

Bası Yarası Bakımı

Dr. Nermin KELEBEK-GİRGİN, Hemş. Gülhan KURHAN-ERARI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bursa

Bası yarası; vücudun özellikle kemik çıkıntılarının bulunduğu bölgelerde uzun süreli ya da tekrarlayan basılara bağlı olarak deri ve derialtı dokularda kapillerlerin tamamen kapanması ve o bölgede dolaşımın durması sonucu ortaya çıkan nekroz ve ülserasyonlardır. Hastane içinde insidansı % 10-23 arasında saptanmış iken, yoğun bakım ünitelerinde bu oran %56'ya kadar çıkmaktadır (1-5).

Bası yarası gelişiminde en önemli faktör basınçtır. Basıncın hem şiddeti hem de süresi önemlidir. Eğer doku kapiller kan akımını olumsuz yönde etkileyecek bir basınç olursa, doku gerekli oksijen ve besin maddelerinden yoksun kahr ve iskemi meydana gelir.

Bası yarası oluşumunda basıncın lokal etkileri yanında: malnütrisyon, ileri yaş, hipotansiyon, mobilizasyonun azalması, duyuşsal algılamanın azalması, sepsis gibi çoklu faktörler ve derinin idrar/gaita ile kontaminasyonu, nem, sürtünme kuvveti gibi ekstrensek faktörler rol oynamaktadır (1-7).

Gelişme şekillerindeki farklılıklar bası yaralarının evrelendirmesini zorlaştırmakla beraber, tanının standardize edilmesi açısından evrelendirme önemlidir. Evre I: ciltte bastırmakla solmayan kızarıklık bulunur. Ancak cilt bütünlüğü tamdır. Evre II: epidermis, dermiş ya da ikisini birden içeren cilt kaybı vardır. Ülser yüzeyledir. Klinik gölünüm abrazyon, bül ya da sığ bir krater şeklindedir. Evre III: Cilt ve cilt altı dokularda kasın fasyasının altına inmeyen tam bir kayıp bulunur. Ülser derin bir krater görünümündedir. Evre IV: İleri derecede doku harabiyeti ve nekrozu ile seyreden tam kalmıklı cilt kaybı, kas, kemik ya da destek dokuların kaybı mevcuttur (2, 8).

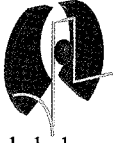
Bası yarası en sık sakrum, topuklar, iskiüm, trokanter, skapula üzeri, oksipit, omuzlar, dizler ve dirsekler de görülmektedir (8). Sakrum en sık görülen yer olmasına rağmen Bours ve ark. (6) tarafından yapılan bir çalışmada bası yarasının topuklarda görülmeye oranı %39.4, sakrumda ise %25.2 olarak saptanmıştır.

Yoğun bakımda tedavi edilen olgularda bası yarası gelişme riski diğer hasta gruplarına göre daha yüksektir. Yoğun bakım hastalarında bası yarası risk faktörleri arasında

fiziksel aktivite ve mobilizasyonun sınırlı olması, uzun süreli yatağa bağımlılık gerektiren hastalıkların bulunması, anestezi-sedatif-analjezik ve kas gevşetici ilaçların yaygın kullanımı, şuur kaybı veya nörolojik defisit nedeniyle duyuşsal algılamanın azalması, metabolizmanın değişmesi, dolaşım-ventilasyon bozuklukları, mekanik ventilasyon uygulanması sayılabilir (1, 2, 4-6, 9). Şuur kaybı-nörolojik defisit ve kullanılan ilaçlar nedeniyle hastalar artmış doku basıncını fark edemezler ve basıncı önlemeye yönelik reaksiyon veremezler. Metabolizmanın değişmesi, beslenmenin bozulması ve malnütrisyon sonucunda negatif nitrojen dengesi sonucu subkutanöz doku kaybı meydana gelir. Holmes ve arkları (10) albümin düzeyi <3.5 gr/dl olduğunda bası yarası gelişim oranının %75 olduğunu, albümin düzeyi >3.5 gr/dl olduğunda ise bu oranın %16'lara kadar gerilediğini saptamışlardır. Dolaşım-ventilasyon bozuklukları nedeniyle yoğun bakımlarda sıklıkla vazoaaktif ilaçlar kullanılmaktadır. Kullanılan bu ilaçlar periferik doku perfüzyonunda ve kapiller kan akımında azalmaya neden olurlar. Yapılan bir çalışmada bası yarası bulunan olguların %55 'inde sedatif ilaç infüzyonu, % 14'ünde vazoaaktif ilaç infüzyonu, % 14'ünde ise sedatif ve vazoaaktif ilaç infüzyonu uygulandığı saptanmıştır (4).

Mekanik ventilasyon uygulanması yoğun bakımlarda en sık uygulanan tedavilerden biridir. Mekanik ventilasyon uygulanması kalbe venöz dönüşü azaltarak, sol ventrikül diyastol sonu volmünün ve kardiyak debinin azalmasına neden olmaktadır. Kardiyak debinin azalması hipotansiyon ve doku perfüzyonunda azalmaya neden olmaktadır. Doku perfüzyonunda azalma bası yarası gelişimini etkilemektedir. Ayrıca mekanik ventilasyon uygulanan yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde risk faktörleri arasında bulunan mobilizasyonun azalması, enfeksiyon riskinin artması ve beslenmenin bozulması da sıklıkla bulunmaktadır (11).

Yoğun bakım hastalarında fekal-üriner inkontinans, diyare, yaralardan sızıntı ve terleme sonucunda deride nemli bir ortam oluşmakta ve deri hijyeni bozulmaktadır. Bu durum bası yarası gelişim riskini artırmaktadır (2, 5). Hastalarda ki yoğun bakıma yatışı gerektiren hastalıklar ile beraberinde bulunan kronik hastalıklar, hastaya verilen pozisyon, hasta



da bulunan spastisite-kontraktürler, enfeksiyon, anemi ve ileri yaş da bası yarası gelişiminde bir faktördür (2-6).

Yoğun bakım da yaygın olarak kullanılan hasta değerlendirme skorları APACHE II ve SAPS II skorlarının da bası yarası ile ilişkili olduğu saptanmıştır (2, 6).

Yoğun bakım yatış süresi bası yarası gelişimini etkilemektedir. Wolverton ve ark.ları (4) olguların % 55'inde hastaneye yatıştan sonraki 15 gün içinde bası yarası geliştiğini saptamışlardır. Eachempati ve ark.ları (5) ise yoğun bakım yatış süresi 7 günü geçtiğinde bası yarası gelişim riskinin arttığını belirtmiş olmakla beraber, başka bir çalışmada olguların %68.4'ünde yoğun bakıma yatıştan sonraki 7 gün içinde bası yarası geliştiği bildirilmiştir (3).

Bası yarası gelişimi, hastaların ağrı duymasına, enfeksiyon-sepsis riskinde artışa, iyileşmenin gecikmesi ve hastane kalış süresinin uzamasına, bası yarasına yönelik medikal-cerrahi tedavi gerekmesine, hastane kaynaklarının kullanımının artmasına, uzamış tedavi sürecinde hastada/ailede fiziksel ve emosyonel tükenmenin ortaya çıkmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine, morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır (2-6). Keller ve ark.ları (2) tarafından yapılan çalışma da yoğun bakımda bası yarası olmayan olgularda mortalite oranı %15 iken, bası yarası olanlarda %63 olarak saptanmıştır. Ancak bası yarası olanlarda, bası yarası ortaya çıkması için gereken olumsuz koşulların daha fazla olması ve bu koşulların aynı zamanda mortaliteyi de etkilemesi nedeniyle mortalite oranında ki bu yükselme yalnızca bası yarasına bağlanmamalıdır.

Bası yarasının oluşması hastalardaki maliyeti de artırmaktadır. Bası yarası olanlarda maliyetin iki kat fazla olduğu ve toplam yoğun bakım bütçesinin %5'inin bası yarasının önlenmesi ve tedavisine ayrılmakta olduğu ve bası yarası tedavisinin önlenmesinden daha pahalı olduğu bildirilmiştir (2). Bası yarası maliyeti artırmakla birlikte, hangi hastalara bu yönde önlemlerin uygulanması gerektiği de önemlidir. Bu nedenle bası yarası gelişim riski bulunan hastaların tanımlanması ve koruyucu önlemlerin bu hastalara uygulanması gerekmektedir. Hasta seçimi için kullanılabilir risk faktörleri arasında derinin rengi, havalı yatak kullanım süresi, fekal inkontinans-diare bulunması, albümin düzeyi, genel sağlık durumu, aktivite, mobilizasyon, beslenme durumu, sıvı alımı sayılabilir (2, 5, 6).

Günlük pratik uygulamalarda bu amaçla bası yarası risk değerlendirme ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçekler arasında Braden, Norton, Waterlow, Cornell, Cubbin ve Gosnell ölçekleri sayılabilir (2, 11) Bu ölçeklerde duysal algılama, nem, aktivite-mobilizasyon, beslenme,

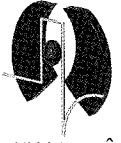
sürtünme, predispozan hastalıklar, şuur durumu, yaş, ağırlık, cinsiyet gibi alt boyutlar bulunmaktadır. Her klinik kendine uygun gelen ölçeği kullanmaktadır. Ölçekler hastanın yoğun bakıma yatışı sırasında, tedavi sırasında en az 24/48 saatte bir ve hastanın durumunda oluşan değişiklikten sonra değerlendirilmelidir. Yoğun bakım hastalarında bakım kalitesi yüksektir. Bu hastalarda pozisyon sık sık değiştirilmekte, günde en az bir kez yapılan fizik muayene sırasında deri de değerlendirilmekte ve malnütrisyonu önlemek için yoğun çaba harcanmaktadır. Ayrıca yoğun bakımda hastanın genel durumu hızla değişebilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hastasında bası yarası risk değerlendirme ölçeklerinin güvenilirlikleri, doğrulukları, spesifite ve sensitiviteyi tartışmalıdır (2).

Hastalarda bası yarası gelişiminin önlenmesi için alınacak önlemler arasında personelin eğitimi, yüksek risk grubundaki hastaların tanımlanması, maruz kalınan basınç süresinin ve şiddetinin azaltılması, sık cilt inspeksiyonu yapılması, derinin nemden korunması, riskli bölgelerin masere ve kontamine edecek materyal ile temasının azaltılması, beslenme desteğinin karşılanması-eksiklerin yerine konması sayılabilir. Maruz kalınan basıncı azaltmak için sık pozisyon değişimi yapılmalı, topukları korumak için özel dikkat harcanmalı ve basıncı dağıtan materyaller kullanılmalıdır (7, 9, 13).

Bası yaralarının önlenmesinde en büyük rol hastaya 24 saat hizmet veren hemşireye düşmektedir. Hemşirenin iş yükünün artmasının bası yarası oranını %50 artırdığı saptanmıştır (2). Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinde hasta başına düşen hemşire sayısı gelişmiş ülkelere göre daha az olduğu için bası yarası gelişim riski de fazladır. Bası yaralarının en iyi tedavisi oluşmalarını önlemektir. Bu amaçla sık pozisyon değişiminin yapılması, beslenmenin düzenlenmesi (diyet: 25-35 kcal/kg/gün nonprotein kalori, protein: 1.5-3.0 gr/kg/gün), aneminin önlenmesi, vitamin A ve C, çinko, kalsiyum, demir, bakır takviyesi, özel yatakların ve materyallerin kullanılması, derinin nem oranının azaltılması, derinin kontamine materyal ile temasının önlenmesi, dolaşımı artırıcı masaj yapılması, bası yarası bakımı için belli bir kılavuz kullanılması önerilmektedir (7-9, 13). Bası yarası gelişiminde kılavuz kullanımının III. ve IV. derece ülser gelişimini azalttığı saptanmıştır (1).

Gelişmiş olan bası yarasının tedavisinde önleyici faaliyetlerin yanı sıra medikal yara bakımının yapılması, eğer yanıt alınmıyor ise cerrahi girişim uygulanması gündeme gelmektedir (7-9,13).

Sonuç olarak, bası yarası nozokomiyal bir komplikasyondur. Bu komplikasyonun önlenmesi ve bası yarası oluşmuş ise bakımının iyileştirilmesi mesleki, ekonomik ve legal olarak önemlidir.

**KAYNAKLAR**

1. de Laai EH, Pickkers P, Schoonhoven L, Verbeek AL, Feuih T, van Achterberg T. Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients. *Crit Care Med* 2007; 35:815-20.
2. Keller BP, Jville J, van Ramshorst B, van der Werken C. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1379-88.
3. Fife C, O'fio G, Capsuto EG, et al. incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. *Crit Care Med* 2001; 29: 283-90.
4. Jvolfson CL, Hobbs LA, Beeson T, et al. Nosocomial pressure ulcer rates in critical care: performance improvement project. *J Nurs Care Qual* 2005; 20: 56-62.
5. Eachempati SR, Hydo LJ, Barie PS. Factors influencing the development of decubitus ulcers in critically ill surgical patients. *Crit Care Med* 2001; 29: 1678-82.
6. Bours GJ, De Laai E, Halfens RJ, Lubbers M. *Intensive Care Med* 2001; 27: 1599-605.
7. Dini V, Berione M, Romanelli M. Prevention and management of pressure ulcers. *Dermatol Ther* 2006; 19: 356-64.
8. Yücel A. Bası yaraları. 1. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Çili Hastahkları ve Yara Bakımı Sempozyumu. 18-19 Ekim 2001, İstanbul, s. 131-50.
9. Gunningberg L. Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures? *Int J Nurs Pract* 2005; 11: 58-67.
10. Holmes R, Macchiano K, Jhangiani SS, Aganval NR, Savino JA. Nutrition - how. Combating pressure sores - nutritionally. *Am J Nurs* 1987; 87: 1301-3.
11. Pender LR, Frazier SK. The relationship between dermal pressure ulcers, oxygenation and perfusion in mechanically ventilated patients. *Intensive Crit Care Nurs* 2005; 21: 29-38.
12. Jun Seongsook RN, Jeong Ihnsook RN, Lee Younghee RN. Validity of pressure ulcer risk assessment scales; Cubbin and Jackson, Braden, and Douglas scale. *Int J Nurs Stud* 2004; 4: 199-204.
13. Whitney J, Phillips L, Alsam R, et al. Guidelines for the treatment of pressure ulcers. *J Wound Repair Regen* 2006; 14: 663-79.