

# DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG VOOR MENSEN VAN 60 JAAR OF OUDER MET BRANDWONDEN

H. Westra\*

**Binnen de verpleegkundige zorg op het brandwondencentrum zijn er categorieën patiënten die speciale aandacht nodig hebben. Behalve de grote groep van kinderen zijn dat de patiënten van 60 jaar en ouder. De behandeling en de verpleging van deze senioren vraagt bijzondere aandacht. In deze lezing gaat het om die aandachtspunten binnen de verpleegkundige zorg.**

Alle opnames op het brandwondencentrum worden statistisch in kaart gebracht.

Zo zijn er in 2002 op het brandwondencentrum in Beverwijk 267 patiënten opgenomen.

Van dit totaal waren 35 mensen 60 jaar of ouder.

Van deze 35 patiënten zijn er 12 aan hun verwondingen bezweken. Dus 1/3 van deze patiëntencategorie is overleden!

Vaak is een ongeluk bij het koken de oorzaak van de brandwonden die oudere mensen oplopen.

Een reeds bestaande interne of neurologische aandoening kan duizeligheid of een wegraking veroorzaken. De patiënt valt over het gasfornuis en haar/zijn kleding raakt in brand. Die kleding kan een nachtjapon of een ochtendjas zijn en die is meestal van synthetisch materiaal gemaakt. De hitte van die gesmolten kledingsstof veroorzaakt diepe brandwonden. De wijze waarop het ongeval gebeurt maakt duidelijk waarom de brandwonden doorgaans zijn gelokaliseerd aan de hals, de oksel, de arm en de flank van de patiënt.

Dit verbrande gebied beslaat gemiddeld 15 tot 20% van het totale lichaamsoppervlak.

Aan de hand van bepaalde criteria wordt duidelijk dat oudere mensen met brandwonden eerder voor opname op een brandwondencentrum in aanmerking komen.

Bijvoorbeeld: voor volwassenen jonger dan 60 jaar is de indicatie om te worden doorgestuurd naar een brandwondencentrum minimaal een verbranding van 10% van het totale lichaamsoppervlak.

Maar voor kinderen en ouderen ligt

die grens beduidend lager: 5% Totaal Verbrand Lichaam(s) Oppervlak.

## DUS EEN ANDERE INDICATIE, OMDAT DE VOLGENDE PROBLEMEN ZICH KUNNEN VOORDOEN BIJ OUDEREN:

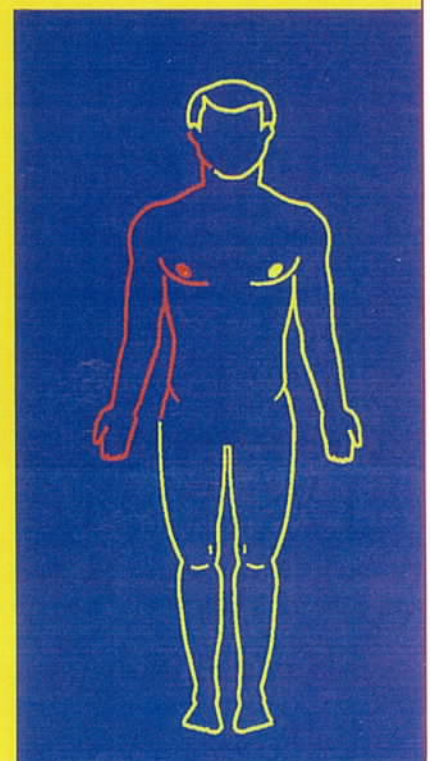
De huid van oudere mensen is 'dun', waardoor de brandwonden zich als het ware sneller verdiepen. En derdegraads brandwonden moeten operatief worden behandeld. De verminderde conditie van de oudere patiënt vertraagt het genezingsproces na een huidtransplantatie. Die langere tijd biedt wondinfecties een grotere kans.

Dikwijls is er al een onderliggend lijden. Denk aan hartritmestoornissen, TIA's of diabetes mellites. Natuurlijk zijn deze aandoeningen van invloed op de behandeling en verpleging van de patiënt met brandwonden. Het zijn complicerende factoren.

De behandeling van de brandwondenshock vraagt een aanvulling van het circulerend vochtvolume. Bij oudere patiënten heeft die shockbehandeling een groter risico. Door hun verminderde conditie dreigt er eerder overvulling. Dus die vochtregulatie moet zeer zorgvuldig gebeuren.

## MEEST VOORKOMENDE LOKALISATIES VAN BRANDWONDEN BIJ OUDERE PATIËNT

- HALS / GELAAT
- OKSEL / ARM
- MAMMA / THORAX
- HAND



□ Om de bloedcirculatie te ondersteunen wordt gebruik gemaakt van inotropica. Maar de vasoconstrictie als gevolg van die inotropica heeft ook effect op de doorbloeding van het geopereerde wondgebied. De wondgenezing verloopt daardoor trager. En de verminderde perifere doorbloeding van de gezonde huid verhoogt de kans op het ontstaan van decubitus!

□ De huidtransplantaties die door meerdere operaties moeten worden gedaan vragen veel van de kwetsbare conditie van de oudere patiënt. In het begin voelt de patiënt zich nog redelijk, het lijkt mee te vallen! Maar na enige tijd voelen de mensen zich zieker, de lichamelijke conditie verslechtert. Het optimisme maakt geleidelijk plaats voor vermoeidheid en twijfel: 'Wat moet ik allemaal nog doorstaan'.

□ Deze factoren beïnvloeden het mobiliseren van de oudere patiënt. De lichamelijke en geestelijke conditie maken het revalideren tot een zware opgave. Het herstel vraagt veel tijd. Revalideren betekent aanpassing aan de (soms beperkte) mogelijkheden van de bejaarde patiënt.

□ Voor de wondgenezing en het verhoogde metabolisme is de opname van voldoende calorieën noodzakelijk. Oudere mensen hebben veel moeite met de aangeboden voeding. Het krijgen van een maagsonde (en de veranderde stoelgang) wordt als belastend ervaren.

□ De bewegingsvrijheid, een kostbaar bezit voor een oudere, kan worden beperkt door het ontstaan van littekenweefsel. Met name in de oksel en in de hals. Door functieverlies van de arm en de hals worden mensen in hun zelfstandigheid beperkt. Men wordt afhankelijk!

**IN DE LOOP VAN DE OPNAME KUNNEN DE VOLGENDE PSYCHISCHE VERSCHIJNSELEN OPTREDEN:**

▪ Na enig optimisme: 'Ik voel mij toch heel redelijk', treedt er vermoeidheid op. Het duurt allemaal zo lang. En elke dag die verbandwisseling! En dat gezeur over eten en drinken...en over uit bed moeten... Het valt zwaar. De opluchting en de goede moed na de schrik van de opname maken plaats voor neerslachtigheid of agitatie.

Of sterker: **depressiviteit**.

▪ De oudere patiënt wordt meer en meer geconfronteerd met de realiteit. Zij ervaren de ernst van hun situatie aan de lijve. Dit doet hen beseffen dat hun verwondingen wel eens levensbedreigend kunnen zijn. Sommige ouderen worden hierdoor onrustig en voelen **angst voor de dood**.

▪ De oudere mensen zijn uit hun vertrouwde omgeving en uit hun leefpatroon. Zij kunnen **gedesoriënteerd** raken. Soms treedt er **verwardheid** op na anesthesie.

#### **DE MEDISCHE BEHANDELING EN DE VERPLEEGKUNDIGE ZORG**

Vaak is erbij dit type ongeval sprake van een zogenaamde mengverbranding. Dit wil zeggen dat het onderscheid tussen tweede- en derdegraads verbrande gebieden nog niet goed is te zien. Die lopen als het ware in elkaar over.

Dan bestaat de wondbehandeling uit de toepassing van antibacteriële zalf. Wanneer de dieper verbrande gebieden zijn gemarkeerd (na 2-3 weken) wordt de necrose van dat gebied operatief verwijderd (wondexcisie). Dat wondbed wordt belegd met een autotransplantaat. Maar de plaats waar de eigen huid voor transplantatie is afgenomen geeft ook een wond: de donorsites. Dus het totaal aan wondoppervlak neemt eerst toe. Feitelijk is die markering van het derdegraads gebied dé indicatie voor het begin van de operatieve behandeling. Maar bij oudere patiënten speelt de lichamelijke conditie ook een belangrijke rol bij die beslissing. Soms wordt besloten om eerder te opereren, omdat de patiënt nog in een redelijke conditie verkeert.

Wachten kan het risico bij de anesthesie en voor postoperatieve complicaties verhogen. Een moeilijke medi-

sche afweging.

Om een hypovolemische shock te voorkomen is een nauwkeurig vochtbeleid nodig. Verpleegkundige observatie en zorgvuldige uitvoering van dit vochtbeleid zijn zeer belangrijk. Ondervulling, maar ook overvulling kan makkelijk optreden. Dikwijls wordt er vroeg in de behandeling gestart met medicatie om de haemodynamiek te stimuleren. (Hart- en nierfunctie)

Zoals eerder gezegd heeft die medicatie een nadelig effect op de perifere doorbloeding van de gezonde huid. Goede verpleegkundige zorg bij het voorkomen van decubitus is belangrijk. De keuze voor een bepaald type matras (drukverlagende matrassen) en het gebruik van beschermingsokjes blijken effectieve hulpmiddelen. Maar ook het geven van wisselgigging, fysiotherapie en eiwitrijke voeding blijven belangrijk. De trage wondgenezing en dus het verhoogd risico voor wondinfectie vraagt zorgvuldige observatie van de wond. Op het brandwondencentrum worden de wonden tweemaal in de week gekweekt om de bacteriegroei en het effect van de lokaal therapie goed te volgen.

Er is een nauwe samenhang tussen adequate pijnbestrijding en het mobiliseren van de oudere patiënt. Soms zijn oudere mensen minder mondig. Goede observatie of analgetica toereikend is, gebeurt op onze afdeling door middel van een pijnmeting. Rekening houden met de mogelijkheden van de individuele patiënt (denk aan de leeftijd) vraagt om een keuze tussen het stimuleren van de zelfredzaamheid óf het overnemen van taken van de oudere patiënt. Er is altijd het gevaar om mensen te overvragen. Want het aanleren van zelfredzaamheid heeft een hoge prioriteit op het brandwondencentrum. Dit geldt ook voor het aanmoedigen bij eten en drinken. Het gaat om calorierijke voeding waar oudere mensen snel genoeg van kunnen hebben (Een 'vol' gevoel). Dus de balans tussen motiveren en demotiveren, tussen respect en betutteling vraagt een tactvolle verpleegkundige houding. Een bewuste omgang om verpleegkundige doelen te kunnen bereiken.

Door neerslachtigheid, de angst voor een naderend levenseinde en de verwardheid is soms psychologische ondersteuning nodig. De afdelingspsycholoog of de geestelijk verzorger kunnen de patiënt mentaal helpen. Vaak zijn medicijnen nodig om een goed dag en nachtritme te scheppen. Of psychotische verschijnselen tegen te gaan. (Hallucinaties, sterke angstgevoelens of depressiviteit) De verpleegkundige kan samen met de ergotherapie en sociotherapeute een dagprogramma maken om de patiënten helpen grip op de dag te krijgen. Familie kan foto's of vertrouwde voorwerpen van thuis meenemen.

#### **ETHISCHE VRAAG OF HET AFSPREKEN VAN EEN 'CODE'.**

Na opname zal de behandelend arts (anesthesist of chirurg) met de patiënt en haar/zijn familie de situatie bespreken. In dit gesprek zullen de ernst van de brandwonden en de ingrijpende behandeling worden toegelicht. Maar ook de complicaties die kunnen optreden. Door de situatie eerlijk te bespreken kan de patiënt de vraag worden voorgelegd wat zij/hij wenselijk vindt wanneer er complicaties optreden. Wil de oudere patiënt dat alle medische mogelijkheden worden benut? Of zijn er voor haar/hem grenzen? Zo kan er in samenspraak met de anesthesist een beeld worden gevormd over de zin van het medisch handelen. Het zal duidelijk zijn dat het geven van heldere informatie over de prognose bepalend is voor dit gesprek. Beademing, nierdialyse en reanimatie kunnen volgens een behandelingscode worden afgesproken. Het is begrijpelijk dat dit gesprek en deze ethische vraag de patiënt en haar/zijn naasten kunnen verontrusten: 'Ben ik er zo erg aan toe?' Maar het verklaart ook de opluchting die de eerste dagen na de opname groeit: 'Ik voel mij helemaal niet zo beroerd. Misschien valt het allemaal toch mee.'

#### **CASUS: HET VOORGAANDE NU SAMENGEVAT IN EEN CASUS VAN EEN HOOGBEJAARDE VROUW.**

De kleding van een tachtigjarige vrouw vat vlam door een kaars op de

tafel.

Het duurt even voordat de vlammen kunnen worden gedoofd. Daarna wordt zij direct gekoeld.

Zij wordt naar een algemeen ziekenhuis gebracht.

Hier vindt de eerste opvang plaats.

Er wordt een venflon ingebracht, een blaascatheter en een maagsonde. En er wordt een inschatting gemaakt van de brandwonden die zij heeft opgelopen.

Bij het afnemen van de anamnese blijkt dat deze bejaarde vrouw in 1978 een myocardinfarct heeft door- gemaakt. En zij is bekend met paroxysmaal boezemfibrilleren en diabetes mellites type II. Zij gebruikt dus antistolling en bloedglucoseverlagende medicijnen.

Na overleg wordt zij naar het brandwondencentrum in Beverwijk vervoerd.

Bij haar opname op het brandwondencentrum worden haar brandwonden geïnspecteerd op uitgebreidheid en diepte.

Die passen bij de aard van het ongeluk.

Want deze mevrouw heeft brandwonden aan de rechterzijde van haar gezicht en haar hals, haar rechterarm en -hand en op haar rechterflank. Het totaal verbrand lichaamsoppervlak is 20%. Daarvan zijn 15% derdegraads brandwonden.

De brandwonden worden behandeld met Cerium Zilverulfadiazidecrème (Cerium Flammazine®) en verbonden met 'engels pluksel'.

Zij wordt halfzittend verpleegd om oedeem in haar hoofd/halsgebied tegen te gaan. Haar verbrande arm wordt hoog gelegd om zwelling en problemen met de circulatie in die arm te voorkomen.

Het gaat hier om een mengverbranding. Dus wordt besloten om in een later stadium te opereren (Denk aan de markering van de wonden).

Intraveneuze vochttoediening wordt voortgezet om de 'brandwonden-shock' te voorkomen.

Een paar uur na opname wordt begonnen met het toedienen van sondevoeding.

In haar medicatie wordt het volgende veranderd: door de brandwonden en de andere voedingstoestand

wordt haar bloedsuikerspiegel beïnvloedt. Om die nauwkeuriger te kunnen reguleren wordt nu insuline (intraveneus) gebruikt.

De antistolling per tablet wordt vervangen door subcutane toediening (Volgens een protocol op het brandwondencentrum).

Selectieve darmdecontaminatie wordt gestart (Volgens een protocol op het brandwondencentrum).

Voor de bestrijding van pijn krijgt mevrouw paracetamol en morfine (intraveneus).

De dag na haar opname spreekt de anesthesist met haar en met haar dochter. Dit percentage diepe brandwonden op haar leeftijd, haar suikerziekte en de verminderde werking van haar hart, maken haar prognose zorgelijk. In dit gesprek maakt de patiënte kenbaar dat zij graag optimaal wil worden behandeld.

Er is berekend hoeveel extra vocht moet worden gegeven om een hypovolemische shock te voorkomen.

Maar door die extra hoeveelheid vocht ontstaat er bij deze mevrouw geleidelijk een decompensatio cordis. De behandeling wordt uitgebreid met digoxine en diuretica. Dit heeft gunstig resultaat.

Om decubitus te voorkomen ligt deze mevrouw op een drukverlagend matras en heeft zij beschermersokjes aan.

Een week na haar opname begint de patiënte zich zeker te voelen. Zij ervaart de ernst van haar verwondingen en de ongemakken van de behandeling. Zij twijfelt aan haar overlevingskansen. Zij piekert en maakt een neerslachtige indruk.

Soms is er irritatie in haar omgang met verpleegkundigen en met haar dochters. Boos dat dit haar is overkomen en dat haar leven zo moet eindigen? Door een stom ongelukje...

Maar er treden geen complicaties op. Zij werkt dapper mee met de verbandwisseling (een enkele keer wordt er een dag overgeslagen) en ze probeert grip op haar situatie te krijgen. Ze is gevoelig voor een positieve benadering en voor waardering. Die ondersteuning stimuleert haar. Ze krijgt vertrouwen in haar herstel. Een maand na haar opname vindt de

eerste operatie plaats. Door een tangentiële excisie wordt het dode weefsel laagsgewijs verwijderd. Op die wond wordt een autotransplantaat gelegd (techniek volgens Meek Wall, efficiënt gebruik van de eigen huid). Zo wordt zij nog drie keer geopereerd. Door de operatieve ingrepen beperkt te houden wordt haar conditie niet te zeer belast.

De wondgenezing zet door. Goede wondverzorging voorkomt wondinfectie. De huidtransplantaatjes groeien snel uit en de wonden sluiten zich.

Voor het ongeluk kon deze mevrouw zich goed bewegen. Zij was zelfredzaam. Met fysiotherapie lukt het haar ook tijdens haar opname weer mobiel te worden. Haar voedingstoestand blijft goed. Zij doet haar best zelf te eten en de sondevoeding vult het tekort aan. De bloedsuikers raken nauwelijks ontregeld.

Zo groeit de verwondering, omdat zij beter wordt! Door haar eigen inzet voor haar genezingsproces te benoemen wordt zij sterk gemotiveerd. Want het blijft een zaak van lange adem.

Uiteindelijk zijn er nog verspreide kleine open wondjes (restdefecten) die eenvoudig zijn te verbinden.

Twee en een halve maand na haar opname op het brandwondencentrum wordt deze mevrouw overgeplaatst naar een revalidatiecentrum in de buurt van haar woonplaats en van haar kinderen.

Voordracht gehouden tijdens het WCS congres in de Jaarbeurs te Utrecht d.d. 5 November 2003.

**\* Heleen Westra, IC/brandwondverpleegkundige Brandwondencentrum, Beverwijk, bestuurslid WCS**

## LITERATUUR:

- De techniek van de behandeling van brandwonden. Academisch proefschrift. R.P. Hermans. Stafleu's Wetenschappelijke uitgeverijmaatschappij N.V. Leiden. 1968
- Enterale voeding. Dr.R.P. Bleichrodt, dr. J.B. van Mourik. Uitgeverij Universiteit Twente, Enschede. 1995
- Uit de brand ben je. F. van der Putten, H. Schouten. Samsom Stafleu, Alphen aan de Rijn/Brussel. 1985
- Brandwondenzorg, een multidisciplinaire benadering. Diverse auteurs. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen. 2000

# Urgotul® vermindert het oppervlak van het ulcus met meer dan 60 % in minder dan 4 weken



- Geen maceratie van de wondranden
- Pijnloze en atraumatische behandeling
- Semi oclusieve wondgenezing

(-) DATA ON FILE PHRAMADEAL

