

DER STRESS-STOFFWECHSEL BEIM KRITISCH KRANKEN INTENSIVPATIENTEN

Kennzeichnend für den Stoffwechsel des kritisch Kranken ist ein Ablauf in Phasen, in Abhängigkeit vom Schweregrad der Homöostasestörung. Zu früh zu viel oder zu spät zu wenig sollte vermieden werden!

KATABOLE PHASE/ AKUTPHASE:

- FRÜHE AKUTPHASE
(1-3 TAGE)
- SPÄTE AKUTPHASE
(2-4 TAGE)

ANABOLE PHASE/ POST-AKUTPHASE:

- REKONVALESZENZ
(ÜBER 7 TAGE)
- REHABILITATION
(ÜBER 7 TAGE)

HYPERALIMENTATION VERMEIDEN
GEFAHR DER HYPERGLYKÄMIE

HYPOALIMENTATION VERMEIDEN
GEFAHR DER MANGELERNÄHRUNG

Eine erneute Homöostasestörung, z.B. eine erneute Infektion, kann wieder zu einem Rückfall in die Akutphase führen.

Sofern keine Kontraindikation vorliegt, sollte die enterale Ernährung bei kritisch kranken Intensivpatienten frühzeitig, innerhalb 24h nach Aufnahme, begonnen werden. Angepasst an den Stress-Stoffwechsel, sollte mit einer minimalen Ernährung in der Akutphase begonnen und diese langsam gesteigert werden. Die Möglichkeit des ergänzenden Zusammenspiels von enteraler und parenteraler Ernährung ist dringend zu berücksichtigen.



AKUTPHASE: MINDESTENS ZOTTENERNÄHRUNG (etwa 250-500 kcal/d), UM DIE DARMBARRIERE ZU ERHALTEN → FRÜHZEITIGER EINSATZ VON ENTERALER ERNÄHRUNG IST ENTSCHEIDEND!

POSTAKUTPHASE: DIE ZUFUHRRATE SOLLTE INDIVIDUELL NACH GASTROINTESTINALER VERTRÄGLICHKEIT UND BLUTZUCKERPROFIL GESTEIGERT WERDEN.



WICHTIG: Beachte stets eventuelle Flüssigkeitsrestriktionen!
(Spülen, Parenterale Ernährung)

REGELN FÜR DIE ENTERALE ERNÄHRUNG KRITISCH KRANKER INTENSIVPATIENTEN*

1 Frühzeitige Ernährungstherapie innerhalb von 24h

Patienten, die voraussichtlich keine bedarfsdeckende Ernährung in der frühen Akutphase erreichen, sollten eine klinische Ernährungstherapie innerhalb von ca. 24h nach Aufnahme erhalten.

2 Enteral ist die erste Wahl

Sofern keine Kontraindikation vorliegt, sollte in allen Krankheitsphasen bei nicht ausreichender oraler Ernährung die enterale Ernährung (EE) bevorzugt eingesetzt werden.

3 Parenterale Ernährung nur ergänzend

Parenterale Ernährung (PE) sollte erst dann zum Einsatz kommen, wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, die EE zu maximieren. Eine kombinierte EE/PE sollte durchgeführt werden, wenn das an die Phase der Erkrankung und an die metabolische Toleranz angepasste Kalorien- und Nährstoffziel nicht durch die EE erreicht werden kann sowie bei vorbestehender Mangelernährung.

4 Bedarfsadaptiert steigern

Langsamer Beginn der enteralen Ernährung mit 10–20 ml/h (Darmzottenernährung), Steigerung der Zufuhr rate individuell nach gastrointestinaler Verträglichkeit.

5 Ausreichend Eiweiß

Ernährung ist mehr als Energie: Bei Intensivpatienten sollte früh auf eine adäquate Eiweißversorgung geachtet werden.

* Diese Empfehlungen sind abgeleitet von den aktuellen DGEM- sowie ESPEN-Leitlinien „Klinische Ernährung in der Intensivmedizin“

6 Gastral vor jejunal

Der gastrale Zugang sollte bevorzugt werden. Bei funktionierendem Gastrointestinaltrakt kann auch bei Bauchlage enteral ernährt werden, bei Hinweisen auf eine verzögerte Magenentleerung aber frühzeitig eine jejunale Ernährungssonde initiiert werden. Bei hohem Aspirationsrisiko kann eine jejunale Ernährung sinnvoll sein.

7 Kontinuierlich oder Bolus?

Die gastrale Ernährung von kritisch kranken Intensivpatienten wird meist kontinuierlich per Pumpe durchgeführt, bei jejunaler Sondenlage wird dies stark empfohlen. Bei stabilen Patienten ist eine gastrale Ernährung auch via Bolusgabe möglich.

8 Ernährung ohne Pause

Die enterale Ernährung kann ohne Berücksichtigung des Tag-Nacht-Rhythmus über 24h durchgeführt werden, ohne nächtliche Nahrungspausen.

9 Keine Immunonutrition

Immunmodulierende enterale Nährlösungen sollten bei kritisch Kranken nicht eingesetzt werden. Enterale Ernährung mit Omega-3-Fettsäuren innerhalb der üblichen Nährstoffempfehlung kann verabreicht werden, eine zusätzliche Anreicherung sollte nicht routinemäßig gegeben werden.

10 Nicht-nutritive Kalorien mitzählen

Das Sedierungsmittel Propofol ist in einer Fettemulsion gelöst und liefert eine nicht unwesentliche Menge an Kalorien.

SIE HABEN FRAGEN ZUR ENTERALEN ERNÄHRUNGSTHERAPIE? Nutricia unterstützt Sie bei der Betreuung Ihrer Patientinnen und Patienten sowie der Fortführung ihrer ambulanten Ernährungstherapie.

Deutschland:
Nutricia GmbH
Postfach 2769
D-91015 Erlangen

Österreich:
Nutricia GmbH
Technologiestraße 10
A-1120 Wien

Schweiz:
Nutricia S.A.
Hardturmstrasse 135
CH-8005 Zürich

Nutricia Kundenservice
00800 700 500 00
(gebührenfrei)

