



Informazioni evidence based per la pratica della professione infermieristica

Idratazione per via orale nell'anziano

Questo numero di *Best Practice* si basa su una revisione sistematica pubblicata dal Joanna Briggs Institute intitolata "Idratazione per via orale nell'anziano".¹

I riferimenti bibliografici di questa pubblicazione sono gli stessi della revisione, disponibile on line all'indirizzo www.joannabriggs.edu.au.

Premessa

La disidratazione è lo squilibrio idroelettrolitico più comune dell'anziano. Uno studio condotto su anziani ospiti in casa di riposo e ricoverati in ospedale per disturbi acuti ha riscontrato una disidratazione nel 34% dei soggetti. Un altro studio ha trovato che il 23% dei pazienti con più di 70 anni ricoverati in ospedale era disidratato. Questi dati sono preoccupanti poiché la mortalità degli anziani ricoverati per disidratazione è intorno al 45-46%.

Non esiste una definizione universale e condivisa di disidratazione. Una definizione di lavoro è una perdita di peso rapida e superiore al 3%. La disidratazione è definita anche come un'alterazione nel rapporto tra acqua ed elettroliti che insorge per perdita di acqua o per perdita di sodio accompagnata da acqua. Spesso viene definita in termini biochimici come condizione nella quale l'osmolarità (vedi box "Definizioni") del sodio nel siero è uguale o superiore a 148 mmol/l o an-

cora il rapporto tra azotemia e creatinina è superiore o uguale a 25.

La disidratazione può essere: isotonica, ipotonica o ipertonica (vedi tabella 1 alla pagina seguente). La disidratazione ipertonica nelle persone anziane, se non ci sono altre ragioni di natura fisiologica, può essere un segno di scarso apporto di liquidi, anche per ragioni di negligenza.

Le persone anziane sono particolarmente suscettibili alla disidratazione a causa dei cambiamenti dovuti all'età. In alcuni anziani la perfusione renale e la sensibilità all'ormone antidiuretico (ADH) diminuiscono.

Inoltre il senso della sete è ridotto anche nelle persone anziane in buona salute. La diminuzione della mo-

➤ Fattori di rischio	2
➤ Valutazione	3
➤ Gestione dell'idratazione	4
➤ Raccomandazioni	5

bilità, la confusione mentale o la demenza e condizioni patologiche come l'ipertensione, disturbi cardiaci o renali, rendono gli anziani ancora più sensibili agli squilibri di liquidi ed elettroliti.

Anche se in numerosi articoli è stata discussa la gestione della disidratazione nelle persone anziane, non era ancora stata pubblicata una revisione sistematica. Questa revisione è stata progettata per identificare e riassumere le migliori ricerche disponibili su come mantenere l'idratazione per via orale nell'anziano.

Livelli della prova

Per la determinazione dei fattori di rischio sono stati inclusi solo studi di coorte e studi caso-controllo (livello III.2, vedi box "Livelli delle prove" alla pagina seguente).

Per la determinazione dell'efficacia dei protocolli di idratazione per bocca sono stati considerati solo gli studi randomizzati (livello II). In questa pubblicazione sono stati anche considerati studi sugli strumenti di valutazione. Tutte le altre informazioni incluse sono basate sull'opinione degli esperti del gruppo di revisione.

Definizioni

Osmole: numero di molecole contenute in un grammo-molecola di soluto non dissociato; per esempio: 1 grammo-molecola di NaCl (peso molecolare 58,5) equivale a 2 osmoli, perché il sale in soluzione si dissocia in Na⁺ (peso atomico 23) e Cl⁻ (peso atomico 35,5) e ogni particella in soluzione equivale a 1 osmole.

Osmolarità: concentrazione di soluto descritto in termini di osmoli per kg di acqua.

Osmolarità: concentrazione di soluto descritto in termini di osmoli per litro di acqua.

NOTA: in soluzioni diluite come il plasma, le differenze fra osmolarità e osmolarità sono inferiori all'1%.

TABELLA 1. Classificazione della disidratazione

Disidratazione	Descrizione	Possibili cause
Isotonica	<ul style="list-style-type: none"> ● perdita di sodio = perdita di acqua 	<ul style="list-style-type: none"> ● digiuno completo ● episodi di vomito o diarrea
Ipotonica	<ul style="list-style-type: none"> ● perdita di sodio > perdita di acqua ● sodio sierico > 135 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> ● uso eccessivo di diuretici
Iperotonica	<ul style="list-style-type: none"> ● perdita di sodio < perdita di acqua ● sodio sierico > 145 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> ● febbre ● diminuzione dell'assunzione di liquidi (casi iatrogeni) ● deprivazione di liquidi, possibile negligenza

Obiettivi

Gli obiettivi di questo numero di *Best Practice* sono descrivere i fattori di rischio più comuni per la disidratazione o la riduzione nell'assunzione di liquidi negli anziani e il miglior metodo per identificare e gestire gli anziani a rischio di disidratazione o di apporto inadeguato di liquidi. Abbiamo presunto che l'assunzione di liquidi non adeguata sia direttamente associata con il rischio di disidratazione, per questo l'abbiamo considerata come esito. Abbiamo considerato solo protocolli per la gestione dell'idratazione per bocca dato che la somministrazione di liquidi per via sottocutanea, endovenosa e con sondino nasogastrico sono meno comuni sul territorio o nelle case di riposo.

Fattori di rischio

Il primo passo per gestire la disidratazione nell'anziano è identificare le caratteristiche o i fattori associati a un più alto rischio di disidratazione o di inadeguato apporto di liquidi. I possibili fattori di rischio sono l'età, la mobilità e la capacità funzionale, il sesso, il calo della vista, la capacità comunicativa, l'incontinenza e il numero di volte in cui vengono offerti liquidi.

Età

L'effetto dell'età sul rischio di disidratazione varia e dipende da dove vive il paziente. In una casa di riposo i soggetti disidratati erano significativamente più anziani rispetto a quelli idratati. Al contrario in un dipartimento di emergenza non abbiamo trovato una differenza significativa nell'età tra soggetti disidratati e idratati.

Quando abbiamo considerato l'età come fattore di rischio, i risultati osser-

vati erano controversi. In un gruppo di ospiti in casa di riposo abbiamo rilevato una relazione inversa tra età e assunzione di liquidi, mentre in un altro gruppo di ospiti sempre in casa di riposo l'apporto di liquidi era simile in tutte le fasce d'età.

Mobilità e capacità funzionale

Gli ospiti in casa di riposo allettati sembrano molto più a rischio di disidratazione rispetto ai soggetti non allettati. È stato rilevato invece lo stesso apporto di liquidi negli anziani che hanno bisogno di assistenza durante i pasti e in quelli autonomi, mentre l'apporto di liquidi è inferiore in quelli solo in parte dipendenti durante i pasti. Il calo della vista è legato positivamente a un'adeguata assunzione di liquidi, perché il personale si preoccupa di più di dare da bere agli anziani con questo deficit. Ciò vale anche per i pazienti con difficoltà nel parlare o evidente scialorrea.

I pazienti più a rischio di disidratazione sono gli anziani solo in parte dipendenti che sembrano capaci di assumere liquidi ma che in realtà

non lo sono. Di contro, un'altra ricerca sui pazienti di un reparto di lungodegenza in un'unità psichiatrica e in una di geriatria ha suggerito una relazione inversa tra grado di dipendenza e assunzione di liquidi, cioè tanto più dipendenti sono gli anziani tanto minore è l'assunzione di liquidi.

Sesso

Non è ancora chiaro se il sesso sia un fattore di rischio di disidratazione o di diminuzione dell'assunzione di liquidi. Si sostiene che le donne ospiti in casa di riposo siano disidratate più spesso degli uomini, ma non ci sono le prove a sostegno di questa affermazione. Le donne ospiti in casa di riposo avevano maggiori probabilità di introdurre meno liquidi rispetto agli uomini. Al contrario, gli uomini fra i 68 e i 90 anni nelle unità di lungodegenza e di geriatria ricevevano un minore apporto di fluidi rispetto alle donne, mentre gli uomini di un reparto psichiatrico sembravano riceverne di più. Tuttavia queste differenze non sono significative.

Livelli delle prove²

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito:

Livello I	Prova ottenuta da una revisione sistematica di studi randomizzati, tutti rilevanti.
Livello II	Prova ottenuta da almeno uno studio randomizzato ben progettato.
Livello III-1	Prova ottenuta da studi ben progettati ma non randomizzati.
Livello III-2	Prova ottenuta da studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben progettati, preferibilmente condotti da più centri piuttosto che da un singolo centro o da un solo gruppo di ricerca.
Livello III-3	Prova ottenuta da serie di casi con o senza intervento. Risultati eclatanti in sperimentazioni non controllate.
Livello IV	Opinioni di esperti basate su esperienza clinica, studi descrittivi o relazioni di commissioni di esperti.

Incontinenza

Secondo uno studio condotto su anziani ricoverati in reparti di lungodegenza o ospiti in casa di riposo, l'incontinenza non è un fattore di rischio per la disidratazione lo è invece per la minore assunzione di liquidi. Sembra che la diminuzione dell'apporto di liquidi nei soggetti incontinenti sia una decisione cosciente per ridurre gli episodi di incontinenza.

Stato mentale

Lo stato mentale di anziani ricoverati è stato preso in esame come fattore di rischio per la disidratazione in un dipartimento di emergenza. I punteggi dello stato mentale erano inversamente proporzionali al grado di disidratazione. Quando si escludevano dagli studi i pazienti con stato cognitivo alterato si eliminavano anche molti pazienti disidratati.

I pazienti nei reparti di lungodegenza e classificati secondo una scala di valutazione cognitiva come confusi assumevano nelle 24 ore meno liquidi rispetto ai pazienti lucidi. In un altro studio, controllando per 3 giorni l'assunzione di liquidi e di cibo negli anziani ospiti in casa di riposo non si riscontrava alcuna relazione tra stato mentale e assunzione di liquidi.

Altri fattori di rischio

Studi osservazionali di piccole dimensioni hanno indicato altri fattori legata alla disidratazione o alla diminuita assunzione di liquidi: per esempio il numero di patologie, il numero di farmaci assunti, la frequenza dei pasti e l'istituzionalizzazione.

La presenza di più patologie o l'assunzione di più farmaci pone gli anziani ospiti in case di riposo a rischio di disidratazione. L'istituzionalizzazione è un fattore di rischio per la ridotta assunzione di liquidi: gli ospiti delle case di riposo assumevano meno liquidi rispetto agli anziani ospiti a casa.

Se i liquidi sono disponibili e accessibili, gli anziani e i pazienti ne assumono una maggiore quantità.

Altri possibili fattori di rischio per la disidratazione sono la difficoltà di mangiare o di bere, il vomito e la diarrea, le infezioni acute, le patolo-

gie multiple croniche, la depressione e la perdita di interesse nella cura della propria persona.

Sintesi dei fattori di rischio

Numerosi studi hanno suggerito fattori di rischio specifici per la disidratazione e per la ridotta assunzione di liquidi. Tuttavia molti risultati sono contraddittori, derivano da studi singoli di piccole dimensioni o si basano su opinioni di esperti.

Valutazione

Date le difficoltà nel definire i pazienti a rischio di disidratazione, si deve valutare se i pazienti assumono la quantità giornaliera raccomandata di liquidi e se hanno una idratazione adeguata.

Misurazione dell'assunzione di liquidi

Per determinare l'assunzione di liquidi negli ospiti delle case di riposo viene usato un modulo in cui si riportano i liquidi assunti e le eventuali situazioni che potrebbero compromettere l'assunzione.

Questo strumento ha dimostrato un buon tasso di affidabilità. Non è stata riportata la validità, la sensibilità e la specificità di questo strumento e quindi non è possibile raccomandarne l'uso. In base ai dati raccolti solo l'8% degli anziani rispettava o superava la quantità giornaliera raccomandata e la metà dei soggetti assumeva meno del 76% della quantità giornaliera raccomandata.

Quantità giornaliera raccomandata di liquidi

Dalle ricerche prese in esame emerge chiaramente che esistono molti metodi per definire la quantità giornaliera raccomandata di liquidi e di conseguenza la quantità considerata ottimale può variare. Per esempio, uno studio su anziani ospiti in casa di riposo ha confrontato la quantità di liquidi assunta con 3 parametri di quantità giornaliera raccomandata (vedi tabella 2) e ha rilevato che il quantitativo di liquidi assunto non era significativamente di-

verso da quello raccomandato dallo standard 1, ma era significativamente più alto di quello dello standard 2 e più basso rispetto allo standard 3.

E' stato anche osservato che alcuni pazienti ricevevano una importante porzione della quantità giornaliera raccomandata con l'assunzione dei farmaci.

Valutazione della disidratazione

Valutazione con scheda

Si può utilizzare una scheda che contenga sia l'anamnesi sia i cambiamenti recenti nello stato di salute, i liquidi introdotti e l'idratazione e gli eventi che aumentano il rischio di disidratazione. La scheda non identifica gli anziani disidratati, ma è utilizzata come strumento di screening per valutare la necessità di altre indagini. Non si fa riferimento all'affidabilità, specificità o sensibilità né viene reso disponibile il valore predittivo positivo o negativo e quindi l'uso di questo strumento non può essere raccomandato.

Umidità ascellare

Questo metodo determina l'umidità cutanea ed è stato confrontato con un metodo biochimico per la valutazione della disidratazione (rapporto azotemia/creatinina, osmolalità di urine e plasma). Nel 57% dei casi lo strumento dava risultati conformi tra gli osservatori. Tuttavia identificava solo metà dei soggetti disidratati e l'82% dei pazienti che non lo erano.

Pressione intraoculare

Non è stata identificata nessuna correlazione tra pressione intraoculare e cambiamenti della osmolalità plasmatica o azotemia.

Episodi febbrili

Uno o più episodi febbrili (temperatura rettale 38,3°) possono essere indicatori di disidratazione in atto o imminente.

TABELLA 2. Calcolo della quantità giornaliera raccomandata di liquidi

Standard	Quantità
1	30 ml/kg di peso corporeo
2	1 ml liquido/caloria consumata
3	<ul style="list-style-type: none">● 100 ml/kg per i primi 10 kg● 50 ml/kg per i successivi 10 kg● 15 ml/kg per il peso rimanente

Valutazione infermieristica e medica

Le caratteristiche di disidratazione individuate in un dipartimento di emergenza sono: lingua con solchi longitudinali, occhi infossati, secchezza delle mucose, debolezza dei muscoli della parte superiore del corpo, difficoltà di parola e confusione.

Una valutazione clinica, in parte basata su risultati di esami di laboratorio (per esempio la natriemia) può sovrastimare il numero di anziani disidratati.

Valutazione di laboratorio

L'accuratezza degli strumenti da usare al letto del paziente (come già

riportato) viene confrontata con uno o più parametri di laboratorio come gli elettroliti (o altri soluti) plasmatici o urinari.

Il parametro biochimico di riferimento varia da studio a studio. Nel confronto tra il peso specifico delle urine e test di laboratorio come l'ematocrito, l'osmolalità sierica, il rapporto azotemia/creatinina, solo quest'ultimo ha dimostrato di essere un indicatore accurato della disidratazione precoce.

Sintesi della valutazione della disidratazione

Segnare in cartella la quantità di liquidi assunti durante le 24 ore è il metodo in genere accettato per misurare l'assunzione di liquidi. Stabilire se l'assunzione di liquidi è adeguata dipende però dai valori di riferimento scelti. Bisogna ricordare che gli anziani ospiti in case di riposo assumono una proporzione importante di liquidi con i farmaci.

Gli strumenti utilizzati al letto del paziente per identificare la presenza o il rischio di disidratazione non sono accurati o sono male utilizzati.

I parametri di laboratorio sono ancora considerati il parametro di riferimento per la valutazione della disidratazione.

Gestione dell'idratazione

La posizione (seduta o in piedi) di chi alimenta o che dà da bere agli anziani completamente dipendenti in case di riposo non influisce in alcun modo sull'apporto di liquidi.

Uno studio ha riscontrato un miglioramento significativo nell'idratazione del paziente dopo la somministrazione aggiuntiva di una soluzione idratante per bocca (vedi tabella 3) per raggiungere la quantità giornaliera raccomandata; il miglioramento è stato valutato sulla base di esami di laboratorio. Come anche l'idratazione (valutata secondo il peso specifico delle urine) aumenta negli ospiti non deambulanti in case di riposo ai quali durante la giornata veniva dato un bicchiere d'acqua ogni 90 minuti rispetto ai soggetti che ricevevano la normale assistenza.

Bibliografia

- 1 Hodgkinson B, Evans D e Wood J. Maintaining oral hydration in older people. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2001 Systematic Review No. 12.
- 2 Sulla base dei livelli codificati in: National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. 1999, Appendice B.

TABELLA 3. Composizione di una soluzione reidratante per bocca (237 ml)

Contenuto	Quantità
Calorie	70
Proteine	0 g
Carboidrati	17 g
Lipidi	0 g
Calcio	10 mg
Magnesio	6 mg
Sodio	50 mg
Potassio	45 mg
Cloro	80 mg

RACCOMANDAZIONI ►

Raccomandazioni

- 1 Non c'è una chiara determinazione dei fattori di rischio per la disidratazione e la riduzione dell'assunzione di liquidi; per questo sono necessari studi.
- 2 Gli anziani totalmente dipendenti sono a rischio più alto di disidratazione, neanche i pazienti solo in parte dipendenti dovrebbero essere controllati per garantire un'adeguata assunzione di liquidi (livello III.2).
- 3 Non c'è una quantità standard da assumere quotidianamente, il quantitativo per assicurare un'adeguata idratazione in un soggetto anziano non dovrebbe essere inferiore a 1.600 ml/24 ore (livello IV).
- 4 Il metodo migliore per controllare l'assunzione quotidiana di liquidi è una scheda in cui viene registrata la quantità di liquidi introdotti (livello IV).
- 5 Il metodo più semplice e accurato per determinare lo stato di idratazione del paziente può essere il peso specifico delle urine (livello III.2).
- 6 La presenza di mucose secche, lingua con solchi, occhi infossati, confusione e debolezza dei muscoli della parte superiore del corpo può indicare una disidratazione (livello III.3).
- 7 Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare il migliore metodo non invasivo per tenere idratate le persone anziane. L'offerta di liquidi a tempi prestabiliti agli anziani allettati può garantire un adeguato livello di idratazione (livello II).
- 8 Far assumere liquidi quando si somministrano farmaci è una delle modalità consigliate per aumentare l'idratazione (livello IV).

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.

www.joannabriggs.edu.au ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881

Pubblicato da Blackwell Science-Asia

Questa serie di *BestPractice* è distribuita in collaborazione con:



Blackwell
Science
Asia

Le procedure descritte in *BestPractice* devono essere usate solo da personale esperto. L'applicabilità di ogni informazione deve essere valutata caso per caso. E' stata posta molta attenzione nell'assicurare che questo numero di *BestPractice* consideri tutte le ricerche disponibili e l'opinione di esperti; è esclusa ogni responsabilità in caso di danni, costi o spese subite o incorse come conseguenza dell'utilizzo delle procedure qui discusse.

Ringraziamenti

La revisione sistematica è stata condotta sotto la guida di un gruppo di esperti che ha svolto un ruolo di consulenza durante il processo di revisione. I membri del gruppo di revisione sono: Bronwyn Jones, Julie Devey, Margaret McLean, Hillary Spacey, Sam Goodes, Viv Turner, Raquel Kneebone.

Il Joanna Briggs Institute ringrazia per la consulenza durante la conduzione della revisione.

Per la versione italiana:

Traduzione a cura di: Paolo Baldazzi

Centro studi Evidence based nursing

Azienda ospedaliera universitaria di Bologna –
Policlinico S. Orsola Malpighi, www.evidencebasednursing.it
Redazione:

Zadig srl, via Calzecchi 10, 20133 Milano, www.zadig.it

e-mail: segreteria@zadig.it – tel.: 02 7526131 – fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Redazione: Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona