

RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS
DSI-RSI-01

CLSC CH
Référence à un protocole Oui Non
Date d'entrée en vigueur : Janvier 2008
Date de révision :

**Activité clinique :
Surveiller la déshydratation**

**Professionnels visés :
Infirmières et infirmiers
Infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires**

DÉFINITION

Perte d'eau ou un bilan négatif de l'eau qui se solde par des sorties supérieures aux apports hydriques (Voyer 2006).

CONTEXTE

Considérant la prévalence de la déshydratation en centre d'hébergement (34% à 46 %) (Voyer 2006 et Koziar 2005) il faut déceler précocement tout changement de l'état de santé des résidents. Le dépistage de la déshydratation chez la clientèle doit se faire en tout temps. De plus, l'hydratation est un indicateur incontournable de la qualité des soins.

CONDITIONS

Connaissance des signes et symptômes de la déshydratation ainsi que des moyens de rétablir l'équilibre hydrique.

CLIENTÈLE VISÉE

- Centre d'hébergement
- URFI et hôpital de jour
- Centres de jour (Centres d'hébergement Éloria-Lepage et Robert-Cliche)
- RNI (Ressources non institutionnelles, convalescence, posthospitalier)
- RTF (Ressources de type familial)
- RI (Ressources intermédiaires)
- À domicile
- Autres

DIRECTIVES

- Considérer les facteurs de risque, facteurs prédisposants, les facteurs précipitants ainsi que les conditions environnementales dont la chaleur accablante (réf. Annexe 1, 5 et 6) auprès de la clientèle.
- Évaluer la qualité et la quantité approximative de l'élimination urinaire de tous les résidents à chaque quart de travail et annoter sur la feuille de suivi d'élimination (annexe 4).

- Effectuer l'examen clinique relié à la détection du problème de déshydratation chez les résidents identifiés à risque (réf. Annexe 2).
- Instaurer un bilan *ingestas-excrétas* chez le résident identifié.

ALERTE NURSING

S'assurer que le résident n'a pas de limite liquidienne ou de contre-indication à la prise de liquide pour éviter le risque de surcharge.

- Référer au modèle de programme de réhydratation pour élaborer un plan d'interventions en lien avec la réhydratation (Robinson et Rosher réf. Annexe 3).
- Compléter l'outil d'évolution clinique PTI (plan thérapeutique infirmier) lorsqu'il sera en vigueur.

ANNEXES

Annexe 1	Déshydratation
Annexe 2	Tableau évaluation clinique de la déshydratation
Annexe 3	Programme d'hydratation de Robinson et Rosher
Annexe 4	Feuille de surveillance de l'élimination intestinale et urinaire
Annexe 5	Surveillance des signes de déshydratation
Annexe 6	Mesures de prévention pour les personnes vulnérables n'ayant pas accès à un lieu climatisé (à domicile ou en milieu de soins) en période de chaleur accablante ou chaleur extrême

Processus d'élaboration

Rédigé par :	Diane Potvin Pronovost, conseillère-cadre en soins infirmiers Jocelyne Levesque, conseillère-cadre en soins infirmiers	Mai-Juin 2007
Instance consultée :	Comité de gestion DSI CECII – CECIA	Mai-Juin 2007 Septembre 2007
Recommandé par :	Comité de gestion des soins	Décembre 2007
Validé par :	Marie-Line Arsenault, directrice des Soins infirmiers	7 janvier 2008



DÉSHYDRATATION

Objectif

Outiller les équipes de soins face à la reconnaissance des signes et symptômes de la déshydratation chez la clientèle âgée ainsi que la connaissance des moyens de rétablir l'équilibre hydrique.

Définition de la déshydratation

Perte d'eau ou un bilan négatif de l'eau qui se solde par des sorties supérieures aux apports hydriques (Voyer, 2006).

Conséquences

- délirium, infections urinaires et pulmonaires, troubles gastro-intestinaux, constipation, plaies de pression et chutes,
- augmente le risque d'hospitalisations récurrentes (dont 50% meurent durant l'année) et la mortalité (3 fois plus élevée que celle de la fracture de la hanche).

Données probantes

Les résidents des CHSLD consomment, en moyenne, 1100 à 1500 ml de liquide par jour comparativement à 2100 ml pour les aînés à la maison,

- 90% des résidents des CHSLD ont une consommation insuffisante de liquide,
- après observation de trois jours, 46% des aînés présentaient des signes de déshydratation,
- après observation, 12.5% des résidents n'avaient rien bu durant une période de 21 à 34 heures consécutives,
- la prévalence de la déshydratation en CHSLD est de 34%, donc le tiers de nos résidents sont déshydratés.

Facteurs de risque

- perte d'eau et d'électrolytes attribuables aux facteurs suivants : vomissements, diarrhée, sudation excessive, polyurie, fièvre, aspiration nasogastrique, écoulements anormaux (plaies),
- apports liquidiens insuffisants attribuables aux facteurs suivants : anorexie, nausées, accès insuffisant aux liquides, déglutition difficile, désorientation, dépression.

Facteurs prédisposants

- vieillissement normal (diminution du fonctionnement du rein, altération du mécanisme de la soif),
- maladies (ex : diabète, arthrite, problèmes visuels...).

Facteurs précipitants (interventions infirmières ont une influence à ce niveau)

- mauvaise connaissance du besoin d'hydratation du résident,
- mauvaise connaissance des signes cliniques de la déshydratation,
- action de plusieurs médicaments,
- recours à la contention physique et chimique,
- l'environnement physique (ex : air ambiant trop chaud, chaleur accablante),
- absence de matériel adapté.

Tableau évaluation clinique de la déshydratation			
Manifestations cliniques et détection du problème de déshydratation			
Signes subjectifs	Signes objectifs	Paramètres cliniques	Examens de laboratoire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'aîné ne réagit pas à la déshydratation par une sensation de soif ▪ Étourdissements (hypotension orthostatique, céphalée) ▪ Sensation de fatigue ou de lassitude ▪ Intolérance à la chaleur ▪ Crampes musculaires ▪ Se plaint de problèmes d'élimination (urinaire et/ou fécale) 	<p>Bouche Épaississement de la langue, sillons, absence de salive et lésions gencives et lèvres</p> <p>Visage et cou Traits plus tirés, yeux cernés, aplatissement des veines du cou</p> <p>Peau Diminution de la turgescence de la peau au niveau du front et du sternum. (diminution de l'élasticité de la peau)</p> <p>Cognitif Perturbation des fonctions cognitives</p> <p>Élimination Présence de constipation et/ou de selles dures</p>	<p>Cardio-vasculaire Pouls rapide et de faible amplitude, baisse de la systolique de plus de 25 mm Hg, hypotension orthostatique (changement de position)</p> <p>Métabolisme Hyperthermie (faciès rouge, peau rougeâtre)</p> <p>Poids Perte pondérale involontaire et rapide</p> <p>Urinaire Diminution du débit urinaire (inférieur à 30 ml/h), urine plus concentrée (foncée, odeur forte).</p> <p>Apport liquidien Une hydratation adéquate correspond à 1.5 à 2 litres par jour à moins d'une limitation liquidienne, c'est un besoin de base (Varcarolis, 2006)</p>	<p>Examens sanguins Hypernatrémie (Na)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ augmentation de l'urée ▪ augmentation de l'hématocrite (Ht) <p>Examens urinaires Augmentation de la densité et de l'osmolalité urinaire</p>

Adapté : Voyer Philippe, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*,2006

Programme d'hydratation de Robinson et Rosher**Techniques d'hydratation adaptées aux besoins de l'aîné en CHSLD**
Programme d'hydratation de Robinson et Rosher

- Intégrer l'hydratation dans les soins de routine et dans le plan de soins
- Offrir des liquides une fois par heure durant la journée et la soirée
- Offrir un verre d'eau au lever
- Augmenter la quantité de liquide lors de la prise de médicaments
- Offrir de petits repas fréquents
- S'assurer de toujours donner des liquides lors de repas
- Durant la journée, offrir plus de liquide si l'aîné n'a pas bu pendant le repas
- Placer une serviette colorée sur le plateau des résidents présentant un risque de déshydratation, afin d'attirer l'attention des soignants
- Calculer les *ingesta* et *excreta*
- Sensibiliser les soignants et la famille au concept « **UNE VISITE, UN VERRE** »
- Prodiguer des soins bucco-dentaires fréquents.
- Porter une attention particulière aux résidents qui portent une contention physique ou pour lesquels le plan de soin préconise l'application de mesures de contrôle.

Tiré et adapté : Voyer Philippe, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2006

SURVEILLANCE DE L'ÉLIMINATION INTESTINALE (s) ET URINAIRE (u)

Mois : _____ 200__

NOM	CH	Q		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		N	S																																	
			U																																	
		J	S																																	
			U																																	
		S	S																																	
			U																																	
		N	S																																	
			U																																	
		J	S																																	
			U																																	
		S	S																																	
			U																																	
		N	S																																	
			U																																	
		J	S																																	
			U																																	
		S	S																																	
			U																																	
		N	S																																	
			U																																	
		J	S																																	
			U																																	
		S	S																																	
			U																																	

Selle : N : normale D : dure L : liquide A : abondante P : peu abondante IC : incontinence fécale S : présence de sang T : trace Ø : Aucune selle
 Urine : C : claire F : foncée S : présence de sang DB : dépôt blanchâtre T : trace Ø : aucune urine

SURVEILLANCE DES SIGNES DE DÉSHYDRATATION

La déshydratation

La déshydratation est provoquée par une perte excessive d'eau et de sels de l'organisme à la suite d'une maladie ou d'une exposition prolongée à la chaleur. Une déshydratation aiguë augmente la morbidité et la mortalité chez certains groupes à risques entre autres: les enfants en bas âge et les personnes âgées.

Les signes de déshydratation

Selon le protocole d'info santé, chapitre II.3.A.

Les signes de déshydratation sont peu fiables chez la personne âgée:

- constipation
- delirium
- dyspnée
- extrémités froides, pâles et marbrées
- faiblesse musculaire
- histoire de perte excessive ou d'apport insuffisant
- oligurie ou anurie
- peau chaude et pâles: la sécheresse de la peau doit s'ajouter à d'autres signes pour être significatives
- persistance du pli cutané vérifié sur le front et le sternum
- perte de poids
- sécheresse des lèvres et de la muqueuse buccale
- tachycardie
- yeux creux et cernés

Traitement

- Placer la personne dans un endroit frais et sec.
- Faire allonger la personne et la laisser se reposer.
- Faire boire des liquides.
- Surveillance accrue des personnes vulnérables.

Référence : *Guide pour l'élaboration d'un plan local de prévention et protection en cas de chaleur accablante et de chaleur extrême à l'usage des professionnels de la santé - Mai 2007*

Annexe 5 (suite)

Utilisez le tableau ci-dessous comme outil de référence pour détecter les symptômes/malaises dus à la chaleur et savoir comment les traiter

	CRAMPES DE CHALEUR ¹	ÉPUISEMENT DÛ À LA CHALEUR ²	COUP DE CHALEUR ²
Peau	Moite	Grisâtre et moite	Rouge, chaude, sèche
Température	Pas de fièvre	T ° buccale: 36,5° - 40 ° C (97,7 ° - 104° F)	T° buccale > 40° C (104° F)
Symptômes	Contractions musculaires douloureuses, généralement dans les jambes ou l'abdomen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété ▪ Asthénie ▪ Sudation excessive ▪ Nausées ▪ Syncope ▪ Pouls faible et lent ▪ Tension artérielle basse ▪ Sensation d'évanouissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asthénie ▪ Maux de tête ▪ Sudation restreinte ▪ Perte de conscience brutale ▪ Pouls bien frappé et rapide
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer la victime dans un endroit frais, à l'ombre. ▪ Réhydrater avec de petites gorgées d'eau fréquentes. ▪ Rafraîchir le corps graduellement (retrait des vêtements et aération) pour éviter les frissons. 	Transport à l'hôpital si : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La victime ne peut pas boire. ▪ Sa température augmente. ▪ Elle a cessé de transpirer. ▪ Elle devient somnolente ou confuse. 	Appeler le 911 pour un transport immédiat à l'urgence. En attendant les secours, appliquer de la glace sur le front et le cou et à l'aîne.

1 Référence: Services d'urgences de la Ville d'Ottawa (www.citv.ottawa.on.ca).

2 Protocole Info-Santé chap. VII. 1.A

Référence : *Guide pour l'élaboration d'un plan local de prévention et protection en cas de chaleur accablante et de chaleur extrême à l'usage des professionnels de la santé - Mai 2007*

**MESURES DE PRÉVENTION POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES
N'AYANT PAS ACCÈS À UN LIEU CLIMATISÉ
(à domicile ou en milieu de soins)
EN PÉRIODE DE CHALEUR ACCABLANTE OU CHALEUR EXTRÊME**

Environnement et activités

- Lorsque les fenêtres sont exposées au soleil, les garder fermées.
- Lorsqu'elles ne sont plus exposées au soleil, les ouvrir et si possible les garder ouvertes pour la nuit.
- Tirer les rideaux et fermer les stores des fenêtres exposées au soleil (des rideaux et stores pâles sont préférables aux rideaux et stores foncés).
- Diminuer l'éclairage, le fonctionnement d'équipements électriques.
- Utiliser des ventilateurs lorsque la température à l'intérieur est inconfortable¹. Déposer des bassins de glaçons ou d'eau glacée devant les ventilateurs pour rafraîchir l'air ambiant.
- Déplacer les personnes, lorsque c'est possible, vers des espaces climatisés pour des périodes de répit.
- Annuler les sorties à l'extérieur:
Si sorties: Installer les personnes à l'ombre et faire porter un chapeau et des vêtements légers.
- Diminuer les activités exigeant des efforts.
- Surveiller la température dans les chambres afin de s'assurer de l'efficacité des mesures prises et les adapter en conséquence.

Soins de base

- Augmenter la fréquence des douches et des bains.
- Rafraîchir les personnes à l'aide d'un brumisateur.
- Appliquer sur le visage des débarbouillettes mouillées rafraîchies au réfrigérateur.
- Humidifier la bouche: rinçages, pulvérisation d'eau.
- Faire porter des vêtements légers, amples, en coton si possible, et de couleur pâle.
- Vérifier avec l'infirmière si certaines restrictions s'appliquent concernant l'hydratation des personnes.
- Rechercher les signes d'alerte pouvant être banalisés par la personne vulnérable:
 - Troubles du sommeil
 - Troubles du comportement, agitation, abattement
 - Fatigue
- Surveiller les signes de déshydratation, selon l'annexe 5, et rapporter à l'infirmière tout indice ou signe observé.

¹Note: Il faut toujours laisser les fenêtres ouvertes lorsque l'on utilise un ventilateur, et son utilisation le jour lorsque les températures extérieures sont très élevées apportera peu de confort, et risque au contraire de déshydrater la personne qui s'en sert. Le meilleur moment pour utiliser un ventilateur est pendant la soirée ou la nuit lorsque l'air extérieur est plus frais que l'air intérieur. En plaçant le ventilateur près d'une fenêtre ouverte, l'air frais de l'extérieur circule plus facilement vers l'intérieur.

**MESURES DE PRÉVENTION POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES
N'AYANT PAS ACCÈS À UN LIEU CLIMATISÉ
(à domicile ou en milieu de soins)
EN PÉRIODE DE CHALEUR ACCABLANTE OU CHALEUR EXTRÊME**

Hydratation

En cas de chaleur accablante et en cas d'absence de climatisation adéquate, les principales recommandations sont:

- Augmenter la consommation de liquides, en tenant compte des restrictions médicales qui s'imposent (maladie rénale, cardiaque, ...).
- La perception de la soif est diminuée chez les personnes âgées. Ne pas attendre de tels signes pour les faire boire.
- Offrir des breuvages frais, agréables au goût de la personne et variés (eau, jus, tisane, bouillon ...) qui permettent de fournir l'apport nécessaire en eau, glucides et électrolytes en fonction des besoins énergétiques et des restrictions médicales.
- Augmenter la fréquence de tournées des collations et breuvages et laisser ceux-ci près de la main.
- Attention à certaines interactions médicamenteuses, notamment celles avec le jus de pamplemousse et le jus de canneberge (consulter la pharmacie).

Notes:

- **Alcool:** Il y a peu de pertinence dans un CHSLD d'émettre des recommandations visant à limiter la consommation d'alcool car elle ne peut être importante dans ce type de milieu.
- **Café et thé:** La consommation de café ou de thé risque peu de causer des problèmes en relation avec la chaleur accablante, sauf si la personne boit une quantité excessive de ces breuvages, en particulier s'ils sont très chauds.
- **Boisson très sucrée:** Il est préférable de ne pas offrir exclusivement des boissons gazeuses ou d'autres boissons très sucrées en quantité importante et ce, pour diverses raisons en partie non reliées à la chaleur accablante. La consommation de boisson gazeuse édulcorée (diète) ou la dilution de ces breuvages avec de l'eau est une alternative possible.

Référence : *Guide pour l'élaboration d'un plan local de prévention et protection en cas de chaleur accablante et de chaleur extrême à l'usage des professionnels de la santé - Mai 2007*