = 0,95$) und bei Patienten:innen mit einem initial schockbaren Rhythmus gefunden. Es gab keine Unterschiede in den Raten für pulmonale Komplikationen im Thorax-Röntgen und Hirnödeme im CT. Schlussfolgerung der Wissenschaftler:innen: In dieser Studie konnte nicht nachgewiesen werden, dass PLR während Reanimation das Überleben bis zur Krankenhausaufnahme verbesserte. Es wurden keine Hinweise auf unerwünschte Wirkungen gefunden. (SK).

Quelle: Azeli, Y., Bardají, A., Barbería, E. et al. (2021). Clinical outcomes and safety of passive leg raising in out-of-hospital cardiac arrest: a randomized controlled trial. *Crit Care* 25, 176

Frühmobilisierung

Mittlerweile liegen eine unüberschaubare Anzahl an Studien zur Frühmobilisierung von Intensivpatienten vor. In einer Übersichtsarbeit wurden 33 systematische Übersichtsarbeiten inkl. 14 Meta-Analysen identifiziert, um die Datenlage für verschiedene Fragestellungen, Interventionen und Outcomeparameter zur Frühmobilisierung zusammenzufassen. Frühmobilisierung scheint sicher anwendbar zu sein und vor allem das Weaning zu beschleunigen sowie die Verweildauer zu verkürzen. Einzelne Übersichtsarbeiten untersuchten auch Protokolle, Leitlinien, Barrieren oder die Umsetzung bei ECMO, in der Kardiochirurgie oder Pädiatrie usw. Die interprofessionelle Kommunikation scheint hierbei von zentraler Bedeutung für die Umsetzung zu sein (PN).

Quelle: Nydahl P, Dubb R, Hermes C, Nessizius S, Moritz R: Evidenz der Frühmobilisierung. *DIVI* 2021; 12: 076–082. DOI 10.3238/DIVI.2012.0076–0082

Prävention und Behandlung von Dekubitus – Kurzfassung der Leitlinie 2019

Die Prävention und Behandlung von Dekubitus sind ein Kernthema pflegerischen Handelns. Die Kurzfassung der aktuellen Leitlinie dazu ist ebenfalls in einer deutschen Version 2019 erschienen. Die Leitlinie wie auch die Kurzfassung wurde vom European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), dem National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) und der Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) verfasst. Sie stellt einen umfassenden Überblick der zum Zeitpunkt der Literaturrecherche verfügbaren Erkenntnisse hinsichtlich der Beurteilung, Diagnose, Prävention und Behandlung von Dekubitus dar. Die Empfehlungen sind als allgemeine Leitlinie für die klinische Praxis zu verstehen und sollen von qualifizierten Gesundheitsfachkräften bei der Beurteilung unter Berücksichtigung der persönlichen Präferenz und den verfügbaren Ressourcen der Patienten:innen zur Anwendung gebracht werden. **Kommentar:** *Diese Kurzfassung enthält komprimierte, gut in die Praxis umzusetzende Empfehlungen die frei verfügbar sind. Wissens- und Lesenswert!*

(SK). Quelle: Online: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/06/qrg-2020-german.pdf> (abgerufen 06.07.2021)