Allegato A al Decreto n. 42 del 11 APR. 2019

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

PROCEDURA REGIONALE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA DI LESIONI DA PRESSIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

Gruppo di Lavoro	Firma
Allegrini Elisabetta	
Brugnaro Luca	
Casson Paola	
Palese Alvisa	
Roncoroni Elisabetta	
Saiani Luisa	
Stevanin Simone	
Zambon Anna	

Destinatari	Data distribuzione	Modalità
Direzioni Sanitarie		PEC
Direzioni Mediche Ospedaliere		PEC
Direzioni delle Professioni Sanitarie		PEC
Referenti aziendali del progetto regionale sugli esiti sensibili all'assistenza infermieristica		email
Personale infermieristico delle Unità Operative di degenza delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto		email

Rev.	Data	Motivazione	Redazione GdL	Approvazione
00	11 febbraio 2019	Prima stesura	Novembre 2018	Dott. Achille Di Falco direttore UOC FSPS
				Dr.ssa Simona Bellometti Direttore Sanitario

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

INTRODUZIONE

1. SCOPO

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

3. MOMENTI PER LA RILEVAZIONE

4. FLOW CHART: VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA DI LESIONI DA PRESSIONE DELLA PERSONA RICOVERATA

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

6. BIBLIOGRAFIA

7. SITOGRAFIA

ALLEGATO A: "SCALA BRADEN"

Allegato A al Decreto
n. 42 del 11 APR. 2019

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

INTRODUZIONE

Con la DGR n. 20 dell'11 gennaio 2018, è stato attivato a livello regionale, un progetto "pilota", denominato "*Definizione e utilizzo di indicatori per la valutazione di esiti sensibili all'assistenza infermieristica nei contesti ospedalieri della Regione del Veneto*". Il progetto ha previsto la definizione di un panel di indicatori (Minimum Data Set), tra cui le Lesioni da Pressione (LdP), il cui rischio di insorgenza, nelle unità Operative di degenza delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, sarà rilevato utilizzando la scala di Braden[1].

Per lesione da pressione, definita in letteratura anche con il termine desueto ulcera da pressione (NPUAP, 2016), si intende "*... una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante, solitamente situata su una prominenza ossea, come risultato della pressione o della pressione in combinazione con le forze di taglio*".

La valutazione del rischio di sviluppare LdP durante il ricovero è importante dal punto di vista clinico assistenziale in quanto, l'insorgenza di LdP si correla ad un aumento della durata della degenza ed a un peggioramento degli esiti clinici della persona assistita. Pertanto nella presa in carico della persona potenzialmente a rischio di sviluppare tali lesioni, è indispensabile considerare i fattori che potrebbero favorirne la comparsa.

Il rischio di insorgenza di LdP deve essere rilevato sin dal momento della presa in carico assistenziale della persona utilizzando uno strumento di misurazione validato. Tra gli strumenti presenti in letteratura, la scala di Braden risulta avere adeguata sensibilità (Garcia-Fernandez et al 2013).

La scala di Braden

La scala di Braden (Bergstrom et al, 1987) consente di valutare il rischio di insorgenza di LdP considerando sei aspetti:

- percezione sensoriale;
- umidità della cute;
- attività motoria;
- mobilità;
- nutrizione;
- frizione e scivolamento.

Ad ogni aspetto viene attribuito un punteggio da 1 a 4, ad eccezione di "frizione e scivolamento" per il quale il punteggio va da 1 a 3. Lo strumento si basa sul principio secondo il quale minore è il punteggio, maggiore è il rischio. Una persona viene considerata a rischio di sviluppare una LdP a partire dal punteggio soglia di 18 (≤18), che rappresenta il miglior equilibrio tra sensibilità e specificità (Bergstrom et al 1998).

[1] L'utilizzo della scala di Braden (allegato A) è stato autorizzato dalle autrici Barbara Braden, PhD, RN, FAAN, Nancy Berghstrom, PhD, RN, FAAN in data14 novembre 2018.

REGIONE DEL VENETO Giunta Regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

1. SCOPO

La procedura ha lo scopo di definire criteri e modalità omogenei di rilevazione del rischio di insorgenza di LdP della persona assistita nelle Unità Operative di degenza delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica alle persone con età maggiore di 14 anni assistite in regime di ricovero ordinario nelle Unità Operative di degenza delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto che presentano almeno una delle seguenti condizioni all'ingresso e/o durante il ricovero:

1. Indice di Barthel inferiore a 50 punti[2];
2. presenza di una LdP al momento del ricovero;
3. costrizione a letto o in sedia;
4. essere sottoposte entro breve tempo ad un intervento chirurgico di lunga durata con anestesia prolungata.

La rilevazione deve essere comunque effettuata, ogni qualvolta sia ritenuto necessario tenendo conto anche dei:

fattori impattanti: perfusione e ossigenazione, carente stato nutrizionale, aumento dell'umidità della cute;
fattori potenzialmente impattanti: aumento della temperatura corporea, età avanzata, percezione sensoriale, variabili ematologiche e stato generale di salute.

La valutazione del rischio deve avvalersi anche del giudizio clinico[3] e non affidarsi esclusivamente alla scala di Braden; a tal fine l'approccio assistenziale deve essere necessariamente di tipo globale.

Al momento della valutazione, oltre al punteggio della scala di Braden, va riportato nello spazio previsto anche il numero delle eventuali LdP presenti.

3. MOMENTI PER LA RILEVAZIONE

Per la rilevazione del rischio di insorgenza di LdP sono previsti i seguenti momenti:

- **iniziale**: entro 8 ore e non oltre 12 ore dall'ammissione nelle Unità Operative di degenza;
- **intermedia**: nel caso insorga qualsiasi peggioramento significativo delle condizioni cliniche della persona o alla comparsa di un fattore di rischio, comunque entro 7 giorni dalla valutazione precedente;
- **finale**: alla dimissione, solo nel caso di persona a rischio (almeno una delle precedenti misurazioni con un punteggio ≤18) o comunque in presenza di una delle condizioni riportate al punto 2 (campo di applicazione) della procedura.

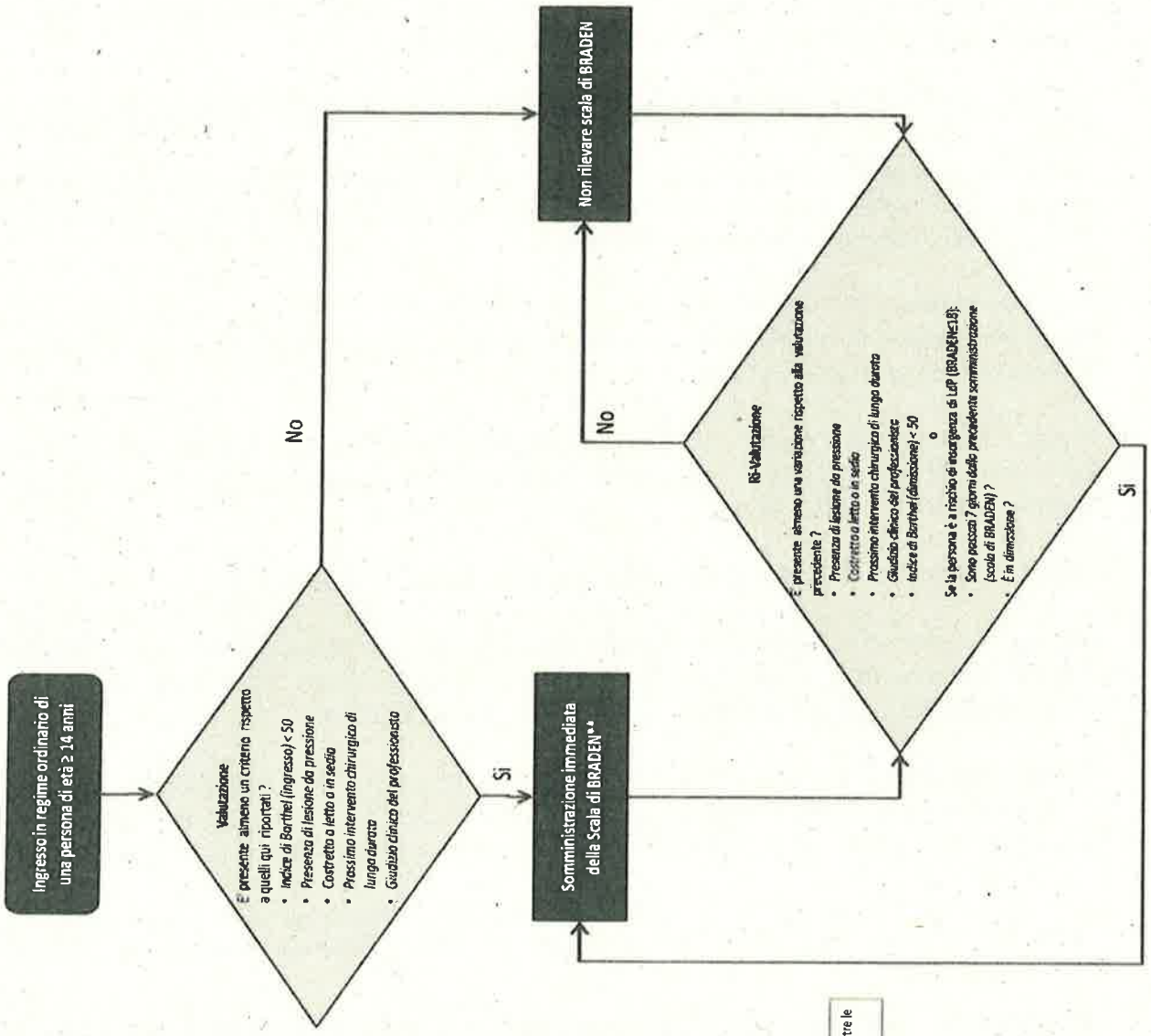
---

2 Punteggio della scala di Barthel utilizzato come soglia per categorizzare le persone a rischio di LdP (Braden ≤ 18) dai dati dello studio ESAMed che ha reclutato 1464 persone ricoverate in modo consecutivo in 12 Unità Operative di area medica di 10 Aziende Sanitarie nel periodo dal 2/11/2011 al 14/4/2012., dove si sono misurate sensibilità 90% e specificità 87%.

3 Si elencano le prevalenti situazioni cliniche correlate al rischio di insorgenza di lesioni da pressione: età superiore a 75 anni, pressione diastolica inferiore a 60 mmHg, febbre, malattia vascolare periferica, diabete, obesità, disprotidemia, utilizzo di dispositivi medici quali sondino nasogastrico, prolunghe nasali, maschere CPAP, tubi oro o naso/tracheali, ecc., disidratazione, incontinenza, ictus, storia di precedenti lesioni da pressione, politrauma, sindrome da stress ripetitivo (movimenti involontari), disordini muscoloscheletrici, fratture, emorragia gastrointestinale, demenza, neoplasia, BPCO.

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

4. FLOW CHART: VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INSORGENZA DI LESIONI DA PRESSIONE DELLA PERSONA RICOVERATA



NOTE

**Solo per l'ingresso: la rilevazione va fatta entro le 8 ore e non oltre le 12 dal ricovero

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

DGR n. 20 del 11 gennaio 2018 "Definizione e utilizzo di indicatori per la valutazione di esiti sensibili all'assistenza infermieristica: attivazione di un progetto pilota".

L.R. n. 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016".

6. BIBLIOGRAFIA

Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting Pressure Ulcer Risk: A Multisite Study of the Predictive Validity of the Braden Scale. Nursing Research: September-October 1998 - Volume 47 - Issue 5 - p 261-269.

Garcia-Fernandez FP, Pancorbo-Hidalgo P, Soldevilla Agreda JJ, Rodriguez Torres MC. Risk assessment scales for pressure ulcers in intensive care units: a systematic review with meta-analysis. EWMA Journal 2013; 13(2): 7-13.

Hong-Lin Chen, Wang-Qin Shen, Peng Liu. A Meta-analysis to Evaluate the Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk Assessment in Long-term Care. Ostomy Wound Management 2016; 62(9):20-8.

Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. JAMA 2003; 289(2):223-6.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

Palese A, Marini E, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, et al. Overcoming redundancies in bedside nursing assessments by validating a parsimonious meta-tool: findings from a methodological exercise study. Journal of evaluation in clinical practice, 2016; 22(5):771-80.

Pancorbo-Hidalgo P, Garcia-Fernandez F, Lopez-Medina I, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2006;54(1):94-110.

7. SITOGRAFIA

http://www.internationalguideline.com

https://bradenscale.com

http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury

Allegato A al Decreto

n. 42 del 11 APR. 2019

REGIONE DEL VENETO giunta regionale DIREZIONE RISORSE STRUMENTALI SSR

ALLEGATO A "SCALA DI BRADEN"

SCALA DI BRADEN	1	2	3	4	DATA VALUTAZIONE / /	/ /	/ /	/ /
Percezione sensoriale Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	**1. Completamente limitata** Non vi è risposta (non geme, non si contrae o non afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza ed alla sedazione O Limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo	**2. Molto limitata** Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per metà del corpo	**3. Leggermente limitata** Risponde agli ordini verbali, ma non può sempre comunicare il suo disagio o bisogno di cambiare posizione O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o del disagio in 1 o 2 estremità	**4. Nessuna limitazione** Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire o di esprimere il dolore ed il disagio				
Umidità Grado di esposizione della pelle all'umidità	**1. Costantemente umido** La pelle è mantenuta costantemente umida da traspirazione, dall'urina ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira, lo si trova sempre umido	**2. Spesso umido** La pelle è spesso, ma non sempre, umida. La biancheria deve essere cambiata almeno una volta per turno	**3. Occasionalmente umido** La pelle è occasionalmente umida; richiede un cambio di biancheria extra circa una volta al giorno	**4. Umido** La pelle è abitualmente asciutta,; la biancheria va cambiata ad intervalli di routine				
Attività Grado di attività fisica	**1. Completamente allettato** Costretto a letto	**2. In poltrona** Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito in sedia/poltrona o sedia a rotelle	**3. Cammina occasionalmente** Cammina occasionalmente durante il giorno, ma per brevi distanze con o senza aiuto. Passa la maggior parte del tempo a letto o sulla poltrona	**4. Cammina frequentemente** Cammina fuori della camera almeno due volte al giorno e nella camera almeno una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo)				
Mobilità Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo	**1. Completamente immobile** Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza	**2. Molto limitato** Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione autonomamente	**3. Parzialmente limitata** Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	**4. Senza limitazioni** Si sposta frequentemente e senza assistenza				
Nutrizione Assunzione usuale di cibo	**1. Molto povera** Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Mangia 2 porzioni o meno di proteine al giorno (carne o latticini). Assume pochi liquidi e nessun integratore O è a digiuno e/o mantenuto solamente con fleboclisi o bevande per più di 5 giorni	**2. Probabilmente inadeguata** Raramente mangia un pasto completo e generalmente mangia la metà del cibo offerto. Le proteine assunte includono solo 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente prende integratori O Riceve meno della quantità ottimale di dieta liquida o enterale	**3. Adeguata** Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni di proteine al giorno (carne o latticini). Occasionalmente può rifiutare un pasto ma usualmente assume integratori quando offerti O si alimenta con nutrizione enterale o parenterale, probabilmente assumendo il quantitativo nutrizionale necessario	**4. Eccellente** Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto, tipicamente mangia un totale di 4 o più pasti di carne o latticini , talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.				
Frizione e scivolamento	**1. Problema** Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti. La mobilizzazione senza attrito sulle lenzuola è impossibile. Frequentemente scivola dal letto o dalla sedia. Richiede frequenti riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture o agitazione che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona	**2. Problema potenziale** Si muove poco o richiede una minima assistenza. Durante lo spostamento, probabilmente la pelle sfrega contro le lenzuola o con il piano della poltrona. Ma tiene una buona posizione a letto o in sedia per la maggior parte del tempo ma occasionalmente può slittare.	**3. Senza problemi apparenti** Si sposta in modo autonomo nel letto e sulla sedia e ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene una corretta posizione a letto o in sedia					
				PUNTEGGIO TOTALE:				
				NR. DI LESIONI DA PRESSIONE PRESENTI AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE:				

PERSONA ASSISTITA (cognome e nome) _____ **DATA INGRESSO** _____

Rischio basso: punteggio compreso tra 18 e 15	**Rischio alto**: punteggio compreso tra 10 e 12
Rischio moderato punteggio compreso tra 13 e 14	**Rischio altissimo**: punteggio inferiore a 10

Copyright. Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988. Reprinted with permission. All Rights Reserved