

Se qualcuno una sera d'autunno vi dicesse che le scale di valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito non servono, potete sempre rispondere che...

A cura di Alberto Apostoli & Claudia Caula



Nel 2002 è stato pubblicato sul *British Medical Journal (BMJ)* uno studio prospettico di coorte in una popolazione di 1229 pazienti i cui risultati indicano come la scala di *Braden*, di *Norton* e di *Waterlow* non siano utili nell'individuare i pazienti a rischio di contrarre lesioni da decubito. L'articolo è visibile e scaricabile dal sito del *BMJ* (www.bmj.com) Le conclusioni degli Autori sono le seguenti: **"Benché le scale per la valutazione del rischio predicano in parte l'insorgenza di lesioni da decubito, l'uso routinario di queste scale porta ad utilizzo non efficiente delle misure preventive. Dovrebbe essere elaborata una scala per la valutazione del rischio precisa, basata su dati raccolti in modo prospettico"** (Schoonhoven L. et al. *BMJ* 2002)

Conosciamo abbastanza bene la rivista inglese per la sua serietà e la diffusione in ambito scientifico. Apprezziamo l'attenzione all'EMB (*Evidence Based Medicine*) e le riflessioni su rilevanti questioni a carattere socio-sanitario. Spesso al suo interno si sollevano piacevoli e vivaci "polemiche" nell'intento di rivalutare le "certezze della medicina" a cui spesso ci si abitua. In tal senso abbiamo letto, appena uscito, l'articolo del *BMJ* e le risposte successive, immaginando che data la notorietà della rivista, avrebbe avuto molta attenzione anche in ambito formativo. Ma affidarsi alle conclusioni dello studio del *BMJ* come punto di riferimento, fa pensare a formatori non accurati e frettolosi. Chi lavora in questo campo tutti i giorni, sa che le ricerche circa la validità delle scale di valutazione sono diverse, con risultati spesso contraddittori e lontani dall'essere conclusivi. E se la platea dei discenti non è "attrezzata" mentalmente e non conosce le diverse fonti della letteratura sull'argomento, i danni che si possono creare sono notevoli.

Per questo crediamo che qualche considerazione sia opportuna.

Questione di metodo? Uno degli elementi che a nostro giudizio può aver parzialmente falsato i risultati dello studio pubblicato sul *BMJ* è la scelta di affidare la valutazione del paziente ad infermieri ricercatori estranei ai reparti scelti, che visitavano i pazienti a intervalli; gli infermieri che si occupavano dell'assistenza erano tenuti all'oscuro in merito alle osservazioni degli infermieri rilevatori; quindi i dati raccolti derivano dalla conoscenza dei pazienti basata su elementi come schede di raccolta dati o l'intervista diretta al paziente. Noi crediamo che chi utilizza e/o indaga queste strumenti debba conoscere e assistere il paziente prima di compilare una scala di valutazione. Come sarebbero cambiati i dati se fossero stati rilevati dagli stessi infermieri che lavoravano nei reparti? Ovviamente non c'è risposta, ma il dubbio forte ci rimane.

Lo studio del *BMJ*, contraddice (tra i tanti) uno studio retrospettivo di coorte su 1684 pazienti assistiti al domicilio (*Sandra Bergquist, 2001*) La ricerca è stata pubblicata sul meno conosciuto, ma validissimo, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nurse (JWOCN)* In questo caso erano gli infermieri che assistevano pazienti al domicilio che raccoglievano i dati. È originale vedere come, anche se molti elementi epidemiologici dei due studi si assomigliano e i dati finali dei due studi non si discostano di molto, le conclusioni degli Autori sono diverse. Gli obiettivi di questo secondo lavoro, partivano dalle considerazioni di altri Autori che avevano indagato come alcune specifiche variabili della scala di *Braden* (incontinenza, mobilità, attività) avevano un peso "maggiore" rispetto alle altre nel definire in maniera ottimale il rischio di contrarre lesioni da decubito (*Carlson E, 1999; Baldwin K. et al.; 1998; Kemp M. et al.; 1993*). L'Autrice sul *JWOCN* confronta diverse combinazioni di variabili e le confronta con la versione integrale della scala di *Braden* per testarne la validità in un gruppo consistente di pazienti seguiti al domicilio. Le conclusioni, che

contraddicono i risultati delle ricerche da cui era partita, sono che la scala di *Braden* nel suo insieme è utile ad identificare i pazienti a rischio in ambito domiciliare piuttosto che alcune variabili singole o associate.

Riprendersi la clinica Gli Autori del BMJ affermano che *“le scale si basano sull’osservazione clinica e sulle intuizioni patofisiologiche, e non su una adeguata ricerca prospettica o prognostica”* (Schoonhoven L. et al. BMJ 2002)

Certo che le scale sono incomplete, questo non sfugge. Sicuramente mancano elementi determinanti circa gli aspetti della cute e le sue condizioni (la secchezza, l’umidità, il colorito, la temperatura cutanea) ma anche il trofismo, l’ossigenazione, il pH, (Fiddian-Green RG, 1999) le caratteristiche della plica cutanea, lo spessore del pannicolo di sottocute, ecc. Sono elementi che la ricerca non è riuscita ancora a definire, circoscrivere e a cui va dato un peso.

Ma anche qui, il clinico può fare molto con la valutazione oggettiva e inserire nel complesso del rischio i segni cutanei rilevati.

E anche qui, chi fa formazione potrebbe/dovrebbe aprire un fronte di lavoro “clinico” molto più ricco dell’attuale.

“Innamorati” degli strumenti?! Forse ci siamo innamorati degli strumenti (o della tecnica) se come esperti e formatori in ambito di *wound care* abbiamo insistito nell’uso delle scale di valutazione, ma abbiamo sorvolato, non enfatizzato e non dettagliato i criteri per la valutazione clinica, offrendo concreti elementi di riferimento. La complessità dell’approccio al problema “lesioni da decubito” non consente di utilizzare *solo* “lo strumento” sia esso una scala di valutazione che un supporto antidecubito.

La prerogativa delle scale di valutazione non può essere quella di essere strumenti infallibili o automatici! *Dorin Norton* nel 1989 affermava come l’intento della scala di valutazione da lei proposta nel 1962 (Norton D. et al. 1962) fosse quello di dare un’indicazione sull’aumentato rischio di contrarre lesioni da decubito e non di individuare con certezza la persona a rischio (Norton D. 1989)

Molto più recentemente, in un’intervista a *Barbara Braden* comparsa su un articolo dal titolo esplicativo :*“No scale is perfect”* (Strobel A. 2001), si afferma come nessuna scala (Norton, Waterlow, Braden) sia “ideale” per individuare pazienti a rischio senza una accurata valutazione clinica.

La stessa *Barbara Braden* suggerisce di *“associare alla scala la valutazione clinica e di considerare ulteriori fattori di rischio se presenti, come età avanzata, pressione diastolica inferiore a 60 mm Hg, febbre, instabilità emodinamica, durata dell’intervento operatorio, stato di coscienza”* (B. Braden, E. A. Ayello, 2002)

L’utilizzo inefficiente di risorse Se le scale di valutazione individuano una quota di pazienti a rischio e che poi non lo sono, questo è un problema oggettivo e non trascurabile. Giustamente, dicono gli Autori, le misure di prevenzione si sprecano e in un contesto attuale ciò è inammissibile (Schoonhoven L. et al. BMJ 2002). Ma qui è un problema culturale, assistenziale e organizzativo. Chi lo ha detto che tutti i pazienti con un indice di 10 di *Braden* esigono un materasso ipertecnologico? Non ci si affida un po’ troppo alle veloci, granitiche, patinate e preconfezionate soluzioni delle industrie produttrici di tecnologia sanitaria? Eppure la ricerca infermieristica ci insegna che qualcosa di diverso si può fare anche nel campo degli anziani ad alto rischio con superfici “povere” (Defloor T. 2001) E non ha più valore accompagnare in bagno un paziente di notte due volte o lasciarlo con un pannolone su una “sicura” superficie antidecubito? Dato che a volte nei reparti questo succede. La capacità di gestire e calibrare l’equilibrio tra l’autonomia del paziente (mantenendola, stimolandola e ricercandola) e l’utilizzo delle costose risorse tecnologiche non fa parte ancora del patrimonio intellettuale di molti di noi che operano nei

reparti, ma lo dovrà diventare, né può essere affidato a qualsiasi scala o percorso decisionale standardizzato. Anche qui il formatore deve intervenire.

Una considerazione sulla ricerca Le scale di valutazione del rischio non sono molto usate (Bonelli S. 1999) Ci sono Associazioni, Ordini professionali, Corsi Universitari che tentano di insegnarle e farle adottare agli infermieri e ad altri operatori attraverso un processo di stratificazione culturale lento e difficoltoso. Tutto ciò con difficoltà e dispendio di risorse.

Negli ultimi tempi sono cresciuti molto i “critici”, gli esperti e i puristi della metodologia della ricerca. Benissimo, in un certo senso ne avevamo bisogno. La ricerca infermieristica è stata sempre un poco zoppa da questo punto di vista e ben vengano i “censori”, i matematici, gli statistici, gli epidemiologi. Il pericolo è che le critiche elevate recentemente dalla ricerca non solo sugli strumenti di valutazione, ma anche circa l’utilizzo delle superfici di supporto, alla terapia iperbarica in gruppi selezionati di pazienti diabetici con lesioni, al supporto nutrizionale nella prevenzione e trattamento delle lesioni, portino a tagli indiscriminati di risorse o scelte nichiliste.

Se la ricerca è qualitativamente cresciuta, non altrettanto sono cresciuti i clinici che devono coniugare “evidence”, competenza, esperienza e risorse, cosicché il rischio è che le conclusioni della ricerca trovino operatori sanitari non pronti a “leggere” i risultati e a cogliere gli aspetti critici trasformandoli in nuovi spunti di ricerca, ma scelgano di abbandonare certe attività perché la “la ricerca” ha dimostrato dei limiti.

Il nostro consiglio non può che essere quello di continuare ad utilizzare le scale di valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito, dando peso al giudizio clinico sul paziente, in attesa che la ricerca ci dia granitici risultati su altri strumenti più accurati.

L’operatore può aspettare. Il paziente no.

Conflitto di interessi: gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti di nessun genere da Enti o industrie che abbiano interessi connessi al tema dell’articolo.

Articoli consultati

- Norton D. *Calculating the risk : reflections on the Norton scale. Decubitus*, 1989;2/3:24-31
- Lisette Schoonhoven, Jeen R E Haalboom, Mente T Bousema, Ale Algra, Diederick E Grobbee, Maria H Grypdonck, and Erik Buskens *Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers BMJ* 2002; 325: 797
- Defloor T. *Less frequent turning intervals and yet less pressure ulcers. Tijdschr Gerontol Geriatr* 2001 Aug;32(4):174-7
- Barbara Braden, Elizabeth A. Ayello *How and Why to Do Pressure Ulcer Risk Assessment. Adv in Skin & Wound Care* May/June 2002;15(3): 125-131
- Fiddian-Green RG. *Monitoring of tissue pH: the critical measurement. Chest.* 1999 Dec;116(6):1839-41
- Norton D., Mc Laren M., Exon Smith AN. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Edimburgh, Churchill Livingston, 1962*
- Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. *The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res* 1987;36:205-10.
- Strobel A. *The European Pressure Ulcer Advisory Panel: no scale is perfect Pflege Z.* 2001 Nov;54(11):771.
- Sandra Bergquist. *Subscales, subscores, or summative score: Evaluating the contribution of Braden Scale items for predicting pressure ulcer risk in older adults receiving home health care. JWOCN* November 2001;28(6): 279-289
- Carlson E, Kemp M, Shott S. *Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. Am J Crit Care* 1999;8:262-9.

- *Baldwin K, Ziegler S. Pressure ulcer risk following critical traumatic injury. Adv Wound Care 1998;11:168-73.*
- *Kemp M, Kopanke D, Tordecilla L, Fogg L, Shott S, Matthiesen V, et al. The role of support surfaces and patient attributes in preventing pressure ulcers in elderly patients. Res Nurs Health 1993;16:89-96*
- *Sergio Bonelli. Gli strumenti di valutazione del rischio di immobilità. (in) Immobilità, allettamento e possibili complicanze: dalla sorveglianza epidemiologica all'impiego di ausili. Atti del Convegno Nazionale 21-23 ottobre 1999 Chianciano Terme 1999*