

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Für Euch gelesen

Kiel und Lübeck im September 2024



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Newsletter geht es um die Frage des Effektes von gegebener i.v. Flüssigkeit in den ersten Tagen der Sepsis, um flexible Besuchszeiten, um die Compliance der Eltern zu Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen bezüglich des plötzlichen Kindstods und um Dysphagie. Falls Ihr Fragen zu speziellen Themen habt, die Euch „bewegen“, schreibt uns gerne an. Bleibt gesund – Susanne Krotsetis und Peter Nydahl

Flüssigkeitsbolus und Infusionen in der frühen Phase bei septischem Schock und sepsisbedingter Hypotonie

Mit der Frage nach dem Verhältnis zwischen den als Bolus verabreichten Flüssigkeiten und der gesamten Flüssigkeitszufuhr in den frühen Phasen des Intensivaufenthalts bei Sepsis sowie die Auswirkungen der Flüssigkeitsstrategie auf die Sterblichkeit auf der Intensivstation beschäftigten sich Albini et al. (2024). Dafür wurden retrospektive Daten von $n = 220$ Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines septischen Schocks und sepsisbedingter Hypotonie aufgenommen wurden, analysiert. Flüssigkeitsbolus und -erhaltung machten $49,3\% \pm 22,8\%$ der gesamten Flüssigkeitszufuhr aus, wobei die ausgeglichene Lösung am meisten vertreten war ($40,4\% \pm 22,0$). Das Flüssigkeitsvolumen für Medikamenteninfusionen machte $34,0\% \pm 2,9$ der gesamten Flüssigkeitsaufnahme aus, während die orale oder über eine nasogastrale Sonde verabreichte Flüssigkeitsaufnahme $18,0\% \pm 15,7$ der gesamten Flüssigkeitsaufnahme ausmachte. Die als Bolus verabreichte Flüssigkeitsmenge machte $8,6\%$ der gesamten Flüssigkeitszufuhr über die ersten vier Tage aus, mit einem Rückgang von $25,1\% \pm 24,0$ am ersten Tag auf $4,8\% \pm 8,7$ am vierten Tag. Eine positive Flüssigkeitsbilanz [$p = 0,021$] war der wichtigste Faktor im Zusammenhang mit der Sterblichkeit auf der Intensivstation. Nicht-Überlebende ($n = 66$; 30%) erhielten nur an Tag 1 eine höhere Gesamtmenge an Infusionen als Überlebende [$p = 0,022$]. Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren: Die Daten dieser Arbeiten zeigen, dass eine positive Flüssigkeitsbilanz in den ersten 4 Tagen auf der Intensivstation mit der Sterblichkeit verbunden ist. **Kommentar:** Bei der Bewertung dieser Ergebnisse muss u.a. die retrospektive Datenanalyse mit in Betracht gezogen werden, d.h. es werden Daten genutzt, die in der Vergangenheit aufgenommen wurden und ggf. verschiedenen Einflüssen, z.B. durch patientenindividuelle Faktoren oder unterschiedliche Behandlungsstrategien, unterliegen. Wünschenswert wäre es, diese wichtige Frage durch weitere randomisierte Studien zu erforschen. (SK).

Quelle: Messina, A., Albini, M., Samuelli, N. et al. (2024). Fluid boluses and infusions in the early phase of resuscitation from septic shock and sepsis-induced hypotension: a retrospective report and outcome analysis from a tertiary hospital. *Ann. Intensive Care* 14, 123 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01347-6>

Flexible Besuchszeiten senken im Vergleich zu kurzen Besuchszeiten PTBS bei Angehörigen

Angehörige von Intensivpatientinnen und -patienten stehen unter erheblichem Stress, sind in Sorge um die Patientinnen und Patienten, müssen multiple Rollen erfüllen und das alles irgendwie aushalten. Es ist erklärbar, dass die Angehörigen ein erhöhtes Risiko für Angst, Depression und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) haben. Risikofaktoren sind hierfür weibliches Geschlecht, jüngeres Alter, niedrigerer Bildungsstatus und vorbestehende Belastungen. Hat aber die Dauer der Besuchszeiten einen möglichen Einfluss auf die Entstehung einer PTBS bei Angehörigen? Barreto de Souza et al (2024) aus Brasilien haben in einer Cluster-randomisierten Studie auf 36 Intensivstationen die Angehörigen von Kritisch Kranken über ein Jahr nachbeobachtet. In der Interventionsgruppe (IG) wurden flexible Besuchszeiten von maximal 12 Std., in der Kontrollgruppe (KG) maximal 1,5 Std. angeboten; zusätzlich erhielten die Angehörigen der IG ein Aufklärungsgespräch und Informationsmaterialien. Im Ergebnis konnten 519 Angehörige untersucht werden. Die tatsächliche Besuchszeit waren durchschnittlich 4,9 Std. in der

IG und 1,5 Std. in der KG. Die Prävalenz von PTBS nach einem Jahr lag in der IG bei 21 % vs 30,5 % in der KG, der Unterschied ist signifikant ($p=0.01$). Die Unterschiede in den Häufigkeiten von Angststörungen (IG 28,9 % vs KG 33,2 %) und Depressionen (IG 19,2 % vs KG 25 %) waren hingegen nicht signifikant. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass flexible Besuchszeiten im Vergleich zu restriktiven Besuchszeiten die Häufigkeit von PTBS nach einem Jahr signifikant senken können. **Kommentar:** kann diese relativ einfache Intervention PTBS senken? Flexible und längere Besuchszeiten können Angehörigen das Gefühl vermitteln, mehr Kontrolle über die Situation zu haben und dadurch Stress und Angst senken, weiterhin kann eine stärkere Verbindung mit den Kritisch Kranken entwickelt werden, die die Resilienz der Angehörigen stärkt und es können sich eher Gespräche zwischen dem Team und den Angehörigen entwickeln, die einem besseren Verständnis und Coping führen. Es ist also nicht einfach nur die Dauer der Besuche, sondern auch deren Qualität, die Kommunikation mit dem Team und die Informationen, die den Angehörigen verständlich vermittelt werden. Limitierend muss erwähnt werden, dass die Angehörigen nur einmal untersucht worden sind, es daher unklar ist, wie viele bereits vor Aufnahme der Kritisch Kranken eine PTBS hatten (2–7 % sind „normal“ in der Bevölkerung) und nicht alle eingeschlossenen Angehörigen bis zum Schluss in der Studie geblieben sind. Insgesamt spricht also einiges für die flexiblen Besuchszeiten (PN).

Quelle: Barreto de Souza et al. Long-term effects of flexible visitation in the intensive care unit on family members' mental health: 12-month results from a randomized clinical trial. Intensive Care Medicine, <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07577-3>.

Plötzlicher Kindstod: Befolgen Eltern die Empfehlungen?

Eine Frage aus der pädiatrischen Praxis bezieht sich auf das Thema des plötzlichen Kindstods (SIDS) und ob durch die Aufklärung der Eltern hinsichtlich der Risikofaktoren signifikante Auswirkungen auf die Rate des SIDS nachgewiesen werden können. Unter dem SIDS versteht man den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings, zumeist im Schlaf, ohne dass eine Todesursache nachgewiesen werden kann. Der plötzliche Kindstod stellt in den Industrienationen die häufigste Todesursache im ersten Lebensjahr dar. In Deutschland zeigt sich erfreulicherweise in den letzten Jahrzehnten ein rückläufiger Trend. Im Jahr 2022 sind in Deutschland 91 Säuglinge am SIDS verstorben (im Jahre 1991 waren es 1285). Dies mag an den vermehrten Bemühungen zu Aufklärungs- und Präventionskampagnen zum SIDS liegen. Die Bauchlage ist der wichtigste bekannte modifizierbare Risikofaktor für das plötzliche Kindstodsyndrom. Eltern wird empfohlen, ihre Kinder in Rückenlage schlafen zu lassen. Neben der Schlafposition gibt es noch weitere SIDS-Empfehlungen, wie unter anderem die Säuglinge in einem Schlafsack ohne zusätzliche Decke zu betten, für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen und keine Kuscheltiere oder andere Dinge im Säuglingsbett zu belassen, um zu verhindern, dass die Atemwege des Säuglings abgedeckt werden. Ziel einer spanischen Studie von Ruiz-Botia et al. aus dem Jahr 2020 war es, die Prävalenz der Bauchlage während des Schlafs in einer Stichprobe spanischer Säuglinge und Kleinkinder sowie andere mit SIDS verbundene Risikofaktoren zu untersuchen. Methoden: In einer Querschnittsstudie, an der 640 Familien mit Kindern im Alter von 0 Monaten bis 11 Monaten teilnahmen, wurden neben der 1) Schlafposition die Einhaltung von vier weiteren Empfehlungen in Bezug auf SIDS analysiert: 2) Schlafplatz des Säuglings, 3) Stillen, 4) Anwendung von nicht-nutritiven Saugen und 5) mütterliches Rauchen. Ergebnisse: Insgesamt schliefen 41,3 % der Säuglinge unter 6 Monaten und 59,7 % der Säuglinge im Alter von 6–11 Monaten in einer nicht empfohlenen Position. Nur 6,4 % der untersuchten Familien befolgten alle fünf Empfehlungen. Schlussfolgerung der Autorinnen und Autoren: In der untersuchten Stichprobe gab es eine hohe und daher besorgniserregende Prävalenz von veränderbaren Risikofaktoren für SIDS. Neben anderen Kampagnen zur Sensibilisierung und Vorbeugung von SIDS sollte auch die personalisierte Edukation gefördert werden. **Kommentar:** Die Arbeit von Ruiz-Botia et al. (2020) zeigt, wie wichtig neben den allgemeinen Aufklärungskampagnen zum SIDS besonders das direkte Gespräch mit den Eltern sowie die Aufklärung und ggf. Anleitung ist. (SK).

Quellen: Anzahl der plötzlichen Kindstode in Deutschland im Zeitraum von 1980 bis 2022. Online: [Plötzliche Kindstode in Deutschland bis 2022 | Statista](#) (abgerufen 28.08.2024). Ruiz-Botia, I., Cassanello-Peñarroya, P., Díez-Izquierdo, A., Martínez-Sánchez, J. M., & Balaguer-Santamaría, A. (2020). Sudden infant death syndrome: Do the parents follow the recommendations? *Anales de Pediatría (English Edition)*, 92(4), 222–228.

Dysphagie nach Extubation

Nach der Extubation eines Tubus (ETT) können viele Patientinnen und Patienten wieder sprechen, trinken und essen. Ein Problem ist allerdings, dass der ETT den Kehlkopf strapaziert, sodass es durch die Intubation zu Schluckstörungen kommen kann, die auch nach einer Extubation weiterhin bestehen können. Schluckstörungen führen wiederum zu erhöhten Risiken für Aspiration, Pneumonie, Re-Intubation und Mortalität. Wie oft diese Dysphagie vorkommt, haben Yu et al. (2024) in einer systematischen Literaturrecherche und Meta-Analyse untersucht. Die Autorenschaft konnte nach Suche in neun Datenbanken insgesamt 4.144 Titel identifizieren, von denen 30 Studien geringer Qualität mit insgesamt 6.228 Patientinnen und Patienten in die abschließende Analyse eingeschlossen

worden sind. Im Ergebnis zeigt sich, dass allgemein jede dritte Patientin, bzw. Patient post extubationem eine Dysphagie ausweisen kann! Genauer sind es nach $\leq 3h$ 31%, 4–6h 28%, $\leq 24h$ 41% und $\leq 48h$ 49%. Als Risikofaktor zeigte sich neben bestehenden Grunderkrankungen wie Schlaganfall oder neurodegenerative Erkrankungen vor allem die Intubationsdauer. **Kommentar:** *ein strukturiertes Dysphagiescreening wird bei allen Patientinnen und Patienten nach längerer Beatmung mit ETT vor der ersten oralen Belastung empfohlen, zB anhand des GUSS-Tests. Sobald Patientinnen und Patienten nach dem Trinken von wenig Wasser sich räuspern, husten, eine feuchte Stimme haben oder Flüssigkeit aus dem Mund läuft, sollte die Logopädie konsultiert werden (PN).*

Quelle: Yu W, Dan L, Cai J, Wang Y, Wang Q, Zhang Y, Wang X. Incidence of post-extubation dysphagia among critical care patients undergoing orotracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. Eur J Med Res. 2024 Aug 31;29(1):444.

In eigener Sache:

Save the Date: 1. Lübecker Pädiatrisches und Neonatologisches Pflegesymposium

26 September, 9 Uhr. Anmeldung bis zum 13. September unter: ✉ veranstaltung.pflege.luebeck@uksh.de

Die Veranstaltung ist kostenfrei. Veranstaltungsort UKSH, Campus Lübeck, Haus 70 (Turmgebäude), Hörsaal H1.

Ansprechpartner: ✉ Sven.Schneider@uksh.de, ☎ 0451 500-13 551

Online-Beratung Pflegewissenschaft. Nächster Termin 10. September!

Wir freuen uns, Ihnen und Euch unsere neue Online-Beratung Pflegewissenschaft vorzustellen! Diese findet jeden 2. Dienstag im Monat von 11:30 bis 12:30 Uhr via Zoom statt: [Link](#)

In dieser Sitzung bieten wir umfassende Beratung zu verschiedenen Themen an, darunter:

- Weiterentwicklung und Karriere von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen im UKSH: wie können beruflichen Ziele erreicht und die eigene Karriere vorangetrieben werden.
- Informationen und Anregungen zu den Tätigkeiten und Rollen von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen.
- Unterstützung und Tipps zur Erstellung und Strukturierung von wissenschaftlichen Arbeiten, seien es Bachelor-/Master-/Promotionsarbeiten
- Forschungsfragen entwickeln: wie können relevante und spannende Forschungsfragen formuliert werden?
- Forschungen konzipieren: Wir unterstützen dabei, eigene Forschungsprojekte von der Idee bis zur Umsetzung zu planen.
- Implementierung: wir geben Tipps und Hinweise, wie Forschungsergebnisse in die Praxis umgesetzt werden können.

Und vieles mehr! Das Beratungsangebot gilt für alle Pflegefachpersonen wie auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie Therapie, Medizin, und andere. Nutzt diese Gelegenheit, um Fragen zu stellen und mit uns in den Dialog zu treten. Wir freuen uns auf die Teilnahme und darauf, Sie und Euch zu unterstützen.