

Welke risicofactoren voorspellen decubitus en wat doen we ermee?

Auteur:	L. Schoonhoven
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	2001
Pagina:	13-14
Jaargang:	17
Nummer:	5, congresnummer
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	Voordracht gehouden tijdens WCS congres "Voor elke wond een teamverband" d.d. 6 en 7 november 2001
Kernwoorden:	decubitus abstract risicofactoren onderzoek incidentie
Literatuur:	

Abstract

Probleemstelling

Patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van decubitus. Wanneer tijdig de juiste preventieve maatregelen genomen worden, kan decubitus in veel gevallen voorkomen worden. Deze maatregelen zijn echter kostbaar en moeten daarom voorbehouden zijn aan patiënten die werkelijk risico lopen. Om te bepalen welke patiënten een hoog risico lopen op decubitus worden risicoscorelijsten gebruikt. De meeste risicoscorelijsten zijn echter niet of in zeer beperkte mate geëvalueerd in de praktijk. Toch wordt preventie toegepast op basis van deze schalen. Dit onderzoek evalueert de voorspellende waarde van de 4 meest gebruikte risicoscorelijsten, de Nortonschaal, de Bradenschaal, de Waterlowschaal en de CBOschaal.

Methode van Onderzoek/Variabelen/Steekproef

In twee grote ziekenhuizen in Nederland werd een prospectief cohort onderzoek uitgevoerd. 1229 patiënten, zonder decubitus bij opname, die voor meer dan 5 dagen opgenomen werden op de Neurologie, Interne, Chirurgie of Geriatrie, werden binnen 48 uur en vervolgens tot ontslag of de 12e week van opname, wekelijks bezocht. Gegevens over eventuele decubitus, preventieve maatregelen, risicoscorelijsten en andere risico-indicatoren zijn verzameld. Het vermogen van de risicoscorelijsten om risicopatiënten van niet-risicopatiënten te onderscheiden werd bepaald aan de hand van het oppervlak onder de Receiver Operating Characteristic curve (AUC). De AUC kan variëren van 0,50 (geen onderscheid) tot 1,0 (perfect onderscheid). Dit voorspellend vermogen is op twee tijdstippen bepaald: 1) op basis van de score bij het startbezoek ten opzichte van decubitus bij het eerste vervolfbezoek

(voorspellend) en 2) op basis van de score bij het eerste vervolgbezoek ten opzichte van decubitus op hetzelfde moment (diagnostisch).

Resultaten.

De incidentie van decubitus stadium 2 of hoger in de eerste week van opname was 6,3%.
De AUC's van de scores bij startbezoek (voorspellend) waren: Nortonschaal: 0,50;
Bradenschaal: 0,51; Waterlowschaal: 0,59; CBOschaal: 0,54.
De AUC's van de scores bij eerste vervolgbezoek (diagnostisch) waren: Nortonschaal: 0,69;
Bradenschaal: 0,67; Waterlowschaal: 0,80; CBOschaal: 0,67.
Correctie voor preventie liet geen andere resultaten zien.

Conclusie.

De risicoscorelijsten zijn niet in staat te voorspellen welke patiënten in de eerste week van opname wel of niet decubitus stadium 2 of ernstiger zullen ontwikkelen (AUC: 0,502-0,593).
De risicoscorelijsten zijn echter redelijk in staat te diagnosticeren welke patiënten wel of niet decubitus hebben (AUC: 0,674-0,797). De risicoscorelijsten lijken betere diagnostische dan voorspellende instrumenten te zijn. Het nemen van preventieve maatregelen alleen op basis van de uitkomst van de risicoscorelijst moet worden vermeden.

Drs. L. Schoonhoven, assistent in opleiding, Universitair Medisch Centrum Utrecht. Julius Centrum voor huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden onderzoek