

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA IN  
INFERMIERISTICA**

**RIASSUNTO DELLA TESI**

INDAGINE SUI BISOGNI EDUCATIVI DELL'UTENTE E DEL CAREGIVER  
PER LA PREVENZIONE DELLA  
DISIDRATAZIONE DELL'ANZIANO A DOMICILIO

**STUDENTE:** Sonia Marcante

**RELATORE:** Anita Bevilacqua

**CORRELATORE:** dr.ssa Marilisa Franceschi

dr. Luigi Pietro Salvador

ANNO ACCADEMICO 2001-2002

## INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>Capitolo 1: Cenni sull'equilibrio idrico</b>	<b>3</b>
1.1 La ripartizione dell'acqua nel corpo	3
1.2 L'apporto idrico fisiologico	3
1.3 Le perdite idriche fisiologiche	4
1.4 Definizione di disidratazione	4
1.5 Disidratazione e anziano	5
<b>Capitolo 2: La Prevenzione della disidratazione nell'anziano</b>	<b>7</b>
2.1 Individui a rischio di disidratazione	7
2.2 Minimum Data Set: uno strumento per la valutazione del rischio	9
2.3 L'accertamento al momento della presa in carico della persona	12
2.4 La gestione di una corretta idratazione nell'anziano a rischio	13
2.5 La gestione dell'idratazione in situazioni a rischio	15
2.6 Valutazione dell'efficacia della gestione dell'idratazione	15
<b>Capitolo 3: Il caregiver</b>	<b>17</b>
3.1 I modelli organizzativi nelle cure a lungo termine per l'anziano	17
3.2 Le cure informali nell'aiuto all'anziano: il ruolo della famiglia e del caregiver	18
3.3 Quale educazione per il paziente ed il caregiver	20
<b>Capitolo 4: Materiali e metodi</b>	<b>21</b>
4.1 Obiettivo della ricerca	21
4.2 Selezione del campione	21
4.3 Questionario di raccolta dati	22
4.4 Archiviazione e analisi statistica	23

<b>Capitolo 5: Risultati</b>	<b>25</b>
5.1 Analisi generale del campione	25
5.2 Analisi dei dati relativi al caregiver	27
5.3 Analisi dei dati relativi alle abitudini del paziente	28
<b>Capitolo 6: Discussione</b>	<b>31</b>
6.1 Considerazioni sui dati relativi al paziente	31
6.2 Considerazioni sui dati relativi al caregiver	33
6.3 Considerazioni sui dati relativi alle abitudini del paziente	34
<b>Capitolo 7: Conclusioni</b>	<b>37</b>
7.1 Che cosa devono conoscere l'anziano e il suo caregiver per prevenire la disidratazione?	37
<b>Bibliografia</b>	<b>39</b>
<b>Allegato 1</b>	
<b>Allegato 2</b>	

### **Rilevanza del problema “disidratazione”**

Tra i pazienti ricoverati nelle RSA o nelle strutture protette, la disidratazione è un grave fattore di rischio di morbidità e mortalità perché, se non correttamente trattata, può indurre aumento delle infezioni, della disabilità e dell'ospedalizzazione; se non trattata il rischio di mortalità aumenta del 50%. Studi effettuati su comunità di persone anziane, hanno rilevato che circa il 10% di loro è moderatamente disidratato e l'1% raggiunge livelli gravi. Inoltre tra il 13 e il 40 % degli anziani in diverse città europee ingerisce meno di 1700 ml. di liquidi il giorno: la disidratazione è responsabile di circa il 2,3% di tutte le ammissioni in ospedale ed è una delle 5 maggiori diagnosi di ricovero. Il coinvolgimento della famiglia diventa fondamentale se si vuole ridurre il rischio: infatti, fattori clinici (disfagia, alterazioni cognitive e funzionali, mancanza di un progetto terapeutico di controllo del dolore), socioculturali (mancanza di supporto sociale, incapacità di parlare la lingua del luogo, la mancanza d'attenzione sulle preferenze individuali in fatto di bevande) e istituzionali (uno staff numericamente insufficiente, non adeguatamente istruito e privo di supervisione qualificata) contribuiscono ad aumentare il rischio di disidratazione.

### **Concetti chiave**

Bisogni educativi: La progettazione educativa deve partire da una analisi della situazione per identificare i bisogni, cogliere le potenzialità e i progetti della persona. Questa analisi porta alla definizione degli obiettivi educativi: che cosa deve apprendere il paziente per il proprio benessere. In generale, alcuni contenuti dell'educazione per il paziente e i familiari comprendono indicazioni sul significato dei sintomi e sul perché si verificano, sintomi che indicano peggioramento, situazioni a rischio, suggerimenti pratici sulla gestione. Il paziente deve essere coinvolto attivamente nel progetto, si deve favorire la partecipazione dei familiari, valorizzarne le conoscenze, le competenze ed abilità.

Utente e caregiver: s'intende sia il paziente, che coloro che si prendono cura di lui a domicilio. In Italia l'assistenza rimane ancora in gran parte a carico delle famiglie: il 72% dei caregiver sono donne, figlie o nuore di mezza età. Più compromesse sono le condizioni funzionali dell'anziano, più elevato è il ricorso alle cure di un caregiver primario. Sono i familiari a garantire l'assistenza agli anziani: i caregiver professionali intervengono solo quando il bisogno d'aiuto è estremamente elevato o il caregiver riporta un affaticamento estremo. Nella nostra realtà un fenomeno, che è ancora in parte misconosciuto, è il diffondersi di "badanti a pagamento": persone, prevalentemente donne, provenienti da paesi stranieri, a cui è affidata dalla famiglia la cura del congiunto, generalmente non autosufficiente, a domicilio. Avvalersi dell'aiuto informale offerto dalla famiglia rappresenta una delle leve per evitare e contenere l'istituzionalizzazione dell'anziano ed aumentare l'efficacia e l'efficienza del piano di cure.

Prevenzione della disidratazione: la prevenzione della disidratazione può essere attuata solo con l'adozione di un protocollo, basato sull'evidenza scientifica, che aiuti chi assiste il malato in tutti gli ambienti, a fornire e a mantenere un'adeguata idratazione. La maggior parte delle indicazioni fornite è applicabile non solo agli anziani, ma rientra in un progetto più ampio, che dovrebbe interessare la gestione di una corretta idratazione in tutte le persone a rischio per patologia o inabilità. L'abitudine ad una corretta introduzione di liquidi fa parte della gestione della propria salute. Il protocollo è diviso in tre fasi:

- Accertamento iniziale e fase d'identificazione del rischio.
- Fase di gestione dell'idratazione.
- Fase di valutazione.

Anziano a domicilio: Gli anziani sono ad elevato rischio di disidratazione per età e per alcuni cambiamenti fisiologici ad essa legati. Per questo è importante una adeguata idratazione. La maggior parte dell'assistenza domiciliare all'anziano è fornita dai familiari, ma pochi hanno valutato il livello e

la qualità di questa assistenza: si conosce poco sul processo di cura messo in atto da queste persone, come anche sulla qualità di cura erogata e sui fattori che contribuiscono ad una buona o cattiva assistenza. E' importante comprendere come migliorare la qualità dell'assistenza e i suoi risultati nella prospettiva di coniugare i bisogni degli anziani, dei caregiver e della società.

### **Obiettivi della tesi**

1. Rilevare le conoscenze e i bisogni educativi dell'utente e/o di chi si prende carico della sua assistenza a domicilio, inerenti alla gestione di una corretta idratazione.
2. Formulare un opuscolo informativo basato su evidenze scientifiche, che fornisca all'utente ed al caregiver alcune indicazioni di base che permettano di prevenire la disidratazione, o di richiedere l'immediato intervento del medico curante, prima che la situazione precipiti, portando al ricovero ospedaliero.

### **Materiali e metodi**

Lo studio è stato condotto presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale "De Lellis" di Schio, ULSS n°4 Alto Vicentino. Sono stati valutati tutti i pazienti ammessi in reparto geriatrico tra il 15 Ottobre e il 15 Dicembre 2002. I criteri d'inclusione erano: tutti i pazienti ricoverati nel periodo indicato, che fossero in grado di rispondere o avessero un familiare in grado di farlo per loro. I criteri d'esclusione sono stati: l'assenza di un familiare o badante a conoscenza diretta delle abitudini del malato (qualora questi non fosse in grado di rispondere), la gravità del paziente che rendeva difficoltoso l'approccio alla famiglia, che poteva sentirsi colpevolizzata, l'ospitalità del malato presso altri reparti per l'intera durata della degenza.

Il questionario per la raccolta dati è stato elaborato con riferimento al Minimum Data Set (MDS). Sono stati esclusi dal questionario i dati di laboratorio perché non ritenuti valutabili dall'utente, a cui lo studio è rivolto, e non fondamentali per l'obiettivo dello studio. Il questionario (Allegato 1) è stato strutturato in 3 parti:

Prima parte: compilata dall'operatore sulla base della cartella clinica e dell'esame obiettivo effettuato dal medico al momento dell'accettazione del malato.

Seconda parte: si riferisce al caregiver, inteso come colui che vive con il malato e/o lo assiste in prima persona per la maggior parte del tempo. I dati sono stati raccolti dall'operatore intervistando direttamente, secondo i casi, il coniuge, i figli o nipoti, la badante.

Terza parte: intervista diretta al paziente da parte dell'operatore, se questi è in grado di rispondere, o al caregiver, al fine di raccogliere informazioni sulle abitudini di vita dell'utente.

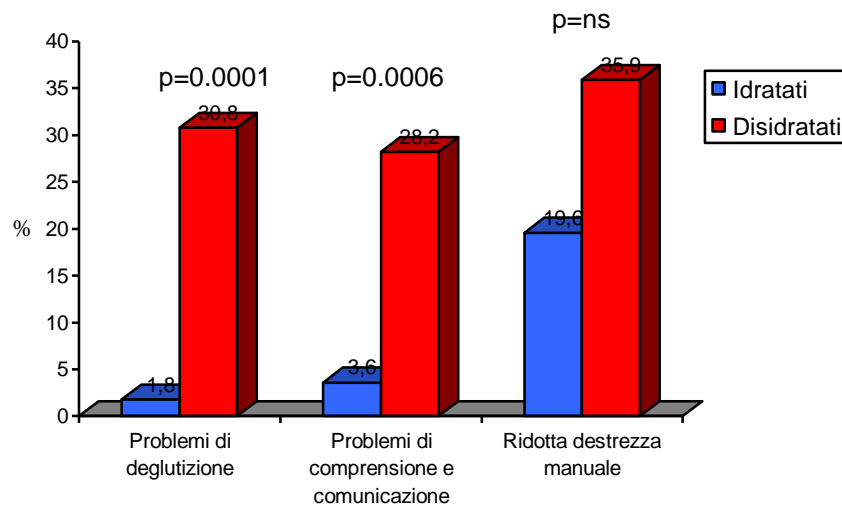
I limiti dello studio: sono rappresentati principalmente dall'utilizzo di un questionario di raccolta dati non validato scientificamente, anche se costruito sulla base del MDS, strumento di raccolta comprendente 300 items, parte integrante del RAI (Resident Assessment Instrumental). Altro limite è l'esclusione dallo studio di quei malati ricoverati in reparto geriatrico e subito trasferiti presso altri reparti.

### **Principali risultati**

Analisi generale e considerazioni sul campione: Il campione esaminato è stato fin dall'inizio suddiviso in 2 gruppi: soggetti che presentavano al momento del ricovero segni evidenti di disidratazione e soggetti che non presentavano detti segni e definiti perciò "idratati". Sono stati raccolti 95 questionari, di questi 49 femmine e 46 maschi con un'età media di 80.2 anni. Il 41% dei soggetti presenta segni di disidratazione, con distribuzione sovrapponibile tra i 2 sessi. Il 60% dei disidratati ha un'età superiore agli 80 anni e il 18% ne ha 90 o più. L' 84,2% del campione ha scolarità elementare. La correlazione tra presenza di problemi di deglutizione e disidratazione è molto elevata: il 30,8% dei soggetti disidratati presenta anche disfagia. Anche la presenza di problemi di comunicazione e comprensione risulta statisticamente significativa: il 28,2% dei soggetti disidratati presenta problemi di comunicazione. La ridotta destrezza manuale, anche se in questo

studio non raggiunge la significatività statistica, è aumentata nei soggetti non idratati: il 35,9% di questi presenta ridotta destrezza manuale. (figura I)

Figura I



Le figure II e III mostrano i dati relativi alle patologie associate e ai segni o sintomi. La presenza nell'anamnesi del malato di precedenti episodi di disidratazione assume notevole rilevanza statistica: l'80% di coloro che presentano questo dato, hanno all'attuale ricovero segni di disidratazione. La presenza di diarrea e/o vomito è quasi statisticamente significativa: solo il 23,1% dei disidratati presentano questi sintomi, ma il 64,3% di loro è disidratato. La febbre rappresenta sicuramente il sintomo che maggiormente caratterizza la disidratazione: il 72,2% di chi è febbrile ha segni di disidratazione. Quando la febbre si associa a diarrea e/o vomito, o a polmoniti e/o bronchiti, o a demenza, o a diabete, il rischio sembra aumentare: l'80-100% di chi presenta queste associazioni di sintomi sono disidratati. La demenza è una patologia che pone l'individuo ad alto rischio di disidratazione: l'84,6% dei soggetti con demenza, presenti nello studio, sono disidratati. Le altre patologie analizzate sembrano non incidere particolarmente sullo stato d'idratazione.

Figura II

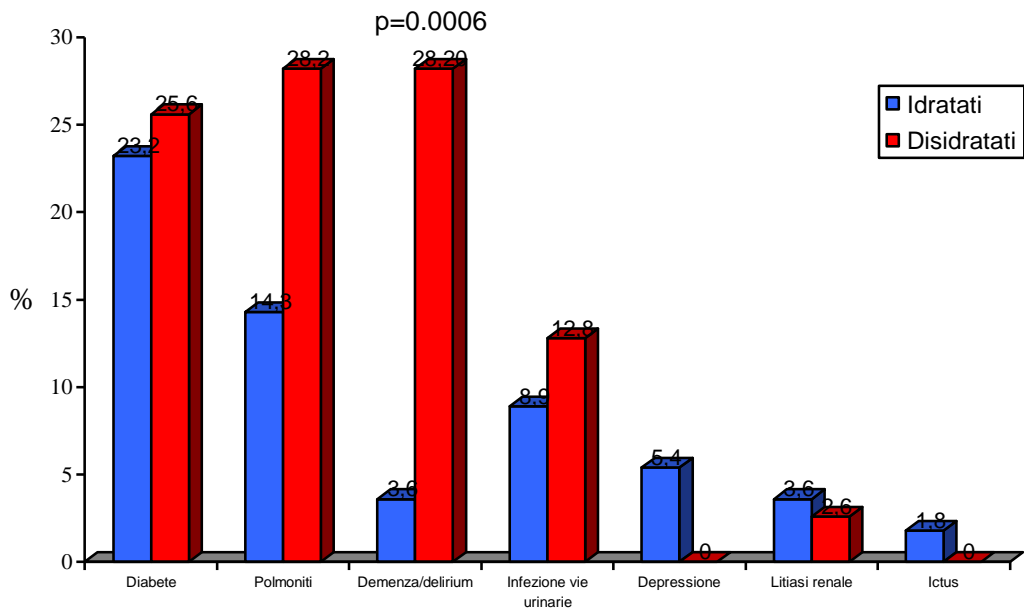
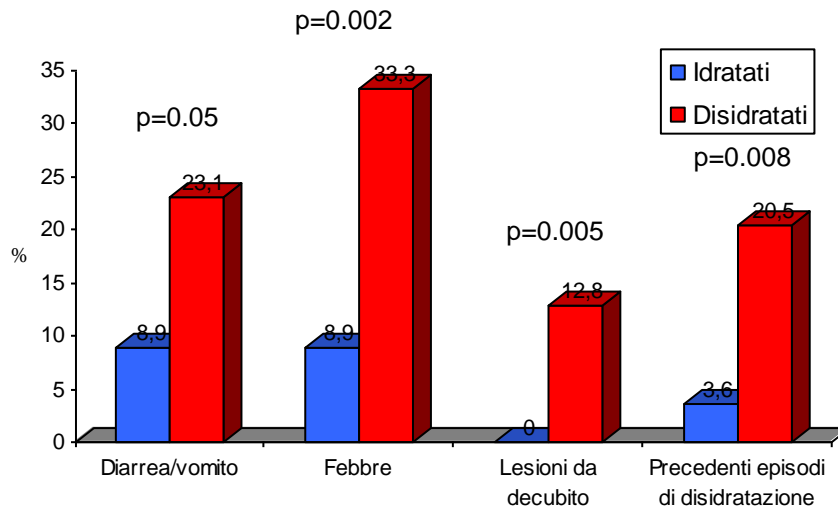


Figura III

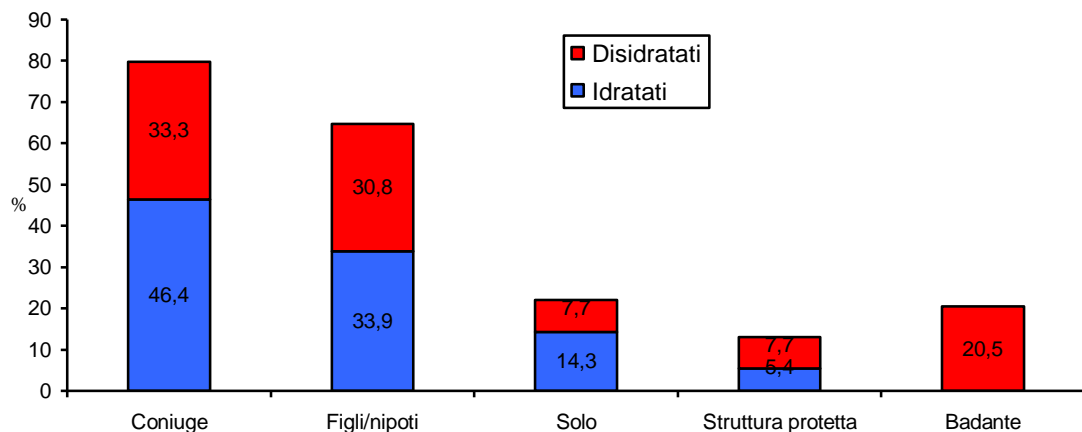


Per quanto concerne l'assunzione di farmaci, l'uso abituale di lassativi è maggiore nei soggetti disidratati a conferma che, una scarsa idratazione aumenta il rischio di stipsi. Per quanto riguarda il consumo di diuretici nel nostro studio non abbiamo trovato differenze statisticamente significative, tuttavia rimane rilevante la percentuale di coloro che sono a rischio.

Analisi e considerazioni sui dati relativi al caregiver Il 41% del campione analizzato vive con il coniuge, il 32,6% con i figli, l'8,4% è affidato alle cure di badanti di cui 6 su 8 sono straniere, il 11,6% vive solo e il 6,3% proviene da

strutture protette intese sia come case di riposo che come altri reparti ospedalieri. (figura IV)

Figura IV



La maggior parte dei malati che vivono a domicilio con il coniuge (66,7%), con figli o nipoti (61,3%), o vivono soli (72,7%) non hanno problemi di disidratazione, mentre il 50% di chi vive in strutture protette e tutti quelli che sono accuditi da badanti, presentano segni di disidratazione. I dati sono numericamente non rilevanti, infatti, sono solo 6 i malati provenienti da strutture protette e 8 coloro che sono assistiti a domicilio da badanti, tuttavia non ci si può esimere da una profonda riflessione. La scolarità riferita al caregiver, sembra non garantire una migliore gestione dell'idratazione: infatti, delle 11 persone con scolarità superiore o laurea, 6 assistono soggetti che presentano segni di disidratazione. L'ipotesi che le abitudini del caregiver sul proprio apporto idrico potessero in qualche modo influenzare le abitudini del malato, non è stata confermata dai dati raccolti, giacché i soggetti disidratati sono distribuiti in proporzioni pressoché sovrapponibili sia tra coloro che sono assistiti da un caregiver che ritiene l'acqua molto o abbastanza importante, sia tra coloro il cui caregiver beve d'abitudine poca acqua.

Analisi e considerazioni sui dati relativi alle abitudini del paziente: Il 62,1% dei questionari è stato compilato intervistando direttamente il malato: coloro che hanno risposto in prima persona al questionario presentavano minor problemi d'idratazione. L'87,5% di coloro che sono in grado di bere da soli

sono idratati. Questo conferma come la ridotta destrezza manuale sia uno dei fondamentali fattori di rischio. Non è invece indicativo il dato riferito alla sensazione di sete: se da un lato sembra essere confermato il fatto che la sensazione di sete è ridotta nell'anziano (il 64,2% del campione riferisce di non avere sete), dall'altro non vi sono differenze tra idratati e disidratati sulla frequenza con cui è riferito lo stimolo della sete. La maggior parte (75,8%) di chi beve almeno un bicchiere d'acqua il mattino, e di coloro che lo bevono occasionalmente (69,2%), non presentano problemi di disidratazione.

La capacità di riferire esattamente la quantità di liquidi ingeriti o somministrati al malato è inadeguata: anche su un dato così forte, infatti, non si trovano significative differenze tra i due gruppi indagati. Anche la rilevazione dei sintomi principali di disidratazione non risulta significativa, né quando è riferita dal paziente stesso, né quando viene rilevata da chi lo assiste. Solo la presenza di confusione mentale e d'urine scure segnano un'indicativa differenza tra i due gruppi: la confusione mentale si riscontra in soli 4 casi e tutti disidratati; le urine scure sono rilevate in 20 malati, di questi il 60% è disidratato. Il 62,1% delle persone indagate riferisce di non pesarsi mai: tuttavia non si notano differenze tra disidratati e non, riconducibili all'abitudine di pesarsi. Il 43,2% dell'intero campione riferisce una diminuzione di peso: il 56,1% di costoro è disidratato.

### **Conclusioni**

L'educazione deve cominciare durante il ricovero e completarsi al momento della dimissione. Spesso la compliance dell'anziano a modificazioni qualitative della dieta è scarsa: per questo è importante ricercare la collaborazione del caregiver. Le principali indicazioni da fornire al momento della dimissione all'anziano identificato a rischio di disidratazione sono raccolte nell'Allegato 2.

## BIBLIOGRAFIA

1. Miller D, Perry HMIII, Morley JE. Relationship of dehydration and chronic renal insufficiency with function and cognitive status in older US blacks. In Vellas B, Albarede JL, Garry PJ, eds. Hydration and aging. New York: Springer Publishing, 1998: 149-62
2. Kaiser-Jones J., Schell ES., Poter C., Barbaccia JC, Shaw H. Factors contributing to dehydration in Nursing Homes: inadequate staffing and lack of professional supervision. JAGS 1999;47:1187-94.
3. Montes JC; Iowa-Veterans Affairs Research Consortium. Hydration management protocol J. Gerontol Nurs 2000;26:6-15.
4. Gaspar PM. Water intake of nursing home residents. J Gerontol Nurs 1999;25:23-9.
5. Mark H. Beers, M.D., and Robert Berkow, M.D.. Metabolismo idroelettrolitico, minerale e acido-base in Manuale Merck 1999;12: 128-43
6. Weinberg A, Minaker K., AMA Council on Scientific Affairs. Dehydration: evaluation and management in older adults. JAMA 1995;274:1552-56.
7. S.C. Smeltzer, B.G.Bare. Brunner Suddarth, Nursing medico chirurgico. VII edizione 1999;18:325-362.
8. Zembruski C. Nutrition and Hydration. J Gerontol Nurs 2000;26:6-7
9. Zanetti E.. Valutazione e intervento infermieristico per la gestione dell'alimentazione nella persona anziana ospedalizzata. Nursing Oggi, 1996; 2:32-43.
10. Bernabei R. Lo strumento di valutazione VAOR per le RSA. Consiglio Nazionale delle Ricerche. Progetto Finalizzato Invecchiamento. Sottoprogetto 5: Invecchiamento della popolazione: qualità della vita ed autosufficienza. 1995.
11. Volicer L., Warden V., Morris J. Fluid deprivation and research ethics. JAGS 1999; 47:1269-1270
12. Grosse, C., Lindquist, R., Anthony, W., Granieri, R., Allard, K., & Webster, B. (1992). Clinical indicators of dehydration severity in elderly patients. The Journal of Emergency Medicine, 10(3),267-274

- 13.** Simmons SF, Alessi C.Schnelle JF: An intervention to increase fluid intake in nursing home residents: prompting and preference compliance. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:926-33.
- 14.** Burns D. Working up a thirst. *Nursing Times.* 1992; 88: 44-45.
- 15.** McConnell J. Preventing urinary tract infections...nursing measures alone reduced UTI I a nursing home. *Geriatric Nursing-American Journal of Care for the aging.* 1984: 5: 361-62.
- 16.** Spangler P., Risley T., & Bilyew D. The management of dehydration and incontinence in nonambulatory geriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis.* 1984:17: 397-401.
- 17.** Hart, M., & Adamek, C. Do increased fluids decrease urinary stone formation? *Geriatric Nursing.*1984; 5: 245-48.
- 18.** Hinrichs M, Huseboe J, Tang JH, Titler MG: Research based protocol. Management of constipation. *J. Gerontol Nurs.* 2001;27(2):17-28
- 19.** Menten I., & Buchwalter K. Getting back to basics. Managing hydration to prevent acute confusion in frail elders. *Journal of Gerontological Nursing,*1997; 23, 48-51.
- 20.** Morrison RS, Beckworth V. Outcomes for patient with congestive heart failure in a nursing case management model; *Nursing case management,* 1998;3:108-14
- 21.** A. Brugnolli A. Palese. Assistenza agli anziani, nursing home e caregiver. *Assistenza Infermieristica e Ricerca,*1999;18:87-92.
- 22.** Pohlmann K, HoferJ. Elderly patient requiring help and nursing care: instrumental support by chief caregiver and professional helping services. *Z Gerontol Geriatr* 1997; 30: 381-87.
- 23.** Moore I. Living with Alzheimer's: understanding the family's and patient's perspective. *Geriatrics* 1997; 52 (Suppl 2): S33-36
- 24.** Ferry M., Dardaine V., Constans T. Subcutaneous infusion or hypodermoclysis: a practical approach. *JAGS* 1999;47:93-95.
- 25.** Jean - Francois d'Invernois – Remi Gagnayre. Educare il paziente guida all'approccio medico-terapeutico. Edizioni Mediserve 1998

26. Ekman I, Andersson B, Ehnfors M, Matejka G, Persson B, Fagerberg B. Feasibility of a nurse-monitored, outpatient-care programme for elderly patients with moderate-to-severe, chronic heart failure. Eur Heart J. 1998;19(8):1254-60

27. M.Palleschi. Chi dà da bere ai malati anziani "assetati" ricoverati negli ospedali? Geriatria 2001;13:179-180.

#### **SITI INTERNET CONSULTATI:**

<http://www.geriatria.unimo.it./ipodermo.htm>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000982.htm>

<http://www.msd-italia.com/altre/manuale/sez02/0120128b.html>

<http://www.msd-italia.com/altre/manuale/sez02/0120132.html>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80>

<http://www.cyberounds.com/conferences/geriatrics/conferences/0500/conference.html>

<http://www/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list-uids>

<http://www.mtbike.it/Servizio15.htm>

<http://guide.supereva.it/dietetica/interventi/2000/07/7479.shtml>

[http://www.fsm.it/pdf/pdf/fsm07\\_06.pdf](http://www.fsm.it/pdf/pdf/fsm07_06.pdf)

#### **ALLEGATI:**

1. Questionario di raccolta dati
2. Opuscolo informativo per l'utente