

	Јавна здравствена установа Болница „Свети Врачи“Бијељина Српске војске 53			УП-10-072
<i>Превенција и третман декубиталних улцерација</i>				
Страна 1 од 4	Издање:	Важи од:	Одобрио	Копија број
	3	2023-01-12	Дипл. организатор здравствене њега Милица Дикић	Е

1. ПРЕДМЕТ И ПОДРУЧЈЕ ПРИМЈЕНЕ

1.1 Предмет упутства

Овим упутством дефинише се поступак за превенцију, спрјечавање настанака и третман декубиталних рана у ЈЗУ Болници „Свети Врачеви“ Бијељина (у даљем тексту Болница Бијељина).

1.2 Подручје примјене

Ово упутство се примјењује на свим одјељењима / службама Болнице Бијељина гдје се хоспитализују пацијенти.

1.3 Надлежности за примјену

За доследну примјену овог упутства надлежна је главна сестра болнице, а дужни су га познавати и спроводити сви запослени здравствени радници који долазе у контакт са хоспитализованим пацијентима.

1.4 Искључења

- Немедицинске организационе јединице.

2. ВЕЗА С ДРУГИМ ДОКУМЕНТИМА

2.1 Референтни документи

- Стандарди за сертификацију и акредитацију болница.
- Приручник стандардних оперативних поступака у сестринству за секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите.

3. ТЕРМИНИ И СКРАЋЕНИЦЕ

3.1 Термини

- Декубитус - локално оштећење коже и / или поткожног ткива настало због дејства силе притиска, силе смицања или трења, односно њиховом комбинацијом.

4. ОПИС ПОСТУПКА (ПРОЦЕСА)

4.1 Превенција декубитуса

Декубитални улкус представља оштећење коже и кожног ткива настао као посљедица притиска примјењеног великом снагом у кратком периоду или мањом снагом током дужег периода, на меко ткиво тврде подлоге са једне стране и коштане проминенције са друге стране. Као посљедица тог притиска настаје оклузија капиларних, крвних и лимфних судова, те неправилна размјена храњивих материја и кисеоника, што посљедично доводи до исхемије ткива и тромбозе. У циљу превенције декубитуса потребно је свакодневно спроводити следеће мјере:

- 1) Процјена ризика за настанак декубита са употребом доступних скала,
- 2) одржавање личне хигијене и њега коже, редовно пресвлачити постељно и лично рубље које мора бити мекано, затегнуто без набора и успоставити контролу над инконтиненцијом,
- 3) смањење притиска на предилекциона мјеста и заштита проминентних мјеста, примјена антидекубиталних помагала,

Болница Бијељина	Страна 2 од 4	Издање:	Важи од:	УП-10-072
		3	2023-01-03	

4) побољшање периферне циркулације увођењем активних / пасивних вјежби и терапијске масаже (уколико није контраиндикована),

5) правилна исхрана пацијената.

4.1.1 Процјена ризика за настанак декубитуса

- Укључује општу инспекцију стања коже како би се на вријеме регистровале и пратиле промјене - утврђује се тургор, боја, топлота, пигментација, влажност, хигијена, стање циркулације,
- инспекцију обављати најмање једном до два пута у 24 часа, а код повећаног ризика и чешће,
- процијенити психичко и физичко стање, ниво знања и информисаности, здравствене културе и мотивисаност за лијечење пацијента.

Код непокретних и полупокретних пацијената обавезно отворити ОБ-10-239: *План здравствене његе - декубитус* и учинити процјену ризика за настанак декубитуса према Нортон скали. У листу евидентирати стање коже, план здравствене његе, те евентуалне декубиталне промјене.

4.1.2 Смањење притиска на предилекциона мјеста и заштита проминентних мјеста

Промјена положаја пацијента на два сата или чешће уз минимално повлачење тијела.

Поставити пацијента у одређени положај, заштитити предилекциона мјеста (крсна кост, тртична кост, сједалне кости, велики трохантер, кожу изнад кичмених пршљенова, лопатице, лактове, кољена и пете).

4.2 Процјена декубиталне ране

Правилна класификација декубиталне ране и процјена фактора за њен настанак представља смјернице за одређивање третмана који ће омогућити санирање декубиталне ране.

У случају хоспитализације пацијента код којег већ постоји декубитална рана, медицинска сестра / техничар је обавезна да исту евидентира у Свеску примопредаје смјене.

4.2.1 Класификација декубиталне ране

Декубитална рана се најчешће класификује на следећи начин:

- **први степен** – топла и црвена кожа на мјестима притиска на подлогу, интегритет коже је још увијек очуван, црвенило блиједи на притисак,
- **други степен** – оштећење епидермиса и дермиса са појавом буле и ерозије, црвенило не блиједи на притисак,
- **трећи степен** – захватање поткожног ткива до мишићне фасције са видљивим некротичним дијеловима, рана са непријатним мирисом, а околина хиперпигментисана,
- **четврти степен** – опсежан декубитус који захвата све слојеве ткива, укључујући и коштану ткиво с пратећом инфекцијом,
- **пети степен** – екстремно дубоки, животно угрожавајући дефекти свих слојева ткива са присутном инфекцијом и некрозом.

4.3 Третман код декубиталних улцерација

Задатак медицинске сестре / техничара је:

- обавијестити ординирајућег љекара и поступити по налогу,
- обрада и превијање ране треба да се спроводи у превијалишту поштујући асептичну технику рада.

Болница Бијељина	Страна 3 од 4	Издање:	Важи од:	УП-10-072
		3	2023-01-03	

4.3.1 Припрема медицинске сестре / техничара

- опрати руке,
- ставити маску и
- навући рукавице за једнократну употребу.

4.3.2 Болесник

- идентификовати болесника,
- информисати болесника о поступку и важности сарадње,
- намјестити болесника у одговарајући положај и осигурати приватност,
- ослободити од одјеће дио тијела који се превиија.

4.3.3 Материјал и опрема

- колица,
- стерилне и нестерилне рукавице,
- маска,
- стерилни инструменти,
- веће стерилне шприце,
- стерилне игле,
- тупфери и стерилне газе различитих величина,
- леукопласт,
- дезинфекциона средства за обраду ране,
- физиолошки раствор собне температуре,
- завоји одговарајуће ширине (6–15 cm), за превиијање главе, шаке, прстију и стопала користи се завој ширине 6 cm, за превиијање рамена, надлактице, подлактице и поткољенице завој 10 cm ширине и за превиијање грудног коша и наткољенице користи се завој 15 cm ширине,
- хидроколоидни завоји,
- маказе,
- станицид или вазелинска газа,
- вата,
- бубрежњак.

4.3.4 Превиијање и обрада ране

- Уклонити завојни материјал и газу с ране. Уколико су завојни материјал и газа залијепљени за рану, ослободити их квашењем стерилним физиолошким раствором,
- бубрежњак поставити тако да се течност и ексудат из ране сливају у њега,
- прегледати, скинути завој и регистровати количину, врсту, боју и мирис секрета ране,
- стерилним инструментом узети тупфер газе натопљен физиолошким раствором кружним покретима рану чистити од средишта према рубовима (један тупфер, један потез),
- затим узети тупфер натопљен дезинфекционим средством и поновити поступак чишћења неколико пута, користећи сваки пут нови стерилни тупфер,
- уколико је рана инфицирана, испирање радити физиолошким раствором и дезинфекционим средством под млазом са удаљености од 2 - 5 cm, пазећи да млаз не буде сувише јак како се не би оштетило ткиво у рани,
- кожу око ране очистити физиолошким раствором и посушити сувом стерилном газом,
- на рану ставити облогу користећи метод „влажно на влажно“, која ће да апсорбује некротично ткиво и дренирани садржај,

Болница Бијељина	Страна 4 од 4	Издање:	Важи од:	УП-10-072
		3	2023-01-03	

- на рану ставити ординирани покров и заштитити вишеслојном стерилном газом,
- газу фиксирати завојем или леукопластом,
- након завршетка све дијелове сложити и одложити на предвиђено мјесто,
- опрати и посушити руке,
- евидентирати спроведену активност у ОБ-10-239: *План здравствене његе - декубитус*.

5. ПРИЛОЗИ И ОБРАСЦИ

5.1 Прилози

- Нортон скала (у склопу ОБ-10-239).

5.1 Обрасци

- ОБ-10-239: План здравствене његе – декубитус.

6. ЗАПИСИ

Табела 1:

Назив документа	Ознака обрасца	Документ формира	Број примјерака	Рок чувања	Мјесто чувања	Евидентирање
План здравствене његе - декубитус	ОБ-10-239	Медицинска сестра	1	Трајно	Архива	не