
Kan het ook sneller? Onderzoek naar de toedieningsduur van sondevoeding aan kinderen

Onderzoeker Sulkers, Drs. E.
Organisatie Universitair Medisch Centrum Groningen
Adres Postbus 30001 - 9700 RB - Groningen
Telefoon 050 3611804
E-mailadres <mailto:e.sulkers@wenckebach.umcg.nl>

Probleemstelling: Wat zijn de gevolgen voor de prevalentie van braken als de toedieningsduur van een bolus sondevoeding gereduceerd wordt tot max 10-20 minuten?

Samenvatting Achtergrond: Uit eerder onderzoek is gebleken dat de toedieningsduur van sondevoeding in bolussen erg lang is (> 20 minuten) zonder dat hiervoor rationele argumenten zijn. Om meerdere redenen zou het wenselijk zijn om de toedieningsduur te verkorten (fysiologisch: bij kortere toedieningsduur is er meer overeenkomst met de normale voedingssituatie; patientvriendelijk: bij een kortere toedieningsduur neemt de voeding minder tijd in beslag waardoor er meer tijd is om te spelen cq gewone activiteiten te ondernemen; overig: bij korte toedieningsduur kan de voeding evt op de hand gegeven worden hetgeen wenselijk kan zijn uit kosteneffectiviteits oogpunt cq omdat hierdoor een situatie ontstaat die minder medicaliserend is). Een kortere toedieningsduur moet echter wel verantwoord zijn dwz de prevalentie van braken moet gelijk blijven.

Doelstelling: Het wetenschappelijk onderbouwen van de richtlijn toediening van sondevoeding aan kinderen: met betrekking tot het aspect toedieningsduur van sondevoeding in bolussen.

Methode: Equivalentiestudie (equivalentiemarge 5%) bij 15 kinderen die sondevoeding in bolussen kregen. Het betrof een gerandomiseerd cross-over design, waarbij ieder kind tweemaal aan beide condities (toedieningsduur van 1 uur versus een toedieningsduur van maximaal 10-20 minuten) werd blootgesteld. De deelname aan het onderzoek duurde vier dagen. Hierna ontving het kind the care as usual. Onderzoekspopulatie: Alle opgenomen kinderen die (gedurende de periode maart tot en met augustus 2005) sondevoeding in bolussen kregen. Exclusie: Kinderen met gastrointestinale problematiek, kinderen met oncologische aandoeningen en neonaten < 35 weken.

Resultaten: De prevalentie van braken is laag: de gemiddelde proportie braken bij de korte toedieningsduur (10-20 minuten) was 0,04 (sd 0,07) de gemiddelde proportie braken bij de lange toedieningsduur (1 uur) was 0,03 (sd 0,06) het 95% betrouwbaarheidsinterval voor het verschil tussen gemiddelde proporties braken (kort - lang) omvat het bereik van van -,0229 tot 0,400

Conclusie: Het verschil tussen de lange- en de korte toedieningsduur m.b.t. de prevalentie van braken is bij deze steekproef verwaarloosbaar klein. Hierdoor lijkt het verantwoord om de toedieningssnelheid van een bolus sondevoeding te verhogen. De steekproef bevatte echter met name kinderen die weinig braakten. Zowel bij de lange- als bij de korte toedieningsduur werd er weinig gespuugd. Wat de gevolgen zijn van het verkorten van de toedieningsduur van een bolus sondevoeding bij kinderen die bij de lange toedieningsduur al veel braken is niet bekend. Bovenstaande verandering mbt het toedieningsbeleid geldt dan ook alleen voor kinderen die weinig braken. Bij deze groep kinderen wordt echter in de reguliere praktijk onnodig veel tijd besteed aan het toedienen van (bolus) sondevoeding. Om meerdere redenen zou het wenselijk zijn om bij deze groep de toedieningstijd te verkorten.

Bezwaren van het onderzoek: - De onderzoekspopulatie betrof een Convenience sample. - De steekproef bevatte met name kinderen die weinig braakten. Replicatieonderzoek op bredere patiëntenpopulatie is gewenst
Publicaties (nog) geen publicaties verschenen