

# **LE SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LESIONI DA DECUBITO**

**Redatto da: G.Nebbioso e F. Petrella**

## **VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Di frequente le condizioni socioeconomiche del paziente, l' ambiente circostante, lo status sociale, influenzano in maniera direttamente proporzionale la comparsa di ulcere da decubito; peggiori sono le condizioni socioeconomiche più alto è il rischio di lesioni.

E' d'obbligo, dunque, inquadrare l'ammalato nell'ambiente in cui vive, valutando il suo stato civile, se è coniugato, se vive da solo o con i propri familiari.

Vanno esaminati i rapporti interpersonali, identificando chi si occupa dello stato di salute del proprio congiunto ( Anamnesi sociale ).

L'anamnesi sanitaria parte dalla diagnosi del medico curante , considerando in successione l'anamnesi fisiologica con valutazione della diuresi, dell' alvo, ed evidenziando fenomeni di incontinenza.

L'anamnesi patologica , indaga a tutto spiano, valutando apparato per apparato le patologie che si sono manifestate nel corso degli anni e che possono aver peggiorato le condizioni attuali del paziente.

L'esame obiettivo valuta , in prima istanza, il sensorio e il decubito del paziente.

Peso, pressione arteriosa e frequenza vanno subito registrate.

Si procede all'esame dei singoli apparati, segnalando le patologie degne di nota.

Test di laboratorio, esami ematologici ed ematochimici completano l' esame dell'ammalato.

Per identificare e quantificare i diversi fattori che sono causa di piaghe da decubito, sono state create delle scale di valutazione che, analizzando parametri quali mobilità, attività, stato nutrizionale, stato mentale, incontinenza, condizioni generali del paziente, uso di farmaci, peso ed età, permettono una standardizzazione del rischio.

## SCALA NORTON

La scala di Norton creata nel 1962, partendo dalla osservazione di 600 pazienti , è certamente una delle più utilizzate sia per la semplicità sia per la sua rapidità. La scala esamina 5 parametri:

- **Condizioni fisiche**
- **Stato mentale**
- **Deambulazione**
- **Mobilizzazione**
- **Incontinenza**

Ciascun parametro viene ulteriormente suddiviso in cinque sottoparametri a cui viene assegnato un punteggio da 1 a 4, la cui somma costituirà l' indice di rischio ( vedi tab...)

Parametri	p.1	p.2	p.3	p.4
<b>Condizioni generali</b>	<b>pessime</b>	<b>scadenti</b>	<b>discrete</b>	<b>Buone</b>
<b>Stato mentale</b>	<b>stuporoso</b>	<b>confuso</b>	<b>disorientato</b>	<b>Lucido</b>
<b>Deambulazione</b>	<b>allettato</b>	<b>Costretto su sedia</b>	<b>Cammina con appoggio</b>	<b>Normale</b>
<b>Mobilità</b>	<b>immobile</b>	<b>Molto limitata</b>	<b>Leggermente limitata</b>	<b>Normale</b>
<b>Incontinenza</b>	<b>doppia</b>	<b>Abituale (urine)</b>		

**Tab. :** Scala di Norton.

La scala di Norton , considerata da alcuni troppo semplicistica e poco sensibile, è stata integrata con altri sette parametri che hanno permesso di realizzare una nuova scala. Gli elementi classificativi introdotti sono :

<input type="checkbox"/>	<b>Diagnosi clinica di diabete</b>	<b>si</b>
<input type="checkbox"/>	<b>diagnosi clinica di ipertensione</b>	<b>si</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ematocrito basso ( &lt; 38g/dl )</b>	<b>si</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Albuminemia ( &lt; 3.5/dl</b>	<b>si</b>
<input type="checkbox"/>	<b>temperatura corporea ( &gt; 37° )</b>	<b>si</b>
<input type="checkbox"/>	<b>modificazioni dello stato mentale nelle prime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia</b>	<b>si</b>

**Tab. B**

Ad ogni elemento di positività viene assegnato 1 punto.

L'indice di rischio viene calcolato sottraendo al punteggio della scala di Norton (punteggio A) quello relativo alla valutazione dei sette parametri aggiuntivi ( punteggio B). Valori uguali o minori di 10 sono indice di rischio elevato rispetto alla genesi di lesioni.

## SCALA KNOLL

Nella scala di Knoll vengono esaminati i seguenti otto parametri :

- ❑ **Stato di salute generale**
- ❑ **Stato di coscienza**
- ❑ **Attività**
- ❑ **Mobilità**
- ❑ **Incontinenza**
- ❑ **Alimentazione**
- ❑ **Assunzione di liquidi per os**
- ❑ **Malattie predisponenti**

Ciascun parametro va ulteriormente distinto:

### **Lo stato di salute generale**

va distinto in :

- 1) buono,
- 2) discreto,
- 3) scarso,
- 4) compromesso.

### **Lo stato di coscienza in**

- 1) vigile,
- 2) letargico,
- 3) semi-comatoso,
- 4) comatoso.

### **L'attività:**

- 1) pt che deambula da solo,
- 2) deambula con aiuto,
- 3) carrozzina,
- 4) allettato.

### **.Malattie predisponenti :**

- 1) assenti,
- 2) lieve entità,
- 3) modesta entità,
- 4) gravi.

### **Mobilità :**

- 1) completa,
- 2) limitata,
- 3) molto limitata,
- 4) immobilizzato

### **Alimentazione :**

- 1) buona,
- 2) discreta,
- 3) scarsa,
- 4) non si alimenta.

### **Assunzione liquidi per os :**

- 1) buona,
- 2) discreta,
- 3) scarsa,
- 4) non si alimenta

Come malattie predisponenti vengono considerate : **diabete, neuropatie, patologie vascolari e uremia**

A ciascun parametro esaminato viene assegnato un punteggio da 1 a 3.

Le variabili " attività ", " mobilità ", " incontinenza " hanno valore doppio se il loro punteggio è di 1 o 3.

Il punteggio massimo raggiungibile è di 33, ma già un valore numerico uguale o superiore a 12 è indice di rischio significativo.

## SCALA BRADEN

La scala Braden di ideata nel 1985, esamina sei parametri:

- ❑ **Percezione sensoriale**
- ❑ **Umidità cutanea**
- ❑ **Attività ( grado di attività fisica )**
- ❑ **Mobilità ( capacità di controllare e modificare la posizione del corpo )**
- ❑ **Alimentazione**
- ❑ **Frizione e scivolamento**

indicatori	Variabili p. 4	p. 3	p. 2	p. 1
<b>*percezione sensoriale</b>	non limitata	poco limitata	molto limitata	completamente limitata
<b>umidità</b>	raramente umida	occasionalmente umida	spesso umida	permanentemente umida
<b>**attività</b>	cammina spesso	cammina occasionalmente	in poltrona	allettato
<b>***mobilità</b>	non limitata	parzialmente limitata	molto limitata	assente
<b>alimentazione</b>	eccellente	adeguata	probabilmente inadeguata	molto scadente
<b>frizione - scivolamento</b>		assente	potenziale	presente

\*La percezione sensoriale viene intesa come capacità di rispondere in modo adeguato al disagio legato alla compressione.

\*\*Per attività va inteso il grado di attività fisica

\*\*\*Per mobilità la capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.

E' da evidenziare che solo in questa scala viene preso in esame il parametro " frizione- trazione ". Nonostante sia un importante fattore di rischio, spesso viene dimenticato dal medico e sottovalutato dai familiari dell'allettato.

Il paziente, frequentemente, viene spostato dai familiari in modo scorretto e inadeguato, trascinato piuttosto che sollevato con conseguente danno alla cute e alle strutture sottostanti.

Il punteggio da dare a ciascun parametro va da 1 a 4, eccezione fatta per il parametro frizione - trazione che va da 1 a 3.

Un punteggio minore o uguale a 16 è indicativo di rischio.

## SCALA WATERLOW

La scala di Waterlow si presenta in maniera più completa rispetto alle altre scale , perche nel suo insieme comprende un modello di classificazione delle lesioni in cinque stadi, indicazioni per il trattamento delle lesioni, la scala di misurazione del rischio ed una guida sull'utilizzo dei materiali per la prevenzione.

Vengono valutati :

- ❑ **La corporatura del soggetto ( rapporto peso/altezza )**
- ❑ **L'aspetto della cute**
- ❑ **Il sesso e l'età**
- ❑ **La continenza**
- ❑ **La mobilità**
- ❑ **Il tipo di nutrizione.**
- ❑ **La presenza di particolari elementi di rischio.**

In quest'ultimo gruppo vanno inseriti :

- **Lo stato malnutrizionale**
- **Il deficit neurologico**
- **Interventi chirurgici di rilievo e/o traumi**
- **Terapia cortisonica e/o citostatica.**

	<b>Aspetto cute</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sana 0</li> <li>• Edematosa 1</li> <li>• Pallida 2</li> <li>• Erosa 3</li> </ul>	<b>Fattori particolari di rischio</b>
<b>Mobilità</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normale 0</li> <li>• Irrequietezza/ Agitazione 1</li> <li>• Apatia 2</li> <li>• Pt. immobilizzato 3</li> <li>• Pt. Supino 4</li> <li>• Pt. In poltrona o in carrozzina 5</li> </ul>	<b>Sesso – Età</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maschio 1</li> <li>• Femmina 2</li> <li>• 14 – 49 1</li> <li>• 50 – 64 2</li> <li>• 65 – 74 3</li> <li>• 75 – 80 4</li> <li>• 81 + 5</li> </ul>	<b>1 ) Stato malnutrizionale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cachessia terminale 8</li> <li>• Insuffic. Cardiaca 5</li> <li>• Vasculop.periferica 5</li> <li>• Anemia 2</li> <li>• Fumo 1</li> </ul>
<b>Appetito/Nutrizione</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normale 0</li> <li>• Scarso 1</li> <li>• Sondino-flebo 2</li> <li>• N.parenterale 3</li> </ul>	<b>Continenza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente 0</li> <li>• Occasionale 1</li> <li>• Inc. alle feci 2</li> <li>• Inc. doppia 3</li> </ul>	<b>2) Deficit neurologico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabete, ictus 4</li> <li>• Paraplegie 6</li> </ul>
<b>3) Interventi chirurgici</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia ortopedica</li> <li>• Chirurgia addominale</li> <li>• Interventi &gt; 2 ore</li> </ul>		
<b>4) Farmacoterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Citotossici</li> <li>• Corticosteroidi</li> </ul>		
<b>Punteggio totale : 10 – 14 ( paziente a rischio )</b> <b>15 – 19 ( paziente ad alto rischio )</b> <b>=/&gt; 20 ( paziente ad altissimo rischio )</b>		

Un punteggio maggiore di 10 è indice di rischio, un valore compreso tra 15 e 20 indica un paziente a rischio alto, un valore al di sopra di 20 è predittivo di rischio molto alto.

## **SCALA EXOTON – SMITH**

La scala di Exoton – Smith prende in esame 5 parametri :

- **Condizioni cliniche generali**
- **Stato mentale**
- **Attività**
- **Motilità**
- **Incontinenza**
- 

Ciascun parametro presenta 5 sottoparametri ai quali viene assegnato un punteggio da 1 a 4.

<b>Punti</b>	<b>Condizioni</b>	<b>Stato mentale</b>	<b>Attività</b>	<b>Motilità</b>	<b>Incontinenza</b>
<b>4</b>	Buone	Vigile	Deambula	Conservata	Assente
<b>3</b>	Discrete	Apatico	Deambula con aiuto	Poco limitata	Saltuaria
<b>2</b>	Scadute	Confuso	Seduto	Molto limitata	Abituale (urine)
<b>1</b>	Cattive	Coma	Allettato	Assente	Abituale doppia

L' esame del paziente deve essere fatto al momento dell'ammissione in ospedale o in strutture protette e successivamente ogniqualvolta si modificano le condizioni iniziali . La determinazione dell'indice di rischio è obbligatoria al momento della prima osservazione sanitaria e ogniqualvolta si modificano le condizioni iniziali del paziente.

La tabella .. mette a confronto quattro delle scale più utilizzate nella valutazione del rischio di lesioni da decubito. Ogni scala prende in esame diversi parametri e anche quando sono condivisi ad ognuno viene assegnato un punteggio diverso .

Se consideriamo le scale più utilizzate nella valutazione del rischio di lesioni da decubito, la Norton, la Knoll, la Braden e la Waterlow, osserviamo che su 14 parametri esaminati solo 2, Umidità/Incontinenza e Mobilità sono comuni a tutte pur non avendo lo stesso valore.

Nella scala di Norton e Braden Attività e Mobilità vengono valutati in maniera separata, mentre nella Waterlow sono valutati insieme.

La scala di Waterlow prende in considerazione, a differenza delle altre, le condizioni cutanee, l'età, il sesso e il peso del paziente.

La scala di Braden è l'unica a prendere in esame la forza di frizione /trazione nonostante sia un evidente fattore di rischio.

Questa scala permette di discriminare i pazienti con alterazione della percezione sensoriale, intesa come capacità a rispondere al disagio legato alla compressione, ed il

tipo di alimentazione del paziente, considerando anche quella per via nasogastrica e parenterale.

Il limite della scala di Braden è che può essere applicata solo dopo 24 – 48 ore dal ricovero, allorché si riescono a conoscere tutti i parametri del paziente.

Parametro di valutazione	Scala Norton plus	Scala Waterlow	Scala Braden	Scala Knoll
Mobilità	X	X	X	X
Attività	X		X	X
Stato nutrizionale		X	X	X
Stato mentale	X		X	X
Percezione sensoriale			X	
Umidità/incontinenza	X	X	X	X
Condizioni generali	X	X		X
Tipo di pelle		X		
Medicazioni				
Attrito			X	
Peso		X		
Eta'		X		
Sesso		X		
Fattori predisponenti	X	X		X

**Tab : parametri di valutazione compresi nelle scale di Norton, Braden , Waterlow e Knoll**

Confrontando, ulteriormente, tre delle scale di rischio più utilizzate, Norton, Braden e Waterlow si è osservato come la Waterlow abbia la sensibilità più elevata ( 95% ), ma specificità ( 44% ) e valore prognostico ( 29% ) più bassi.

La scala di Braden possiede la specificità più elevata ( 62% ), associata ad una sensibilità del 91% e ad un valore prognostico del 37%.

La scala di Norton si colloca a metà strada tra le due avendo una sensibilità dell'81% e una specificità del 59%.

Tutte e tre le scale sono molto precise nell' identificare i pazienti non esposti al rischio ( valore prognostico negativo > 93% ), il valore prognostico positivo più alto viene offerto dalla scala di Braden ( 37% ).

Confrontando la percentuale di correttezza di classificazione si denota come la Braden esprima il valore più alto ( 69% ). ( Mei-che Pang S., Kwok-shing Wong T.: Pronosticare il rischio di ulcere da compressione mediante le scale di Norton, Braden e Waterlow in un ospedale per la riabilitazione di Hong Kong. Helios 3/1999)

Potere prognostico	Norton	Waterlow	Braden
Sensibilità	81%	95%	91%
Specificità	59%	44%	62%
Valore prognostico del test positivo	33%	29%	37%
Valore prognostico del test negativo	93%	97%	96%
Percentuale corretta	63%	54%	68%

**Tab. Valutazione del potere prognostico delle scale di Norton, Braden e Waterlow.**

## **SCALA VALUTAZIONE CRITICA (ipotesi)**

Tutte le scale e i relativi parametri in esse contenuti valutano il rischio di insorgenza di LD, ma quali sono i fattori da valutare nei pazienti con lesioni in atto al fine di pronosticare la guarigione della piaga?

Dopo un'attenta valutazione su paziente con LD in atto in ambiente domiciliare, è opportuno che vadano presi in esame i seguenti parametri:

1. · **Condizioni generali del paziente**
2. · **Stato nutrizionale**
3. · **Incontinenza**
4. · **Assistenza familiare**
5. · **Condizioni socioeconomiche**

**Le condizioni generali** vanno distinte in

- a) buone
- b) discrete
- c) scadenti

**Lo stato nutrizionale** va classificato in:

- a) ottimale
- b) discreto
- c) scadente

**L'incontinenza** va distinta in:

- a) assente
- b) semplice
- c) doppia

**L'assistenza familiare** va distinta in:

- a) eccellente
- b) sufficiente
- c) scadente
- d)

Per assistenza familiare eccellente si intende la presenza, accanto all'ammalato, di personale sanitario e dei familiari capaci di attendere a tutte le necessità dell'ammalato quali: alimentazione, cambi di posizione, igiene personale, medicazioni.

**Le condizioni socioeconomiche** vanno differenziate in:

- a) ottimali
- b) sufficienti
- c) insufficienti

A tutti i sottoparametri contrassegnati si assegnerà il seguente punteggio:

**lettera a = 3 punti,**  
**lettera b = 2 punti,**  
**lettera c = 1 punto.**

Maggiore sarà il punteggio raggiunto minori saranno le possibilità di guarigione.

Parametri	Punti 1	Punti 2	Punti 3
Condizioni generali	buone	discrete	scadenti
Stato nutrizionale	ottimale	discreto	scadente
Incontinenza	assente	semplice	doppia
Assistenza familiare	eccellente	sufficiente	scadente
Condizioni s.economiche	ottimali	sufficienti	insufficienti

I due ultimi parametri elencati non sono presi in esame da nessuna scala a livello internazionale, ma rivestono un ruolo di importanza fondamentale nella possibilità di guarigione delle ferite.

Troppo spesso la malattia è vista come un qualcosa a sé stante, avulsa dalla realtà sociale del paziente e del suo ambiente familiare. L'aforisma popolare, ma veritiero che " *senza soldi non si cantano messe* " trova quanto mai applicazione in questo campo.

Le possibilità di guarigione sono in relazione alla capacità di fornire e supportare il malato con mezzi terapeutici ed assistenziali adeguati ed avanzati, che hanno un costo e spesso sono a carico dei familiari dell'assistito.

Il numero mensile, ad esempio, di medicazioni avanzate fornite dal S.S.N. è irrisorio ( vedi nomenclatore tariffario ), così come al paziente incontinente la fornitura di pannoloni escluderà automaticamente quella delle traverse salvamaterasso .

L'assistenza al malato con lesioni da decubito deve essere continua, se è vera la necessità di far cambiare posizione ogni due – tre ore al paziente; questo impone la presenza di personale o di familiari capaci fisicamente di assolvere a tale compito. Uno stato nutrizionale ottimale è condizione *sine qua non* per la guarigione di una LD ed anche in questo caso le condizioni socioeconomiche e l'assistenza familiare esplicano un ruolo determinante.

L'alimentazione del paziente con LD è spesso dovuta a patologie che impediscono all'ammalato di nutrirsi da solo.

Inoltre nei pazienti con difficoltà di deglutizione e/o masticazione può essere necessario integrare la dieta con integratori alimentari che hanno costi non facilmente sopportabili da alcune categorie sociali.

Estratto dal:

## **MANUALE PER IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA DECUBITO IN AMBIENTE DOMICILIARE**

**Di: G. Nebbioso e Francesco Petrella**