

Dehydratatie

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 2

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in drie delen:

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 2 bij de Dehydratatie-CAP.
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens dienen ondernomen te worden (overzichtsschema en uitwerking per stap).

Deze informatie print u best in zijn geheel uit. De mogelijkheid bestaat om bijkomende literatuur te raadplegen.

I Betekenis

De **Dehydratie-CAP wordt geactiveerd met code 2 (hoog niveau van dehydratie)**. Dit betekent dat er bij deze cliënt sprake is van een dehydratie en/of een verstoorde vochtbalans, waardoor hij/zij **minstens één** van de onderstaande kenmerken vertoont:

- Uitdroging
- Inname van minder dan 1 liter vocht per dag

EN

Waarbij de cliënt eveneens minstens één van de onderstaande kenmerken of symptomen vertoont:

- Gemakkelijk afgeleid (Veranderd gedrag);
- Periodes van een veranderde gewaarwording of een veranderd bewustzijn (Veranderd gedrag)
- Periodes van verwarde spraak (Veranderd gedrag)
- Mentale toestand schommelt in de loop van de dag (Veranderd gedrag)
- Duizeligheid, verstopping, koorts, overgeven of diarree
- Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen

Aangezien deze CAP wordt geactiveerd met code 2, wordt het behandelen en rehydrateren van de cliënt als doelstelling vooropgesteld. Tevens is het belangrijk dat de secundaire klinische problemen worden opgelost of op zijn minst onder controle worden gehouden.

In de VS omvat deze groep ongeveer 2% - 6% van de ouderen in een RVT, 10% van de ouderen in de thuiszorg en minder dan 1% van de zelfstandig wonende ouderen.

II Probleemstelling

Normaal gezien houdt het lichaam een bepaalde hoeveelheid vocht vast in de cellen en het vasculaire systeem. Daarvoor is echter een evenwicht nodig tussen de hoeveelheid vocht die opgenomen wordt en de hoeveelheid vocht die via de nieren, transpiratie of ontlasting uitgescheiden wordt. Dehydratatie treedt op wanneer de uitscheiding groter is dan de opname.

Een lichamelijk onderzoek kan uitmaken of er bij een cliënt al dan niet sprake is van dehydratatie. Bij ouderen is het doorgaans onverstandig om de graad van dehydratatie vast te stellen aan de hand van 'skin tenting' [1] of de droogheid van de mondslimvlies. Laboratoriumonderzoek geeft vaak een belangrijke indicatie van de aanwezigheid van dehydratatie. De BUN (bloed ureum stikstof)/creatinine ratio is bijna altijd hoger dan ongeveer 25 en de hemoglobineconcentratie in het bloed kan stijgen. Daar het lichaam gewoonlijk meer water dan zout verliest, neemt ook het natriumgehalte in het bloedserum in de meeste gevallen toe. Een behoorlijk ernstige graad van dehydratatie kan leiden tot een daling van de bloeddruk en een daarmee gepaard gaande versnelling van de hartslag.

Dehydratatie wordt geassocieerd met een lange lijst van medische aandoeningen, zoals gastro-enteritis, diarree, infecties, nierziekten en overmatig gebruik van diuretica. Bij heel warm weer kunnen ouderen gedehydrateerd raken doordat ze niet genoeg vocht opnemen. Afhankelijk van de oorzaak en de ernst van de dehydratatie kan het nodig zijn om vloeistof via een orale of intraveneuze weg toe te dienen. Controle van het natrium- en kaliumgehalte in het serum en de nieractiviteit is vaak vereist.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- De onderliggende oorza(a)k(en) van dehydratatie identificeren en behandelen.
- De cliënt opnieuw rehydrateren, waarbij het verloop van de behandeling afhangt van de ernst van de dehydratatie.
- Een geschikte methode van controle en laboratoriumonderzoek ontwikkelen die herstel verzekert.
- Secundaire complicaties voorkomen (hypotensie, valincidenten, delier, constipatie).
- Degenen voor wie een behandeling hoofdzakelijk ondersteunend is stimuleren.

Bronnen en aanvullende literatuur

- InterRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - National Institute for Health and Clinical Excellence Quick Reference Guide, February 2006. Oral Nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition.
http://guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8739#s24
 - Fish LC, Davis KM, Minaker KL. Dehydration. In Morris JN, Lipsitz, LA, Murphy, KM, and Belleville-Taylor, P. (Eds). Quality Care in the Nursing Home. Mosby, St. Louis, MO, 1997. Note: this chapter provides a comprehensive approach to assessment and management of dehydration in the nursing home. Case examples are presented.
 - Menten J and Buckwalter K. Getting back to basics. Managing hydration to prevent acute confusion in frail elders. *Journal of Gerontological Nursing* 1997; 23 (10), 48-51.
 - Menten, JC. (1998). Hydration Management Research-Based Protocol. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core. Note: this protocol provides helpful information for developing a comprehensive care plan for persons with dehydration
(www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_interventions/index.htm).
 - Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* 2000; April 15;61(8):2453-62.
 - Weinburg A, Pals J, Levesque P, Beals L, Cunningham T, Minaker K. (1994). Dehydration and death during febrile episodes in the nursing home. *JAGS* 1994; 42, 968-971.
 - Weinburg A, Minaker K, & The Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1995). Dehydration. Evaluation and management in older adults. *JAMA* 1995; 274, 1562-1556