

TRANSMURALE SAMENWERKING BIJ DE BEHANDELING VAN DECUBITUS

T. Berends*

Decubitus wordt in de Herziening consensus decubitus van juni 1992 van het CBO als volgt omschreven: "Elke degeneratieve verandering (beschadiging) van weefsels die tot stand komt onder invloed van hierop inwerkende druk- en/of schuifkrachten. Hierbij kan een kortdurende hoge belasting van weefsels hetzelfde effect hebben als een langdurige lage belasting".

Het netwerk Verpleegkundig Decubitus Consulents heeft hier nog een definitie aan toegevoegd namelijk: "Decubitus is een (ongewenste) complicatie ten gevolge van ziekte of behandeling wat kan leiden tot pijn, ongemak, verlenging van de opnameduur, invaliditeit of mortaliteit. Doel van de decubituszorg is decubitus te voorkomen en wanneer het toch ontstaat te behandelen op eenvoudige, doelmatige, effectieve wijze met zo min mogelijk belasting voor de patiënt of hulpverlener en met een maximaal resultaat".

Decubitus wordt ingedeeld in vier stadia (en soms 5, inclusief stadium 0). Deze indeling is niet gebaseerd op de chronologische volgorde van de stadia die een patiënt met decubitus doorloopt, maar op de gradering in ernst. Dit laatste heeft consequenties voor het therapeutisch handelen. Als decubitus in het diepere weefsel begint, kunnen stadia overgeslagen worden.

STADIUM SYMPTOMEN:

Stadium 0: wegdrukbaar roodheid;
Stadium I: niet wegdrukbaar roodheid en/of cyanose;
Stadium II: blaas;
Stadium III: oppervlakkige decubitus
Stadium IV: diepe decubitus.

Een in 1998 uitgevoerd Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus op instellingsniveau uitgevoerd door de Stuurgroep Decubitus (Universiteit Maastricht, Vakgroep Verplegingswetenschap) geeft aan dat de prevalentie (het totaal aantal decubitus patiënten dat op een ge-

ven tijdstip in een bevolkingsgroep aanwezig is) van decubitus naar instelling varieert van 13,2% in het Academische Ziekenhuis tot 34,8% in de Instelling voor Lichamelijk Gehandicapten.

Het betreft hier met name decubitus op de hiel en de stuit, waarbij Stadium I vaker voorkomt dan Stadium II dat weer vaker voorkomt dan Stadium III. Dit laatste komt weer vaker voor dan Stadium IV.

Mede ingegeven door de relatief hoge prevalentie intramuraal (en dus waarschijnlijk ook extramuraal) dient preventie en behandeling van

decubitus gedurende het gehele zorgproces, vanaf opname tot de overdracht naar de thuiszorg of zorginstelling, een belangrijk aandachtspunt te zijn voor de verpleegkundige.

Dit betekent dat de verpleegkundige alert dient te zijn op de risicofactoren (onder meer onvoldoende intake van voeding, incontinentie, onder- of overgewicht, immobiliteit) voor decubitus. De patiënt dient bij voorkeur zo spoedig mogelijk na opname gescoord te worden op het risico voor decubitus. Op basis van de scores dienen de benodigde preventie maatregelen genomen te worden. Om de continuïteit van de zorg van de patiënten met decubitus te garanderen is transmurale en intermurale samenwerking tussen de verpleegkundigen van de instelling en thuiszorg en de instellingen onderling van groot belang.

CASUÏSTIEK

De hieronder beschreven casus betreft een patiënt met een decubitus ulcus dat succesvol behandeld werd door een multidisciplinaire aanpak en een goede samenwerking met de thuiszorg.

DE PATIËNT:

Vrouwelijk geslacht, 71 jaar, 95 kg (bij de tweede opname was haar gewicht gedaald tot 78 kg), lengte 1.68 meter.





8 december



6 januari



21 januari



2 februari



9 februari



16 februari

OPNAME INDICATIE:

Recidiverende dyspnoe ten gevolge van een luchtweginfectie gecompliceerd door decompensatio cordis.

Opmnameduur eerste opnameperiode: 7/10 tot 13/12 (circa 10 weken), patiënte werd geïmmobiliseerd en verbleef overdag in de stoel. In bed lag mevrouw in de zijligging.

Opmnameduur 2de opnameperiode:

22/12 tot 20-02 (circa 9 weken), patiënte was in eerste instantie immobiel, zat later in de rolstoel en liep nauwelijks. Gedurende deze periode lag mevrouw op een Clinirest matras (low air loss systeem) omdat ze zijligging niet kon verdragen door toenemende dyspnoe.

Tussen 13/12 en 22/12 werd de behandeling van het decubitus ulcus voortgezet door de thuiszorg.

VOORGESCHIEDENIS:

Hypertensie, Status na CVA en CARA.

MEDICATIE BIJ OPNAME:

Selokeen, Zocor 50 mg, Lasix 40 mg, Acetosal 80 mg.

VERDERE BEVINDINGEN:

- * Adipositas
- * Bloeddruk 150/90 mm Hg, Pols 80, Temp. 38° C
- * Rechter been met pitting oedeem en ulcus cruris met een doorsnede van 3 cm; geen tekenen van CVI pretibiaal (Consult dermatoloog: wondbehandeling en ambulante compressietherapie, in rust been hoog leggen).
- * Linker been: slank, vrij van oedeem.
Later ook consult revalidatiearts voor aanmeting drukontlastend schoeisel voor linker voet.
- * Mevrouw droeg een catheter van 07-10 tot 17-10 en had nadien lichte incontinentieproblemen waarvoor ze overdag een inlegger en 's nachts een pamber gebruikte. Gedurende de tweede opnameperiode had mevrouw een urine-catheter welke ook weer verwijderd werd, maar ze ontwikkelde een urineretentie welke niet te behandelen was door zelfcatheterisatie (dit was mevrouw niet aan te leren). Ze kreeg daarom een suprapubische catheter en is hiermee naar het verpleeghuis gegaan.

BEHANDELING NA OPNAME:

Decubitus score (zie onderstaande scorelijst zoals die gebruikt wordt in de Isala klinieken):

- * De decubitusconsulente stelde met behulp van de risico scorelijst vast dat de patiënte bij de eerste opname een licht verhoogd risico had op decubitus (score 8). Bij de 2de opname periode was de

score 10 hetgeen wijst op een verhoogd risico op decubitus.

PREVENTIEMAATREGELEN:

1ste Opnameperiode: Consult ergotherapeute voor een goede zitondersteuning.

2de Opnameperiode: De patiënte kreeg een Clinirest matras en wissel ligging.

ONTSTAAN DECUBITUS:

In de 6de week na de eerste opname (17/11) ontstond een ulcus (doorsnede circa 4 cm) aan de linker hiel. Omdat het vermoeden bestond dat het een arteriële insufficiëntie betrof werd de chirurg in consult gevraagd.

- * Teendrukmeting: rechts: 80 mm Hg, links: 50 mm Hg.
- * Enkel/arm index: rechts 140, links 74 (20-11)

Verdere onderzoeken wezen uit dat er geen evidente aanwijzingen waren voor stenose in het iliacale traject. Het geheel berustte op een perifeer arterieel vaatlijden.

De decubitus wond aan de linker hiel (Stadium III en mogelijk plaatselijk IV) zag er in de beginfase vies uit, produceerde veel wondexsudaat, en riekte. De wond leek steeds groter te worden en de arts sprak over een "bedreigde voet", hetgeen mevrouw veel angst inboezemde voor een eventuele amputatie.

WONDKWEEK:

De wond werd gekweekt en bevatte: *Staphylococcus Aureus*, *Beta-*

Haemolytische Streptococcus groep F, *Huidflora*. (opmerking: geen leuco's).

DOEL VAN DE BEHANDELING VAN DECUBITUS:

Het kiezen van een wondbehandeling die de wondreiniging stimuleert (autolytisch debridement), en de wondgenezing bevordert waardoor amputatie voorkomen kan worden.

De behandeling van de wond bestond uit Purilon Gel® dat afgedekt werd met Stabilon® fixatieverband. Toen de wond riekte werd Comfeel Deo Gel® afgedekt met Stabilon® fixatieverband toegepast.

PRODUCTOMSCHRIJVING EN MOTIVATIE:

Purilon Gel® zorgt voor een vochtig wondmilieu waardoor autolytisch debridement gestimuleerd wordt. De gel absorbeert opgeloste resten necrotisch weefsel en overtollig wondexsudaat. De toepassing vermindert de kans op maceratie en lekkage. Geschikt voor exsuderende zwarte, gele en rode wonden. Comfeel Deo Gel® heeft dezelfde eigenschappen als Purilon Gel® met daarbij geurneutraliserende eigenschappen. Stabilon® fixatieverband heeft een zeer hoge dampdoorlaatbaarheid waardoor maceratie van de wondranden wordt voorkomen. Het dient ter fixatie van primaire wondverbanden en hydrogels.

TABEL I: WOND-OBSERVATIES GEDURENDE DE 1STE OPNAMEPERIODE

Datum	Wondgrootte Doorsnede in cm	Wondclassificatie % Zwart/Geel/Rood	Behandeling
18/11	4 cm	50 / 10 / 40	Purilon Gel/ Stabilon®
24/11	4 cm, riekte !	10 / 50 / 40	C.Deogel/Stabilon®
26/11	4 cm (ZIE FOTO)	0 / 60 / 40	C.Deogel/Stabilon®
28/11	4 cm	0 / 50 / 50	C.Deogel/Stabilon®
4/12	4 cm	0 / 40 / 60	C.Deogel/Stabilon®
8/12	4 cm (ZIE FOTO)	0 / 30 / 70	C.Deogel/Stabilon®
11/12	4 cm, riekte niet meer	0 / 10 / 90	Purilon Gel/ Stabilon®

De patiënte werd 12/12, na circa 3 weken wondbehandeling, uit het ziekenhuis ontslagen.

De behandeling thuis werd voortgezet door de wijkverpleging.

De wijkverpleging werd op de hoogte gebracht van de behandeling door een brief van de decubitusconsulente. Hierin werd de situatie beschreven en uitgelegd welke behandeling was ingezet en waarom. Voorts werd beschreven dat Purilon Gel® en Stabilon® fixatieverband gebruikt kon worden zolang de wond geel beslag bevat en exsudeert. Daarna

werd aanbevolen op een hydrocolloïd over te gaan zoals Comfeel Plus Contour® of Comfeel Plus Transparant® (afhankelijk van de mate van exsudatie). Met eventuele vragen kon de wijkverpleging contact opnemen met de decubitusconsulente van de Isala klinieken.

Zoals eerder is vermeld, werd de patiënte op 22/12 weer opgenomen; dit maal met een pneumonie en decompensatio cordis.

Op 06/01, na de kerstvakantie, werd mevrouw weer gezien door de decu-

bitusconsulente. Het betrof nu een oppervlakkig ulcus (Stadium IIIa) met mooi rood granulatieweefsel en goede, niet gemacereerde (verweekte) wondranden. De wondbehandeling werd voortgezet met Comfeel Plus Contour®, een hydrocolloïd verband waaraan alginaat is toegevoegd en dat geschikt is voor de behandeling van licht en matig exsuderende zwarte, gele en rode wonden en Comfeel Plus Transparant®, een hydrocolloïd verband voor de behandeling van licht exsuderende zwarte, gele en rode wonden.

TABEL II: WOND-OBSERVATIES GEDURENDE DE 2DE OPNAMEPERIODE:

Datum	Wondgrootte Doorsnede in cm	Wondclassificatie % Zwart/Geel/Rood	Behandeling
06/01	4 cm (ZIE FOTO)	0 / 10 / 90	Purilon/Comfeel Plus Transparant®
12/01	4 cm	0 / 0 / 100	Comfeel Plus Transparant®
21/01	3 a 4 cm (ZIE FOTO)	0 / 10 / 90	Comfeel Plus Contour®
26/01	2 a 3 cm	0 / 5 / 95	Comfeel Plus Contour®
02/02	1 cm (ZIE FOTO)	0 / 0 / 100	Comfeel Plus Contour®
05/02	1 cm	0 / 0 / 100	Comfeel Plus Transparant®
09/02	1 cm (ZIE FOTO)	0 / 0 / 100	Comfeel Plus Transparant®
16/02	< 0,5 cm (ZIE FOTO)	0 / 0 / 100	Comfeel Plus Transparant®
19/02	DICHT	DICHT	Comfeel Plus Transparant®

20/02 werd patiënte ontslagen uit het ziekenhuis met een genezen decubitus ulcus en opgenomen in een verpleeghuis ter reactivering.

* Tina Berends, Decubitus consulente,
Isala klinieken, Locatie Sophia, Zwolle

SCORELIJST DECUBITUS

Punten	0	1	2	3
mentale toestand	goed	lusteloos, gedeprimeerd, gedesoriënteerd, angstig	zwaar depressief, psychotisch, verward, volledig apathisch	stuporeus, comateus
neurologie	geen afwijkingen	geringe stoornissen, krachtsvermindering	sensibiliteitsstoornissen, lichte hemiparese (x 2)	hemiparese x 2 dwarslaesie (onder Th 6: x 3, boven Th 6: x 4)
mobiliteit	goed	licht beperkt, loopt met hulp hele dag of regelmatig op. Rolstoelpatiënt met goede armfunctie	voorn. bedlegerig, alleen uit bed bij wassen en bed verschonen. Hele dag passief in stoel	geheel bedlegerig
voedings- toestand	goed	matig: als na enkele dagen niet gegeten	slecht. Langer dan een week niet gegeten. Bij braken en diarree.	uitgeteerd: als bij terminale kankerpatiënt
voeding	eet zelf, of krijgt sondevoeding eetlust goed	parenterale voeding	krijgt sondevoeding maar heeft geen eetlust. Wil niet eten.	geen voeding
incontinentie	geen	af en toe urine	voor urine en/of faeces bij urinecatheter, uritip	geheel incontinent
leeftijd	jonger dan 50	ouder dan 50	ouder dan 60	ouder dan 70
temperatuur	lager dan 37.5	hoger dan 37.5	hoger dan 38.5	hoger dan 39.0 lager dan 35.5
medicatie	geen	corticosteroïden slaapmiddelen anticoagulantia (niet calparine)	pijnstillers tranquillizers cytostatica orale antibiotica	parenterale antibiotica
diabetes	geen	alleen dieet	dieet en orale middelen	dieet en insuline
Totaal				

