

RELAZIONE PRESENTATA COME COMUNICAZIONE ORALE AL IV CONGRESSO NAZIONALE AIUC TORINO 2006

LA SCALA DI BRADEN COME GUIDA PER LA SOLUZIONE DEI BISOGNI

S. Furlini* (MD), K. Somà (Inf), M. Vargiu (Inf), L. Pogliano (Inf)
Servizio di Cure Domiciliari ASL 7 Chivasso, sub-distretto di Volpiano (TO), Italia

Il corretto approccio alla lesione da decubito comporta la costante e strutturata individuazione e compensazione dei bisogni di assistenza anche attraverso una sistematica raccolta dati. La variabilità metodologica tuttavia può rendere difficile il confronto tra i diversi professionisti e quindi l'omogeneità e continuità assistenziale.

Il gap può essere colmato se la raccolta dati viene sostenuta dall'utilizzo di scale di valutazione che favoriscono:

- una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni osservati;
- una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza;
- la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline.

La scala di Braden è stata messa a punto negli Stati Uniti (Bergstrom, Braden et al., 1987) come risultato di uno studio sulle cause delle ulcere da pressione.

Le LG attualmente esistenti consigliano una valutazione sistematica del rischio di un paziente servendosi di uno strumento convalidato come la scala di Norton o la scala di Braden e ad intervalli regolari. (AHCPR 1994, evidenza A).

Dagli studi presenti in letteratura, la scala di Braden risulta avere una maggiore specificità e sensibilità, maggiore validità ed affidabilità (se usata da professionisti) e permette una compilazione guidata e quindi più riproducibile grazie alla semplicità descrittiva delle singole voci e all'utilizzo di termini oggettivi.

Sappiamo comunque che le scale sono incomplete in quanto manca la valutazione obiettiva della cute. Nessuna scala infatti prende in considerazione parametri quali il grado di idratazione della cute, il colorito e lo spessore della plica sottocutanea, rendendosi indispensabile una integrazione con la valutazione clinica.

Una attenta osservazione della scala di Braden ci ha condotto ad una sua interpretazione che è risultata assai utile in termini di risposta ai bisogni dei pazienti a rischio.

Trattasi di una duplice lettura:

1. verticale, ottenendo per ogni item un valore che determina, sommato agli altri, il meglio conosciuto indice di Braden
2. orizzontale, individuando per ogni voce presa in esame un punteggio che mi descrive l'effettivo problema per quel paziente.

La lettura verticale restituisce l'indice di rischio e quindi predispone all'utilizzo di presidi anti decubito.

Con la lettura orizzontale è possibile evidenziare dove i nostri interventi devono essere più mirati anche quando l'indice totale potrebbe risultare relativamente alto, offrendoci quindi una guida per la soluzione di problemi. In quest'ottica la scala di Braden può essere implementata dall'utilizzo di procedure specifiche che verranno applicate ogni qualvolta per ogni item si ottenga un valore sotto soglia. Quest'ultima è stata attentamente valutata e proposta. La rivalutazione deve mirare ad ottenere un miglioramento per quello specifico item, dopo applicazione di opportuna procedura d'intervento.