

# METODOLOGIA

## MODULO A

### ALIMENTAZIONE

**alimentazione:** bisogno fondamentale, istinto presente fin dalla nascita, è uno dei fattori che maggiormente incidono sullo sviluppo e sulla qualità della vita.

**Idratazione:** l'acqua è la componente principale (60% del peso), il cui bilancio è conservato mediante meccanismi fisiologici di adattamento dell'organismo insieme al bilancio degli elettroliti.

**Bilancio idrico:** rapporto nelle 24h tra assunzione ed emissione di liquidi

- **entrate** → alimenti, bevande, acqua metabolica
- **uscite** → feci, urina, sudorazione, perspirazione

**disidratazione:** eccessiva perdita di acqua che si manifesta in diversi stadi (precoce/media, moderata/severa, severa) con segni e sintomi più evidenti in relazione alla gravità: secchezze delle mucose del cavo orale, senso di sete, occhi infossati, contrazione della diuresi, urine concentrate e ipercromiche, stato di confusione.

I fattori di rischio sono: modifiche fisiologiche correlate all'età, ridotta motilità, incontinenza, stato mentale, presenza di patologie, vomito o diarrea, fattori legati alla qualità dell'assistenza.

#### FATTORI CHE INFLUENZANO IL MODELLO:

- età: dall'allattamento, allo svezzamento, e poi per il resto della vita)
- stato fisico: patologie che influiscono sulla capacità di procurarsi cibo e prepararli in autonomia
- fattori psicologici: ansia e depressione
- fattori economici/religiosi
- conoscenze sbagliate

#### DISFAGIA:

difficoltà nella deglutizione di cibi solidi o liquidi, può essere compromessa una qualsiasi delle fasi della deglutizione e si manifesta con residui di cibo in bocca, voce gorgogliante, tosse, soffocamento e rigurgito. Negli anziani è più comune a causa della ridotta secrezione salivare.

La valutazione avviene a letto del paziente che viene messo in posizione semi-seduta:

- valutare il livello di coscienza, osservare la postura, il riflesso della tosse, la qualità della voce e la capacità di deglutire la saliva
- somministrare 5ml di acqua con un cucchiaino da caffè, se non presenza tosse passare al punto successivo
- somministrare 50ml di acqua a piccoli sorsi da un bicchierino, se il risultato è negativo, passare all'acqua gelificata per testare la deglutizione dei solidi

## **VOMITO:**

espulsione rapida e forzata del contenuto gastrico attraverso la bocca

- **tipologie:** gravidico, emotivo, alterazioni dello stomaco, irritazione peritoneale, mal di mare, accumulo di farmaci
- **componenti:** alimentare, biliare, acquosa, emorragico, fecaloide, posa di caffè

## **LESIONI DA PRESSIONE:**

**meccanismo:** il danno tende a instaurarsi quando i tessuti molli si trovano compressi tra una prominente ossea e una superficie rigida, ciò provoca lo schiacciamento dei capillari con conseguente riduzione di apporto di ossigeno ai tessuti

**fattori di rischio:** stato nutrizionale (la malnutrizione determina prominenze ossee più sporgenti e riduce l'elasticità cutanea), età, patologie che alterano la mobilità, diabete ecc...

### **classificazione:**

- gialla (presenza di slough, mix di essudato, leucociti, batteri, tessuto devitalizzato),
- verde (con infezione),
- nero (necrosi secca),
- rosso (tessuto di granulazione, il colore deriva dalla grande quantità di vascolarizzazione, la guarigione sta procedendo bene),
- rosa (riepitelizzazione)

### **medicazione:**

- pellicola semipermeabile: medicazione adesiva ma non aderente al letto umido della lesione, permeabile ai gas e al vapore acqueo che evita la contaminazione batterica (I stadio)
- idrocolloidi: aderiscono alla pelle sana ma non alla lesione e assorbono l'essudato in modo lento creando un gel soffice (II stadio in su)
- schiume di poliuretano: pellicole di rivestimento che creano una barriera antibatterica e non lasciano residui alla rimozione, creano un ambiente umido, assorbono l'essudato, sono permeabili a gas e vapori, favoriscono l'isolamento termico e creano uno spessore protettivo (II stadio in su)
- pomate enzimatiche: per detersione enzimatica delle lesioni necrotiche

### **scale di valutazione:**

- **Norton:** con 5 parametri, ma considerata troppo semplice e poco sensibile, quindi è stata integrata con altri 6 parametri
  - **Norton- Scotts:** l'indice di rischio si calcola sottraendo al punteggio della scala di Norton, quelli relativi ai 6 parametri aggiuntivi. (<10 rischio elevato)
  - **Braden:** 6 parametri. (<12 alto rischio, >16 non a rischio)
  - **Waterloo:** 7 parametri. (10-14 a rischio, >20 altissimo rischio)
- i pazienti devono essere valutati nelle prime 24 ore, e se ricoverati ogni 7 giorni.

# ELIMINAZIONE INTESTINALE

**processo eliminazione delle feci:** le feci si raccolgono nell'ampolla rettale dove subiscono un processo di riassorbimento dell'acqua, vengono espulsi attraverso la manovra di Varsavia, ovvero una spinta volontaria che determina l'abbassamento del diaframma e il conseguente aumento di pressione che facilita l'espulsione della massa fecale.

## Caratteristiche:

- quantità (100-300g)
- forma: si usa la Bristol stool scale con 7 categorie (salsiccia, feci caprine, con crepe sulla superficie, liscia e morbida, pastose, acquose)
- consistenza: dipende dal meccanismo di assorbimento nell'intestino crasso
- viscosità: varia dal compatto al friabile
- colore: in condizioni fisiologiche è marrone (presenza di stercobillina), meconio (prime feci verdi che vengono prodotte nelle prime ore dalla nascita), bianche (indicano un problema a livello epatico), verde (per gastroenterite), giallo (feci grasse), rosso/nero (presenza di sangue)
- odore (se ha un odore pungente può essere sintomo di infezione)
- frequenza (può essere alterata da stati emotivi, dieta, attività fisica)

## componenti anomale:

- macroscopici: muco, sangue rosso vivo, pus, parassiti, tenia, ascari
- microscopici: sangue occulto, uova di parassiti, alimenti non digeriti, germi non patogeni

## alterazioni del processo di eliminazione:

- **diarrea:** frequente evacuazione di feci acquose, mancato assorbimento dell'acqua a causa di una aumentata motilità intestinale
- **stipsi:** diminuzione della normale frequenza accompagnata da emissione difficoltosa, feci asciutte e dure, defecazione incompleta, si verifica quando le feci passano nell'intestino troppo lentamente e quindi viene assorbita troppa acqua
- **fecaloma:** accumulo di feci disidratate e dure nel retto, nel paziente anziano allettato si verificano alterazioni nel riflesso della defecazione e le feci possono essere trattenute nell'ampolla, ciò può portare a ulteriore assorbimento di acqua che forma quindi un ammasso di feci consistenti e dure e difficili da evacuare
- **incontinenza fecale:** eliminazione involontaria del contenuto intestinale spesso associate a alterazioni neurologiche
- **meteorismo:** presenza di gas intestinale, se l'espulsione è dalla bocca si ha una eruttazione se dall'ano è flatulenza
- **tenesmo:** spasmodica sensazione di dover evacuare a cui non segue per forza una evacuazione vera e propria
- **rumori intestinali:** gorgoglii, tintinnii, ecc...

**fattori che influenzano il modello:** dieta, stile di vita, attività fisica, fattori psicologici, farmaci, patologie, posizione, età

### esami di laboratorio:

- **sangue occulto:** prendere un recipiente sterile per la raccolta delle feci munito di un cucchiaino interno, fare le veci in un recipiente, raccogliere con il cucchiaino più campioni sulla superficie delle feci in punti diversi fino a riempire circa metà recipiente. Portare in laboratorio. Se ci sono più campioni si possono conservare in frigo segnando la data del giorno in cui si sono raccolte
- **coprocoltura:** acquisire un recipiente sterile con cucchiaino, fare le feci in un vaso da notte e raccogliere il campione, portare in laboratorio entro 1h. Non si possono conservare più campioni poiché i batteri muoiono o proliferano eccessivamente

### clistere:

manovre che consentono l'introduzione di una determinata quantità di liquido nell'intestino crasso per di una sonda introdotta nello sfintere anale.

L'introduzione di sostanze estranee provoca l'irritazione della mucosa che stimola la peristalsi. Azione combinata di tipo meccanico, chimico/osmotico, e termico.

Il pz deve essere posizionato in decubito laterale sinistro con gamba destra flessa e la sonda va inserita di 7-10cm verso l'ombelico.

- **Evacuativo:** clistere di pulizia, 100-150ml di soluzione.
- **Medicamentoso:** prima viene fatto un clistere di pulizia, poi piccoli volumi di sostanze medicamentose come camomilla, glicerina ecc..

### lassativi:

favoriscono l'evacuazione delle feci

- **lubrificanti:** agiscono lubrificando le scorie fecali e la parete intestinale, facilitando lo scorrimento. Da assumere lontano dai pasti perché intralciano l'assorbimento dei nutrienti
- **di contatto:** provocano l'aumento dei movimenti peristaltici, fanno effetto dopo 6-12 ore
- **di massa:** aumentano il volume a contatto con i succhi gastrici formando una gelatina che viene assorbita nel tubo digerente. Vanno assunti con una quantità di liquidi e fanno effetto dopo 12-48h
- **salini:** tutti i purganti salini che vengono assorbiti dall'intestino in modo ridotto, causando uno squilibrio osmotico e richiamando l'acqua nell'ambiente intestinale finché la soluzione diventa isotonica con quella dell'organismo . Fa effetto dopo 1-6h

## ELIMINZIONE URINARIA

**diuresi:** volume di urina prodotta nelle 24h (1500 ml)

### caratteristiche delle urine:

- colore: giallo paglierino
- odore: aromatico
- aspetto: limpido

- pH: 4,6- 8
- proteine: 0-8 mg/dl
- glucosio: assente
- ketoni: assenti

#### **alterazioni nella composizione:**

- ematuria (presenza di sangue)
- emoglobinuria (presenza di emoglobina)
- ipercromia (colore più marcato)
- glicosuria (presenza di glucosio)

#### **alterazione nella minzione:**

- pollachiuria (aumento della frequenza nella minzione con diminuzione del volume)
- stranguria (emissione dolorosa)
- tenesmo (stimolo che non sempre porta all'emissione di urina)
- ritenzione urinaria (incapacità della vescica di svuotarsi)
- anuresi (emissione involontaria di urina che rappresenta un ritardo nello sviluppo delle competenze minzionali dei bambini)
- incontinenza urinaria: perdita involontaria di urina, può essere funzionale (incapacità di raggiungere il bagno in tempo), da sforzo (perdita durante lo svolgimento di attività), riflessa (perdita che si verifica a intervalli prevedibili quando la vescica si riempie fino a un certo punto), da urgenza, da rigurgito (iperestensione della vescica)

#### **esami di laboratorio:**

- **standard**: sulle urine del mattino, si indica al paziente di tenere in un bicchiere il mitto intermedio che viene poi in parte trasferito in una provetta
- **con strisce reattive**: per misurare la quantità di sostanza come il glucosio, proteine, sangue occulto ecc...
- **urine delle 24h**: si inizia la mattina scartando la prima minzione, per tutto il giorno
- **citologico**: esamina le cellule esfolianti,
- **culturale**: verifica la presenza di batteri

**fattori che influenzano l'eliminazione:** alimentazione e idratazione, età, fattori psicologici, patologie e farmaci.

#### **Catetere vescicale:**

- **caratteristiche**: calibro (1ch= 0,33 mm), forma della punta, numero di vie di accesso, tipo di materiale (silicone, lattice, ecc), meccanismo di ancoraggio
- **tipologie**: transitori, intermittenti o a dimora
- **sonde**: piene o cave

# MODULO B

## ATTIVITA' E RIPOSO

