

## L'ipodermoclisi

Renzo Bagarolo

Direzione Sanitaria Istituto Piccolo Cottolengo don Orione - Milano

**L**a somministrazione di liquidi e terapia per via sottocutanea (ipodermoclisi) ha sempre trovato molta resistenza e difficoltà ad affermarsi nella pratica quotidiana degli operatori sanitari, nonostante la evidente praticità di somministrazione e la maggior tollerabilità del paziente. Il motivo di ciò è sfuggente e non sempre dichiarato.

Che vi sia a monte un pregiudizio infondato o un difetto di cultura assistenziale?

La pratica dell'ipodermoclisi ha trovato negli anni e trova ancora un grande ostracismo soprattutto in ambito di cura e gestione delle acuzie (ad es. ospedale). Se ciò può trovare una ragione nelle procedure di corretta pratica nella gestione delle urgenze e delle acuzie, questa ragione non può essere addotta per la gestione del paziente in condizione di sub-acuzie o cronicità. Diversi lavori apparsi in letteratura negli ultimi anni tendono a indicare l'ipodermoclisi come pratica da rivalutare e privilegiare nella supplementazione di liquidi nel paziente cronico o terminale ed in situazioni di disidratazione lieve-moderata nell'anziano "fragile" (Dasgupta et al., 2000). In particolare, questo vale per ambiti diversi da quelli ospedalieri come le residenze riabilitative o di lungodegenza, l'hospice e le cure domiciliari (Huang e Judith, 2000).

### DEFINIZIONE

L'ipodermoclisi è una tecnica di somministrazione sottocutanea di liquidi ed in qualche caso farmaci (oppioidi).

### SEDE

Le sedi di infusioni preferibili sono quelle con maggior drenaggio e miglior assorbimento come le cosce, i quadranti inferiori dell'addome, l'area interscapolare e sottoclavicolare, da evitare invece sono le braccia e la zona ascellare <http://www.geriatria.unimo.it/ipodermo.htm>.

### MODALITÀ

Garantire l'asepsi della manovra tramite sterilizzazione della zona cutanea, inserire l'ago-cannula (21-25 G butterfly) con un angolo di circa 45° (meglio pinzare con le dita la plica sottocutanea), fissare l'ago-cannula con cerotto ed un eventuale bendaggio della zona in modo da permettere di vedere la cute sottostante (eventuale comparsa di segni di irritazione locale). Ogni sito di iniezione può essere mantenuto per 48-72 ore. La velocità di infusione può variare da 60 a 100 ml/h. È quindi possibile somministrare 1,5 lt. nelle 24 h in ogni sito di applicazio-

ne, non più di 3 lt. nelle 24 h in due siti differenti tenendo sempre presente la possibilità di un eccessivo apporto idrico. La durata di somministrazione può giungere anche ad una decina di giorni.

Si possono somministrare soluzioni iso-ipotoniche (0,9% o 0,45% di sodio cloruro), destrosio al 5% (meglio se in associazione a 1/3 di soluzione salina per evitare un eccessivo richiamo di fluidi e indurre ipovolemia). È possibile infondere fino a 40 mEq/l di potassio cloruro. È stato dimostrato che la somministrazione sottocutanea di amminocidi aumenta la loro concentrazione plasmatica in modo simile alla loro somministrazione parenterale. Non è idonea all'infusione di colloidi.

### INDICAZIONI

Idratazione in situazione di disidratazione lieve-moderata, supplementazione di liquidi in caso di febbre, infezioni, assunzione insufficiente o rischiosa (disfagia, demenza e presenza di disturbo comportamentale, stato terminale), terapia del dolore (oppioidi).

### VANTAGGI

L'ipodermoclisi, quando ben gestita, si è dimostrata ugualmente efficace e meno invasiva rispetto alle infusio-

ni per via venosa, è meno dispendiosa e richiede una minima sorveglianza (può essere gestita anche da personale paramedico non altamente specializzato), è meglio tollerata dal paziente (minor ricorso alla contenzione e minore immobilizzazione), induce minor rischio di sovraccarico cardiocircolatorio.

In particolare, permette una somministrazione di liquidi nelle situazioni peculiari in cui non è possibile effettuare terapia endovenosa periferica o centrale.

## LIMITAZIONI

L'ipodermoclisi non può essere utilizzata in condizioni di emergenza o acuzie (shock, ipovolemia, disidratazione grave, terapia intensiva), non è indicata in caso di grave ipoalbuminemia, insufficienza renale acuta, stato di eccessiva ritenzione di liquidi o con necessità di introduzione controllata di liquidi.

## EFFETTI AVVERSI

I più comuni da considerare sono le reazioni cutanee locali (edema locale, infiammazione, cellulite, necrosi tissutale), non accettabilità da parte del paziente con aumento dello stato di agitazione, possibili episodi di sovraccarico di liquidi, alterazioni del quadro elettrolitico (iponatriemia).

Queste situazioni sono facilmente rimediabili tramite massaggio locale, riduzione della velocità di infusione, diversificazione della sede di infusione (Apostoli e Zanetti, 2003).

## CONCLUSIONI

L'utilizzo dell'ipodermoclisi dovrebbe essere implementato nelle cure a lungo termine, in condizioni di sub-acuzie e cronicità, sia all'interno delle strutture residenziali che al domicilio.

Vi sono dati di evidenza in letteratura che ne stabiliscono efficacia, sicurezza, tollerabilità e praticità; l'ipodermoclisi può essere considerata a tutti gli effetti una valida alternativa alla via endovenosa in situazioni clinico-assistenziali molto frequenti nell'anziano "fragile", nel paziente cronico e terminale.

## BIBLIOGRAFIA

- Apostoli A., Zanetti E.: *L'idratazione nel paziente geriatrico: il confronto tra l'ipodermoclisi e l'infusione endovenosa di liquidi. I risultati di uno studio randomizzato.* Geriatric Nursing, 3 2, 2003.
- Dasgupta M., Binns M.A., Rochon P.A.: *Subcutaneous Fluid Infusion in a Long-Term Care Setting.* JAGS, 48: 795-799, 2000.
- <http://www.geriatria.unimo.it/ipodermo.htm> (Luglio 2003)
- Huang Z.B., Judith C. Ahronheim: *Nutrition and Hydration in terminally ill patients (An Update).* Clinics in Geriatric Medicine, 16(2):313-323, 2000.