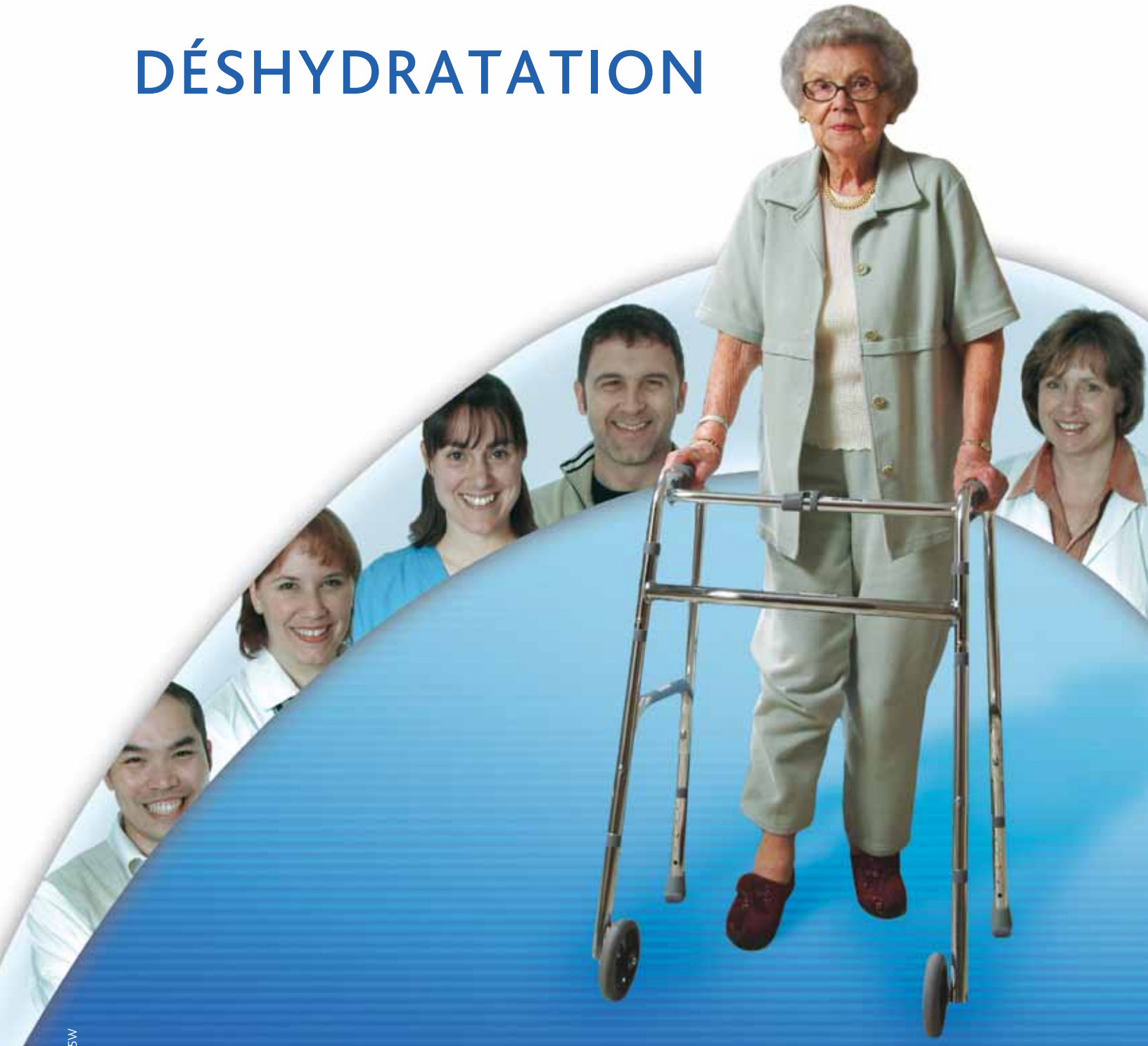
APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE EN MILIEU HOSPITALIER

NUTRITION

DÉSHYDRATATION



Québec

12-830-05W

Édition :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64616-7 (version PDF) (2e édition, avril 2012)
ISBN : 978-2-550-60950-6 (version PDF) (1e édition, février 2011)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

DÉSHYDRATATION

DÉFINITIONS

LA DÉSHYDRATATION

La déshydratation se définit comme étant un désordre hydro-électrolytique caractérisé par une diminution du volume d'eau corporelle. Selon le degré de perte d'électrolytes qui accompagne la perte d'eau, la déshydratation peut appartenir à l'un des trois types suivants : 1° La déshydratation hypotonique se distingue par une perte de liquide riche en sodium, elle a plusieurs origines possibles (ex. : insuffisance surrénalienne, prise de certains diurétiques); 2° La déshydratation isotonique est due à une perte de liquide dont l'osmolalité est similaire à celle du liquide extracellulaire. Elle apparaît généralement à la suite d'une hémorragie, de diarrhées et/ou de vomissements ou de l'usage de certains diurétiques; 3° La déshydratation hypertonique désigne un déficit d'eau libre sans perte significative d'électrolytes. Elle s'observe après une transpiration excessive (fièvre, canicule) ou un déficit de l'apport en eau. Les deux premiers types (hypotonique et isotonique) sont souvent des évènements ponctuels qui, dans la majorité des cas, sont bien reconnus et pris en charge. Par contre, en dehors d'un diabète adulte mal contrôlé ou décompensé, la déshydratation hypertonique s'installe insidieusement et la symptomatologie est peu spécifique. Passant souvent inaperçue en raison de l'absence de symptômes aigus, la déshydratation hypertonique demeure sous-diagnostiquée. Les besoins en eau dépendent des fonctions rénale, respiratoire, digestive et thermorégulatrice, lesquelles varient d'un patient à l'autre et selon les conditions ambiantes (humidité, température). En l'absence de maladies commandant une restriction liquidienne (ex. : insuffisance cardiaque congestive), **il est généralement admis que l'apport liquidien (eau et boissons) des patients âgés devrait être supérieur à 1500 ml par jour.**

La déshydratation entraîne de nombreuses conséquences. La diminution du volume d'eau corporelle peut modifier la concentration des médicaments, entraîner des maux de tête et de la constipation, multiplier le risque d'infections urinaires et respiratoires, exacerber une condition médicale préexistante, augmenter le risque d'ulcères de décubitus et ultimement, accroître le risque de mortalité. Selon le degré du déficit hydrique, la déshydratation peut faire sentir ses effets sur l'état d'éveil et l'état cognitif en plus de diminuer la tension artérielle et d'induire une fatigue et une faiblesse musculaire, tout en augmentant du coup le risque de chutes. L'hyposalivation compromet le maintien de la santé buccale, en plus de rendre la mastication et la déglutition plus laborieuses.

Puisque la déshydratation hypertonique s'installe à bas bruit et est entièrement évitable, il importe de l'anticiper et de repérer les facteurs de risque afin d'être en mesure d'intervenir précocement. Elle doit demeurer une préoccupation centrale en ce qui concerne les soins apportés au patient. L'équipe soignante se trouve dans une position privilégiée lui permettant d'observer, de dépister et de prévenir les problèmes d'ordre alimentaire de même que de questionner les patients sur l'hydratation et d'intervenir au besoin.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

FACTEURS DE RISQUE DE LA DÉSHYDRATATION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES

- Changements physiologiques associés au vieillissement (plus le patient est âgé, plus il est à risque) :
  - » Diminution du volume total d'eau corporelle associée à une réduction de la masse maigre,
  - » Baisse de la sensation de soif (hausse du seuil de perception),
  - » Diminution de la capacité des reins à concentrer l'urine (résistance à l'hormone antidiurétique et augmentation de la sécrétion du facteur natriurétique auriculaire);

- Manque d'apport sur le plan de la consommation totale en eau (ex. : eau, boissons et eau de constitution des aliments) dont la cause est biologique (ex. : anorexie de la dépression, trouble de la déglutition, trouble cognitif) ou environnementale (ex. : problème d'accès, manque de stimulation à s'hydrater, jeûne d'investigation) et qui ne suffit pas à équilibrer les besoins et les pertes pathophysiologiques;

- Pertes excessives d'eau dont la cause peut être de nature : extra-rénale (ex. : brûlures, plaies très exsudatives, sudation excessive par fièvre [>38 °C; +1 °C= +0,5 L/j] ou augmentation de la température ambiante (ex. canicules) [22 °C; +1 °C= +0,5 L/j], digestive (ex. : entérite à C. difficile) ou rénale (ex. : diurèse osmotique secondaire à un diabète débalancé, diabète insipide, usage de diurétiques).

SIGNES ET SYMPTÔMES D'UN ÉTAT D'HYDRATATION NON OPTIMAL ET DE LA DÉSHYDRATATION

- Sensation de soif (rare, peu intense), maux de tête, perte de poids et constipation;

- Oligurie, urine foncée et malodorante, diurèse < 800 ml/24 h;

- Sécheresse des muqueuses buccales (fréquente), hyposalivation (dysphagie secondaire possible), perte de la turgescence de la peau (peu spécifique);

- Altération de l'état de conscience, somnolence, léthargie, asthénie;

- Diminution de la tension artérielle, hypotension orthostatique, augmentation de la fréquence cardiaque (si aiguë);

- Augmentation de l'osmolalité sérique et de la natrémie.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

ÉVALUATION CLINIQUE SYSTÉMATIQUE (INITIALE)

Dépistage et prévention de la déshydratation chez l'ensemble de la clientèle âgée.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Assistance pour boire et/ou pour s'alimenter**
  - » Positionnement adéquat aux repas (ex. : distance du plateau, confort, etc.);
  - » Préparation du plateau (ex. : ouvrir les contenants, le berlingot de lait, etc.);
  - » Préparation des aliments (ex. : épaissir les liquides, transvider dans un verre vide);
  - » Utilisation de contenants adaptés à sa condition (ex. : soupe dans une tasse);
  - » Assistance pour la prise des liquides (ex. : paralysie, faiblesse, troubles cognitifs, etc.);
  - » Accès à de l'eau fraîche, potable (en tout temps), encourager à boire souvent de petites quantités durant le jour.

- **Cavité buccale et déglutition**
  - » État des gencives et de la dentition (ex. : sensibilité au chaud ou au froid);
  - » Assistance pour les soins d'hygiène dentaire et buccale;
  - » Difficultés, douleur, toux à la déglutition;
  - » Voix mouillée après une déglutition.

- **Surveillance de la consommation alimentaire (cf. fiche Risque de dénutrition)**
  ***Contribution importante des repas à l'apport total en eau (boissons et eau de constitution des aliments)**
  - » Identifier les patients avec un apport alimentaire insuffisant (moins de ¾ du plat principal);
  - » S'assurer à chaque repas que le patient reçoit les boissons demandées en quantité suffisante;
  - » Prendre en note les raisons expliquant une consommation faible des boissons servies (moins de ¾ des boissons).

- **Administration de la médication**
  ***Contribution importante des épisodes d'administration des médicaments à l'apport total en eau entre les repas**
  - » Identifier les patients qui reçoivent des médicaments ≤ 1 fois par jour (↑ risque d'apport liquidien insuffisant);
  - » Évaluer la possibilité d'offrir les médicaments avec une boisson nutritive pour améliorer l'apport protéino-énergétique (vérifier d'abord les interactions médicaments-nutriments potentielles).

- **Considérations particulières**
  - » Identifier les conditions ou les traitements pouvant avoir un impact sur l'hydratation (ex. : ventilation mécanique, aspiration nasogastrique, plaies suintantes, état fébrile, inappétence, etc.);
  - » Déterminer s'il y a un problème de constipation (cf. fiche Risque de constipation).

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Restriction liquidienne (volontaire ou non)**
  - » Peur de la toux et des aspirations pulmonaires chez les patients dysphagiques;
  - » Volonté de limiter le besoin d'aller à la toilette (ex. : trouble de mobilité, peur de demander de l'aide, peur de l'incontinence);
  - » Restriction liquidienne prescrite par un professionnel de la santé (ex. : insuffisance cardiaque);
  - » Aversions et préférences alimentaires se répercutant sur les apports liquidiens.

- **Atteinte cognitive ou de l'humeur, désordre neurologique**
  - » Atteinte cognitive, désorientation, delirium;
  - » Perturbation émotive, tristesse, anhédonie, apathie, trouble d'adaptation, dépression, douleur;
  - » Anxiété, angoisse, troubles de comportement (anorexie);

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

» Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, etc.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Service alimentaire**
  - » Eau/boissons accessibles à toute heure;
  - » Flexibilité du service alimentaire (adaptation de l'horaire des repas, offre diversifiée de boissons, etc.).

- **Unité de soins**
  - » Cuisinette et accessoires de cuisine disponibles dans l'unité (ex. : cafetière, micro-ondes, frigo, etc.);
  - » Salle commune pour la prise des repas (apports alimentaires et liquidiens accrus);
  - » Boissons et aliments offerts au patient par les membres de la famille et les proches afin d'améliorer son hydratation;
  - » Disponibilité du personnel et attitude ouverte aux demandes d'aide des patients pour l'hydratation.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

- **Assistance pour boire et/ou pour s'alimenter**
  - » S'assurer de positionner le patient adéquatement avant de servir le repas;
  - » Veiller à offrir l'assistance nécessaire à chaque repas (PAB, membre de la famille, aide privée, etc.);
  - » Donner accès en tout temps à de l'eau fraîche (pichet au chevet, accès à une fontaine, etc.) :
    - Au besoin, diriger le patient en ergothérapie pour l'évaluation du positionnement et des aspects fonctionnels au moment des repas (verre adapté, etc.).

- **Cavité buccale et déglutition**
  - » S'assurer d'offrir l'assistance nécessaire pour les soins d'hygiène dentaire et buccale :
    - Faire le dépistage de la dysphagie à l'aide du test de la gorgée d'eau : modification de la voix après une gorgée d'eau. Au besoin, aiguiller le patient vers le professionnel ou l'équipe de professionnels responsable de l'évaluation de la dysphagie;
    - Si une dysphagie a déjà été évaluée et diagnostiquée, s'assurer qu'on respecte les textures et consistances prescrites.

- **Surveillance de la consommation alimentaire (> 1500 ml/jour)**
  - » Intervenir pour corriger les facteurs qui nuisent à la consommation alimentaire et liquidienne;
  - » Proposer une boisson ou de l'eau chaque fois qu'on se rend au chevet du patient;
  - » Offrir des collations riches en eau (fruits, suppléments alimentaires, etc.);
  - » Au besoin, diriger le patient en nutrition clinique pour une évaluation complète.

- **Administration de la médication**
  - » Offrir les médicaments avec un volume d'eau plus grand (la règle de base : 125 à 250 ml chaque fois)
  - » Présenter les médicaments avec un supplément alimentaire plutôt qu'avec de l'eau si pertinent :
  - » Au besoin, diriger le patient en pharmacie pour une évaluation des interactions médicaments-nutriments;
    - Au besoin, diriger le patient en pharmacie pour une évaluation des médicaments pouvant induire une déshydratation.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

2 ÉLÉMENTS PSYCHOSOCIAUX ET HABITUDES DE VIE

- **Restriction liquidienne (volontaire ou non)**
  - » Informer le patient sur les risques qu'il encourt à limiter l'apport en eau;
  - » Rassurer le patient en l'informant des moyens à sa disposition pour contrer l'incontinence urinaire;
  - » Promouvoir une attitude ouverte du personnel face aux craintes et aux demandes d'aide des patients;
  - » S'assurer de ne pas maintenir inutilement une restriction liquidienne pouvant compromettre l'apport en eau;
  - » Au besoin, diriger le patient en nutrition clinique pour une évaluation complète.

- **Atteinte cognitive ou de l'humeur, désordre neurologique**
  - » Aider le patient à verbaliser ce qui le perturbe;
  - » S'assurer que les troubles cognitifs, du comportement et de l'humeur sont pris en charge;
  - » Encourager le patient à boire et à s'alimenter en lui expliquant le rôle d'un bon état d'hydratation dans l'évolution favorable de sa condition physique.

3 ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX

- **Service alimentaire**
  - » Faire en sorte qu'un repas ou des boissons soient offerts au patient lorsqu'il doit s'abstenir d'en prendre en raison d'un examen clinique ou paraclinique;
  - » S'assurer que les proches qui désirent apporter des repas, des boissons ou des collations ont accès à des installations (ex. : four micro-ondes, cuisinière, frigo, etc.);
  - » Encourager les proches à apporter au patient des repas et des boissons correspondant à ses préférences alimentaires (ex. : boissons ethniques, cuisine familiale).

- **Unité de soins**
  - » S'assurer d'avoir à portée de main quelques aliments et boissons pour répondre aux fringales;
  - » Encourager les patients à manger ensemble autour d'une table lorsque les installations le permettent;
  - » Promouvoir une attitude ouverte et proactive face aux demandes d'aide des patients;
  - » Prévoir la distribution d'eau fraîche à chaque quart de travail;
  - » En période de canicule, intervenir auprès de chaque patient afin de l'encourager à boire.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

MAINTIEN OU AMÉLIORATION DE L'ÉTAT D'HYDRATATION?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

NON

ALERTE : faire appel à l'équipe multiprofessionnelle et passer au PALIER SPÉCIFIQUE.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Évaluation par les membres de l'équipe multiprofessionnelle en collaboration avec l'équipe soignante.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus des éléments de l'intervention systématique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe multiprofessionnelle.

1 ÉLÉMENTS PHYSIQUES

Pour le médecin, tenter de réduire le nombre de traitements et d'investigations (particulièrement ceux qui nécessitent un jeûne) et surveiller ceux ayant un impact sur le métabolisme de l'eau.

- **Évaluation de l'apport liquidien et bilan hydrique**
  - » Noter avec précision et par écrit l'ensemble des ingesta sous forme liquide sur une période de 24 heures* :
    - Eau consommée en tout temps (y compris l'administration des médicaments);
    - Boissons de toutes sortes (y compris café, thé, boissons gazeuses, etc.);
    - Soupes, bouillons et potages;
    - Jello[MD], lait dans les céréales.

    ** le volume exact des tasses, bols, gobelets et verres peut vous être fourni par le service alimentaire*
  - » Consigner avec précision l'ensemble des excréta sur une période de 24 heures :
    - Volume urinaire;
    - Prise en note de toute information pertinente pouvant se répercuter sur l'état d'hydratation (ex. : selles liquides, transpiration abondante, respiration rapide, fièvre, vomissements, etc.);
    - Poids mesuré aux 2 jours et indication explicite au médecin de toute tendance de perte de poids significative.

- **Stratégies visant à augmenter l'apport en eau**
  - » Respecter l'horaire d'hydratation prescrite (Dt.P. ou MD);
  - » Servir le supplément nutritionnel comme prescrit :
    - Servir froid (estompe la saveur sucrée);
    - Le mélanger à du lait (atténue la flaveur);
    - S'assurer de le conserver au frais s'il n'est pas consommé entièrement (salubrité);
    - Signaler si le supplément n'est pas entièrement consommé.
  - » Encourager verbalement les patients à boire et à manger au moment des repas/collations :
    - Annoncer l'arrivée du repas et le menu (mise en appétit);
    - Indiquer aux services alimentaires les boissons que le patient n'a pas aimées.
  - » S'assurer que l'on se sert adéquatement des aides techniques prescrites (ex. verre à dégagement nasal, etc.);
  - » Modifier la consistance des boissons et des aliments liquides selon ce qui a été prescrit :
    - Offrir l'aide nécessaire pour ajuster la consistance avec les épaississants;
    - Si le patient est autonome, s'assurer qu'il ajuste la consistance correctement.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

AMÉLIORATION DE L'ÉTAT D'HYDRATATION?

(EX. : GAIN DE POIDS, BILAN INGESTA/EXCRETA POSITIF, ETC.)

OUI ⟷ **NON**

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

- » CE PROBLÈME S'INSCRIT-IL DANS UNE PLURIPATHOLOGIE?
- » Y A-T-IL UNE COMPLEXITÉ ÉLEVÉE?
- » EST-CE LE MOMENT DE FAIRE APPEL À L'EXPERTISE DE LA GÉRIATRIE?

- » **ALERTE :** faire appel à l'équipe spécialisée et passer au PALIER SPÉCIALISÉ.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

ÉVALUATION CLINIQUE SPÉCIALISÉE

Évaluation par l'équipe spécialisée de soutien nutritionnel (médecin, nutritionniste, infirmière spécialisée en dysphagie, etc.) et/ou médecin spécialiste (ex. gastro-entérologue, endocrinologue, pneumologue, etc.), en collaboration avec l'équipe multiprofessionnelle et l'équipe soignante de base.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

En plus d'assurer l'application des éléments pertinents de l'intervention spécifique, entreprendre les actions suivantes et assurer l'application des recommandations formulées par les membres de l'équipe spécialisée.

- **Appliquer le protocole de perfusion sous-cutanée ou intraveineuse comme prescrit :**
  - » Respecter l'horaire et le débit prescrits :
    - Compenser si le soluté doit être interrompu (ex. : arrêt de perfusion pour examen clinique ou paraclinique);
    - Favoriser un horaire de nuit pour ne pas nuire à la mobilité;
  - » Assurer des soins d'hygiène adéquats du cathéter et du site d'insertion cutané;
  - » Effectuer les bilans ingesta/excréta quotidiennement;
  - » Offrir de la glace ou de l'eau en pulvérisation pour hydrater la cavité orale.

- **Appliquer le protocole d'alimentation entérale comme prescrit (cf. fiche Risque de dénutrition)**
  - » Respecter l'horaire d'alimentation et d'irrigation :
    - Compenser si l'alimentation doit être interrompue (ex. : examen clinique ou paraclinique);
    - S'assurer que l'horaire n'entre pas en conflit avec les autres thérapies (ex. physiothérapie);
    - Signaler les symptômes d'intolérance (ex. : diarrhée, reflux, distension abdominale, etc.);
    - Assurer une hydratation suffisante (total de 1,5 à 2,0 L die), spécialement si l'alimentation entérale est interrompue ou réduite.

- **Appliquer le protocole d'alimentation parentérale comme prescrit**
  - » Respecter l'horaire d'alimentation :
    - Compenser si l'alimentation doit être interrompue (ex. examen clinique ou paraclinique);
  - » Assurer des soins d'hygiène adéquats du cathéter et du site de ponction cutanée;
  - » Effectuer les bilans ingesta/excréta quotidiennement.

- **Mettre en application les recommandations des médecins spécialistes selon ce qui a été prescrit**
  - » S'assurer d'une réévaluation régulière par le médecin après la consultation initiale.

ÉVALUER : CES INTERVENTIONS SONT-ELLES EFFICACES?

AMÉLIORATION DE L'ÉTAT D'HYDRATATION?

OUI

Poursuivre ces interventions et noter les résultats. Si la situation s'améliore grandement, réajuster au besoin les interventions de soins.

NON

Le médecin traitant, les consultants et les intervenants concernés de près devront envisager des mesures palliatives adaptées pour le long terme (PII).

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

AUTEURS

MARIE-JEANNE KERGOAT, M.D., CCFP, FCFP, CSPQ
Gériatre
Chef du Département de médecine spécialisée
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Directrice du programme réseau de résidence en gériatrie du Québec
Professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

NANCY PRESSE, DT.P.
Candidate au doctorat en nutrition,
Département de nutrition, Université de Montréal
Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

LINDA THIBEAULT, INF., M.SC.
Diplôme de deuxième cycle en études interdisciplinaires sur la mort
Conseillère en soins spécialisés en gérontopsychiatrie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

MONIQUE BOURQUE, INF., M.A.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Conseillère clinicienne en soins infirmiers gériatriques, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
Professeure associée, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

SÉBASTIEN BISSON, MD, CSPQ, FRCP
Gériatre
Hôpital Charles LeMoyne

DIANE BOYER, M.SC. (PS-ÉD), MAP
Coordonnatrice, projet « Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier »,
Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Coordonnatrice promotion de la santé et transfert des connaissances,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie est classée par ordre alphabétique d'auteurs. Elle comprend les références des documents qui ont inspiré la réflexion des membres du groupe et ont abouti à la création de cette fiche thématique sur le risque de déshydratation.
La bibliographie a été réalisée à partir d'une sélection d'ouvrages, d'articles, de rapports (résultats d'études d'instituts de recherche…).
La recherche de données probantes a été privilégiée.

Adam, E. (1996). La personne âgée et son besoin de boire et de manger. In S. Lauzon & E. Adam (Eds.), *La personne âgée et ses beoins : interventions infirmières* (p. 529-577). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Arinzon, Z., Feldman, J., Fidelman, Z., Gepstein, R. , & Bernier, Y. N. (2004). Hypodermoclysis (subcutaneous infusion) effective mode of treatment of dehydration in long-term care patients. *Archives of gerontology and geriatrics,* 38(2), 167-173.

Bennett, J. A., Thomas, V., & Riegel, B. (2004). Unrecognized chronic dehydration in older adults : examining prevalence rate and risk factors. *Journal of Gerontological Nursing,* 30(11), 22-28.

Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 676 p.

Danjou, C. (2006). L'hydratation. In P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (p. 170-177). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique.

Dasgupta, M., Binns, M.A., & Rochon, P.A. (2000). Subcutaneous fluid infusion in a long-term care setting. *Journal of the American geriatrics society,* 48(7), 795-799.

Dharmarajan, T. S., & Ugalino, J. T. (2003). The physiology of aging. In T. S. Dharmarajan & R. A. Norman (Eds.), *Clinical geriatrics* (p. 9-22). New York: Parthenon Publishing.

Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T. A., Jett, K., & Luggen, A. S. (2008). *Toward healthy aging : human needs and nursing response* (7 ed.). St-Louis: Mosby/Elsevier.

Falardeau, P., & Latour, J. (2007). Problèmes rénaux et troubles de l'homéostase. In M. Arcand & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 439-461). Acton Vale; Paris: Edisem; Maloine.

Feinsod, F. M., Levenson, S. A., Rapp, K., Rapp, M. P., Beechinor, E., & Liebman, L. (2002). Dehydration in frail, older residents in long-term care facilities. *Journal of the American medical directors association,* 3(6), 371-376.

Gordon, J. A., An, L. C., Hayward, R. A., & Williams, B. C. (1998). Initial emergency department diagnosis and return visits : risk versus perception. *Annals of emergency medicine,* 32(5), 569-573.

Halter, J. B., Ouslander, J. G., Tinetti, M. E., Studenski, S., High, K. P., & Asthana, S. (2009). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6 ed.). New York: McGraw-Hill, 1634 p.

Hodgkinson, B., Evans, D., & Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in older adults : a systematic review. *International Journal of Nursing Practice,* 9(3), S19-28.

Holben, D. H., Hassell, J. T., Williams, J. L., & Helle, B. (1999). Fluid intake compared with established standards and symptoms of dehydration among elderly residents of a long-term care facility. *Journal of the American dietetic association,* 99(11), 1447-1450.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Iowa-Veterans Affairs Research Consortium, & Mentes, J. (2000). Hydration management protocol. *Journal of gerontological nursing,* 26(10), 6-15.

Jassal, S. V., & Oreopoulos, D. G. (2000). The aging kidney. In D. G. Oreopoulos (Ed.), *Nephrology and geriatrics integrated* (p. 27-36). Norwell: Kluwer academic publisher.

Jones, B., Devey, J., McLean, M., Spacey, H., Goodes, S., Turner, V., et al. (2001). Maintaining oral hydration in older people. *Best practice : evidence based practice information sheets for health professionals,* 5(1), 1-6.

Kayser-Jones, J., & Pengilly, K. (1999). Dysphagia among nursing home residents. *Geriatric nursing,* 20(2), 77-82, 84.

Kayser-Jones, J., Schell, E. S., Porter, C., Barbaccia, J. C., & Shaw, H. (1999). Factors contributing to dehydration in nursing homes : inadequate staffing and lack of professional supervision. *Journal of the American geriatrics society,* 47(10), 1187-1194.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 1 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré ... et al.* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 915 p.

Kozier, B., Glenora, E., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique : volume 2 / Barbara Kozier ... et al.; adaptation française de la septième édition de Fundamentals of nursing : concepts, process and practice, sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier; avec la participation de Caroline Longpré et la collaboration de Hugo Laplante* (Vol. 2). Saint-Laurent, Québec: Éditions du renouveau pédagogique, 1707 p.

Larson, K. (2005). Fluid balance in the elderly : assessment and intervention : important role in community health and home care nursing. *Geriatric nursing,* 24(5), 306-309.

Luckey, A. E., & Parsa, C. J. (2003). Fluid and electrolytes in the aged. *Archives of Surgery,* 138(10), 1055-1060.

Mentes, J. (2006). Oral hydration in older adults : greater awareness is needed in preventing, recognizing and treating dehydration. *American journal of nursing,* 106(6), 40-49.

Mentes, J., Culp, K., Maas, M., & Rantz, M. (1999). Acute confusion indicators : risk factors and prevalence using MDS data. *Research in nursing & health,* 22(2), 95-105.

Mentes, J. C. (2008). Managing oral hydration. In E. Capezuti, D. A. Zwicker, M. Mezey, T. Fulmer, D. Gray-Miceli & M. Kluger (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3 ed., p. 369-390). New York: Springer.

Metheny, N. M. (2000). *Fluid and electrolyte balance : nursing considerations* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott.

Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques / Carol A. Miller; adapté de l'anglais par Ivan L. Simoneau* Montréal: Beauchemin.

Naitoh, M., & Burrell, M. L. (1998). Thirst in elderly subjects. In B. Vellas, J. L. Albarede & P. J. Garry (Eds.), *Hyratation and aging* (p. 33-45). New York; Paris: Springer; Serdi.

O'Neill, P. A., Duggan, J., & Davies, I. (1997). Response to dehydration in elderly patients in long-term care. *Aging-Clinical & Experimental Research,* 9(5), 372-377.

Palevsky, P. M., Bhagrath, R., & Greenberg, A. (1996). Hypernatremia in hospitalized patients. *Annals of Internal Medicine,* 124(2), 197-203.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Presse, N., & Ferland, G. (2010). Facteurs de risque associés à l'apport insuffisant en eau chez les personnes âgées vivant dans les centres d'hébergement : une revue de la littérature. *Canadian journal of dietetic practice and research = Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique*. Sous presse.

Robinson, S. B., & Rosher, R. B. (2002). Can a beverage cart help improve hydration? *Geriatric Nursing,* 23(4), 208-211.

Rosher, R. B., & Robinson, S. B. (2004). Use of foot veins to monitor hydration in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society,* 52(2), 322-324.

Russell, M. (2009). Principles of fluid and electrolyte balance and renal disorders in the older patient. In W. Reichel & C. Arenson (Eds.), *Reichel's care of the elderly : clinical aspects of aging care of the elderly* (6 ed., p. 254-265). New York: Cambridge University Press.

Schols, J. M. G. A., De Groot, C. P. G. M., van der Cammen, T. J. M., & Olde Rikkert, M. G. M. (2009). Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. *Journal of Nutrition, Health & Aging,* 13(2), 150-157.

Stanley, M., & Gauntlett Beare, P. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : vieillissement normal et pathologique* (2 ed.). Bruxelles: De Boeck Université, 507 p.

Vivanti, A., Harvey, K., Ash, S., & Battistutta, D. (2008). Clinical assessment of dehydration in older people admitted to hospital: what are the strongest indicators? *Archives of Gerontology & Geriatrics,* 47(3), 340-355.

Wakefield, B. J., Mentes, J., Holman, J. E., & Culp, K. (2009). Postadmission dehydration : risk factors, indicators, and outcomes. *Rehabilitation Nursing,* 34(5), 209-216.

Weinberg, A. D., & Minaker, K. L. (1995). Dehydration. Evaluation and management in older adults. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA,* 274(19), 1552-1556.

Tous droits réservés © Institut universitaire de gériatrie de Montréal / CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	CONSULTATION	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES
ÉLÉMENTS PHYSIQUES			
Assistance pour s'alimenter et/ou pour boire • Positionnement au lit ou à la table • Assistance à l'alimentation • Accès à de l'eau en tout temps	**Ergothérapie** si cela nuit à l'apport liquidien	**Évaluer l'apport liquidien** • Consigner TOUS les ingesta • Consigner TOUS les excreta • Noter tout changement de poids rapide	**Perfusion sous-cutanée/ intraveineuse** • Assurer le respect de : » Horaire et débit de perfusion •Effectuer le bilan ingesta/excreta **Alimentation entérale et parentérale** • Veiller au respect de : » Horaire d'alimentation/irrigation » Soins d'hygiène de la tubulure » Soins d'hygiène du site d'insertion » Date de péremption des formules nutritives • Effectuer le bilan ingesta/excreta • Vérifier les interactions médicamenteuses **Consultations spécialisées** • Appliquer les recommandations • Poursuivre les soins
Cavité buccale et déglutition • Hygiène buccale • Dysphagie	**Responsable(s) de la dysphagie** si jugé nécessaire		
Consommation alimentaire • < 75 % du plat principal (= possibilité d'apport nutritionnel insuffisant) • < 75 % de l'eau et des boissons servies (= possibilité d'apport hydrique insuffisant)	**Nutrition clinique** si jugé nécessaire	**Augmenter l'apport liquidien** • Horaire d'hydratation • Suppléments nutritionnels • Encouragements verbaux • Aides techniques • Consistances appropriées	
Administration de la médication • 125 à 250 ml d'eau à l'administration *per os* • Suppléments alimentaires en remplacement de l'eau	**Pharmacien** si jugé nécessaire		
ÉLÉMENTS PSYCHO-SOCIAUX ET HABITUDES DE VIE			
Restriction liquidienne • Restriction liquidienne (prescrite ou volontaire) • Paroles rassurantes quant aux risques d'incontinence urinaire	**Nutrition clinique** si jugé nécessaire		
Atteinte cognitive, de l'humeur, désordre neurologique • Encouragement à boire	**Professionnel de la santé concerné**		
ÉLÉMENTS ENVIRONNEMENTAUX			
Service alimentaire • Accessibilité de l'eau, des boissons et des aliments (hors repas) • Mets et boissons en provenance du domicile			
Unité de soins • Distribution d'eau/boissons à q quart de travail			

Tous droits réservés © IUGM / CSSS-IUGS