

Bası Yaralarında Önleme ve Tedavi

Dr. Sibel Özbudak Demir

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

Bası yarası risk faktörleri

1. İntrensek faktörler

- İmmobilite
- Duyusal bozukluk
- Bilinç düzeyi
- Yaş
- Eşlik eden vasküler hastalık
- Ciddi kronik veya terminal hastalık
- Bası yarası anamnezi

2. Ekstresek faktörler

- **Basınç**
- **Makaslama**
- **Sürtünme**

3. Diğer faktörler

- **Nem**

Pressure Ulcer Prevention Points



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL

I. Risk Assessment

1. Consider all bed-bound and chair-bound persons, or those whose ability to reposition is impaired, to be at risk for pressure ulcers.
2. Use a valid, reliable and age appropriate method of risk assessment that ensures systematic evaluation of individual risk factors.
3. Assess all at-risk patients/residents at the time of admission to health care facilities, at regular intervals thereafter and with a change in condition. A schedule is helpful and should be based on individual acuity and the patient care setting.
 - Acute care: assess on admission, reassess at least every 24 hours or sooner if the patient's condition changes
 - Long-term care: assess on admission, weekly for four weeks, then quarterly and whenever the resident's condition changes
 - Home care: assess on admission and at every nurse visit.
4. Identify all individual risk factors (decreased mental status, exposure to moisture, incontinence, device related pressure, friction, shear, immobility, inactivity, nutritional deficits) to guide specific preventive treatments. Modify care according to the individual factors.
5. Document risk assessment subscale scores and total scores and implement a risk-based prevention plan.

II. Skin Care

1. Perform a head to toe skin assessment at least daily, especially checking pressure points such as sacrum, ischium, trochanters, heels, elbows, and the back of the head.
2. Individualize bathing frequency. Use a mild cleansing agent. Avoid hot water and excessive rubbing. Use lotion after bathing. For neonates and infants follow evidence-based institutional protocols
3. Establish a bowel and bladder program for patients

with incontinence. When incontinence cannot be controlled, cleanse skin at time of soiling, and use a topical barrier to protect the skin. Select under pads or briefs that are absorbent and provide a quick drying surface to the skin. Consider a pouching system or collection device to contain stool and to protect the skin.

4. Use moisturizers for dry skin. Minimize environmental factors leading to dry skin such as low humidity and cold air. For neonates and infants follow evidence-based institutional protocols
5. Avoid massage over bony prominences.

III. Nutrition

1. Identify and correct factors compromising protein/calorie intake consistent with overall goals of care.
2. Consider nutritional supplementation/support for nutritionally compromised persons consistent with overall goals of care.
3. If appropriate offer a glass of water when turning to keep patient/resident hydrated.
4. Multivitamins with minerals per physician's order.

IV. Mechanical Loading and Support Surfaces

1. Reposition bed-bound persons at least every two hours and chair-bound persons every hour consistent with overall goals of care.
2. Consider postural alignment, distribution of weight, balance and stability, and pressure redistribution when positioning persons in chairs or wheelchairs.
3. Teach chair-bound persons, who are able, to shift weight every 15 minutes.
4. Use a written repositioning schedule.
5. Place at-risk persons on pressure-redistributing mattress and chair cushion surfaces.
6. Avoid using donut-type devices and sheepskin for pressure redistribution.
7. Use pressure-redistributing devices in the operating room for individuals assessed to be at high risk for pressure ulcer development.

8. Use lifting devices (e.g., trapeze or bed linen) to move persons rather than drag them during transfers and position changes.
9. Use pillows or foam wedges to keep bony prominences, such as knees and ankles, from direct contact with each other. Pad skin subjected to device related pressure and inspect regularly.
10. Use devices that eliminate pressure on the heels. For short-term use with cooperative patients, place pillows under the calf to raise the heels off the bed. Place heel suspension boots for long-term use.
11. Avoid positioning directly on the trochanter when using the side-lying position; use the 30° lateral inclined position.
12. Maintain the head of the bed at or below 30° or at the lowest degree of elevation consistent with the patient's/resident's medical condition.
13. Institute a rehabilitation program to maintain or improve mobility/activity status.

V. Education

1. Implement pressure ulcer prevention educational programs that are structured, organized, comprehensive, and directed at all levels of health care providers, patients, family, and caregivers.
2. Include information on:
 - a. etiology of and risk factors for pressure ulcers
 - b. risk assessment tools and their application
 - c. skin assessment
 - d. selection and use of support surfaces
 - e. nutritional support
 - f. program for bowel and bladder management
 - g. development and implement individualized programs of skin care
 - h. demonstration of positioning to decrease risk of tissue breakdown
 - i. accurate documentation of pertinent data
3. Include mechanisms to evaluate program effectiveness in preventing pressure ulcers.

Revised 2007
Copyright © 2007
National
Pressure Ulcer
Advisory Panel
www.npuap.org

ÖNLEME

- Risk Deęerlendirme
- Cilt Bakımı
- Pozisyonlama
- Destek Yüzeyleri ve Özel Yataklar
- Beslenme
- Eğitim

Risk Deęerlendirme Sıklığı

- Hastaneye başvuran hastalar **ilk 6 saatte** bası yarası yönünden değerlendirilmeli, ilişkili risk etmenleri saptanmalı ve risk faktörlerini temel alan önleme planı oluşturulmalıdır
- Bu deęerlendirme
 - Akut bakım üniteleri
 - Yatiřta
 - Her 24 saatte
 - Hastanın tıbbi durumu değiştiğinde
 - Uzun dönem bakım merkezleri, rehabilitasyon merkezleri
 - Yatiřta
 - İlk 4 hafta haftada bir
 - 3 ayda ya da hastanın tıbbi durumu değiştiğinde

Risk Deęerlendirme Ölçekleri

- Risk deęerlendirmede kullanılan 40'dan fazla ölçek mevcut
- Bireysel risk faktörlerini sistematik olarak değerlendiren geçerli, güvenilir ve yaşa uygun risk değerlendirme metodu kullanılmalıdır
- Norton ve Braden en sık kullanılan ölçekler

Deęerlendirme ölçekleri BÝ gelişme olasılığını tahmin için geliştirilmiştir; kesin gelişmeyi tahmin etmede yeterli olmayabilir ve klinik değerlendirmenin önüne geçemezler

Norton Ölçeđi

Alt Ölçek	1	2	3	4	Skor
Fiziksel durum	Çok kötü	Kötü	Fena deđil	İyi	
Mental durum	Stupor	Konfüze	Apatik	Canlı	
Aktivite	Yatađa bağımlı	Tekerlekli sandalye	Yardımlı yürüme	Ambulatuvar	
Mobilite	İmmobil	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Tam	
İnkontinans	İdrar ve gaita	Genellikle/ idrar	Bazen	Yok	

Parametreler 1-4 arasında puanlanır,

Toplam skor 5-20 arasında değişir, 12 ve altındaki skorlar yüksek risk

Braden Risk Deęerlendirme Ölçeęi

Alt Ölçek	1	2	3	4	Skor
Duyusal algılama	Tümüyle sınırlı	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Bozukluk yok	
Nem	Hep nemli	Çok nemli	Bazen nemli	Nadiren nemli	
Aktivite	Yataęa bağımlı	Tekerlekli sandalyeye bağımlı	Bazen yürür	Sık yürür	
Mobilite	Tamamen immobil	Çok sınırlı	Hafif sınırlı	Sınırlılık yok	
Beslenme	Çok kötü	Olasılıkla yetersiz	Yeterli	Mükemmel	
Sürtünme ve makaslama	Hareket için orta veya maksimal yardım gerekir	Serbestçe hareket eder veya minimal yardım gerekir	Bağımsız olarak hareket eder		

Sürtünme makaslama 1-4 arasında, diğerleri 1-3 arasında puanlanır, 4 yüksek risk, 23 düşük risk

Cilt Bakımı

- Deri bakımı prensipleri iyi bir kişisel hijyenle başlar
- Banyo sıklığı bireysel olarak ayarlanmalı (en az haftada iki)
- Allerjik olmayan yumuşak bir sabunla yıkanmalı
- Sıcak su ve aşırı sürtünmeden kaçınılmalıdır
- Kuru cilt nemlendirilmeli
- Ayak tırnak bakımına dikkat edilmeli
- İnkontinanslı hastalar için mesane – barsak bakım programları oluşturulmalı
- Ciltte hızla kuru yüzey sağlayan petler tercih edilmeli
- Giysiler pamuklu, hava geçirgen olmalı, dar giysilerden kaçınılmalı

Cilt Bakımı: İnspeksiyon

- Hastanın cildi her gün baştan ayak baş parmağına kadar değerlendirilmeli

- Persistan eritem
- Solmayan hiperemi
- Bül oluşumu
- Ödem – endurasyon
- Lokalize sıcaklık



**dikkatlice
değerlendirilmeli**

- Koyu pigmentli deride
 - Mor ve mavi bölgeler
 - Lokalize sıcaklık