



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Volume 11
Issue 2
2007
ISSN: 1329-1874

Traduzione a cura
Virna Bui
Collaboratrice centro
EBN - Direzione
Servizio
Infermieristico e
Tecnico
Azienda Ospedaliera
di Bologna –
Policlinico S.Orsola-
Malpighi
Via Massarenti, 9 -
40138 Bologna, Italia

Efficacia degli interventi in ambito ospedaliero per i pazienti anziani malnutriti

Implicazioni per la pratica

- Si è trovato che i supplementi orali portano ad un aumento di peso e aumentano la massa corporea magra (misurata attraverso la circonferenza dei muscoli del braccio) nei pazienti anziani malnutriti o denutriti (**Grado A**)
- L'assicurarsi che l'intervento nutrizionale prescritto sia implementato, è cruciale per garantire outcome positivi (**Grado B**)
- Non è appropriato utilizzare l'albumina sierica e la pre-albumina per monitorizzare l'efficacia degli interventi nutrizionali (**Grado A**)
- Sono strategie riconosciute per migliorare l'alimentazione incoraggiare i pazienti a consumare i cibi e le bevande fornite, assisterli quando necessario e monitorizzare attivamente quanto introdotto (**Grado C**)
- È importante richiedere consigli ai servizi nutrizionali, se presenti, prima possibile (**Grado C**)
- C'è bisogno di intraprendere ricerche di alta qualità che esaminino interventi specifici relativi alla pratica e agli interventi infermieristici (**Grado B**)

Fonte di informazione

Questo foglio di informativo di Best Practice è basato su una sintesi delle evidenze delle ricerche pubblicate da Blackwell Publishing Asia e condotte dal Centro Australiano per l'evidenza della Nutrizione e Dietetica.¹ Le principali fonti bibliografiche sono disponibili su www.blackwell-synergy.com e nel sito www.joannabriggs.edu.au per i membri del Joanna Briggs Institute

Background

Nella pratica sanitaria oggi, la denutrizione e la malnutrizione nei pazienti anziani ospedalizzati, rappresenta un problema diffuso, con gravi conseguenze per la salute stessa. Componenti psico-sociali possono contribuire ad una nutrizione inadeguata od insufficiente nella popolazione anziana.² Molti pazienti anziani vivono con un reddito fisso, hanno un approvvigionamento alimentare difficoltoso (isolamento sociale), scarse conoscenze di principi di nutrizione oppure sono dipendenti da terzi (accompagnatori od istituzioni sociali) per la preparazione dei cibi. Possono inoltre soffrire di depressione, demenza senile oppure alcolismo. Tuttavia la malnutrizione non viene considerata nel trattamento dei pazienti anziani ospedalizzati. È ormai comprovato che questa condizione patologica può ritardare

la guarigione e diminuire la resistenza alle complicazioni. In effetti numerosi studi hanno dimostrato l'esistenza di strette correlazioni tra malnutrizione ed aumento della durata della degenza ospedaliera, della maggiore morbilità e mortalità. I pazienti anziani denutriti consultano più frequentemente il medico di base, vengono ricoverati più frequentemente e per periodi più lunghi, con tassi maggiori di complicazioni e mortalità. Nei pazienti geriatrici, i disordini nutrizionali possono essere causati da numerosi fattori intrinseci ed estrinseci. Malattie acute e croniche possono favorire la denutrizione: diabete, neoplasie, malattie da malassorbimento, malattie cardiovascolari, insufficienza renale, malattie polmonari croniche ostruttive e quelle condizioni associate all'aumento dei fattori della necrosi tumorale o della cachessia.

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle raccomandazioni sono basati sui Gradi di Efficacia sviluppati dal JBI nel 2006⁴

Grado A: Forte supporto che merita applicazione

Grado B: Moderato supporto che autorizza il considerarne l'applicazione

Grado C: Non supportato

Definizioni

In questo foglio informativo sono state utilizzate le seguenti definizioni:

ADL- attività di vita quotidiana

AMC- circonferenza del muscolo del braccio- misurata dal MAC e TSF

BMI- indice di massa corporea – peso(kg)/altezza(m²)

LOS- durata della degenza

MAC- circonferenza del braccio nel punto medio, misurata in centimetri al punto medio tra la spalla ed il gomito

Integratori Orali- prodotti nutrizionali specifici assunti per via orale, contrapposti a quelli somministrati per via enterale o parenterale. Sono principalmente sotto forma di bevande ma anche di speciali dessert

TSF- plica cutanea ai tricipiti, misurata al punto medio tra la spalla ed il gomito

La demenza senile rappresenta una causa comune di malnutrizione, così come gli effetti collaterali di farmaci come la digossina ed alcuni anti-depressivi. Inoltre la disgeusia (deterioramento o disfunzione del gusto) può essere provocata da farmaci (es: anti-istaminici, ace-inibitori, insufficienza di zinco e litio), così come da fisiologico decadimento del gusto ed dell'olfatto in età geriatrica. Malattie infiammatorie intestinali, insufficienza pancreatica, ed enteropatia da glutine possono essere causa di malassorbimento. Altri fattori che contribuiscono ad uno stato di malnutrizione nell'anziano sono stati individuati nei difetti di dentatura, protesi dentarie mal confezionate, secchezza delle fauci, indebolimento o alterazione della vista. Cause meno comuni sono rappresentate dai disordini endocrini (es: tireotossicosi oppure diabete mellito non controllato).

Caratteristiche degli studi

Sono stati considerati 29 studi per un totale di 4021 partecipanti, reclutati fra pazienti geriatrici (dai 65 anni e più) ricoverati in ospedali per acuti o subacuti. Le caratteristiche dei pazienti includevano pazienti classificati come malnutriti, gruppi di soli uomini o donne, coloro che avevano subito uno stroke oppure fratture. 18 studi erano RCT, 2 con disegno pre-post test, 3 erano serie di casi, 3 studi cross-over e 3 non RCT. Il periodo tra il ricovero e la dimissione superava i 3 giorni. Quando il range dell'età stabilita era inferiore a questo criterio ma lo studio si svolgeva in un reparto geriatrico, i partecipanti venivano inclusi in quanto la maggioranza aveva 65 anni o più. Vennero escluse le case di riposo ed i ricoveri brevi.

Furono identificati 9 tipi di interventi specifici per ridurre al minimo lo stato di malnutrizione:

- attività di assistenza alimentare
- azioni infermieristiche
- azioni mediche
- azioni dietetologiche
- azioni dell'assistente dietologo/assistente nutrizionale/aiutante sul campo
- azioni di terapia occupazionale (ergoterapia)
- azioni di logopedia
- azioni di assistenza domiciliare
- azioni di volontariato.

La durata di questi interventi variava tra i 3 giorni ed i 6 mesi.

Qualità della ricerca

La maggioranza degli studi rispettava un corretto follow-up, cioè più dell' 80% dei pazienti reclutati aveva un follow up adeguato. Tre studi avevano 8 dei 10 requisiti di verifica ma nessun studio li rispettava tutti. Gli studi erano RCT e non-RCT, riducendo così il numero degli studi che potevano avere una randomizzazione e la cecità. Comunque gli studi non-RCT furono inclusi in quanto utili nell'apprendimento di nuove

terapie e nel miglioramento delle condizioni di malnutrizione e denutrizione dei pazienti geriatrici.

Risultati degli studi

Le 5 categorie di interventi che risultavano effettivamente efficaci sono stati:

- Integratori orali
- Nutrizione enterale
- Variazioni del menu ospedaliero
- Aumento del personale di supporto
- Implementazione di linee guida.

Le conclusioni principali identificarono che il miglioramento significativo dello stato nutrizionale dei pazienti geriatrici veniva conseguito in seguito all'assunzione di integratori orali con un miglior controllo del peso corporeo e delle masse muscolari delle braccia. Il numero dei partecipanti nei vari studi variava: nel gruppo di intervento con integrazione orale da 20 a 672, nella nutrizione enterale da 206-400, e nelle variazioni del menu ospedaliero da 10-88 persone.

Integrazione orale

Mentre una somministrazione di supplementi per via orale non porta ad un significativo aumento dei tassi sierici di albumina e di pre-albumina e sulla diminuzione della durata dei ricoveri e della mortalità, vi è una forte evidenza che il peso corporeo e la circonferenza del braccio migliorano significativamente quando vengono somministrati rispetto all'assistenza routinaria. Ciò è stato confermato in 8 su 9 RCT dove si assiste ad un aumento significativo del peso corporeo nel gruppo in trattamento.

In uno dei 2 studi che considerava il BMI come misura di outcome, si è rilevato un suo significativo aumento nel gruppo dei trattati nel post-intervento. Rispetto alla circonferenza del braccio, 8 RCT la consideravano come misura di outcome, e 6 di essi sono stati inclusi in una meta-analisi: questa ha evidenziato un netto miglioramento dell'AMC in tutti i gruppi indagati, con un incremento più importante nel gruppo trattato alla 4 e 8 settimana. In 2 studi RCT, l'integrazione orale non sembra avere alcun rapporto con il MAC. Parimenti in 8 studi che consideravano il TSF come outcome primario, solamente 1 RCT evidenziava una differenza significativa alla 8 settimana nel gruppo in trattamento, con un incremento maggiore dello spessore della plica cutanea nel gruppo in trattamento. Nei 3 studi che valutavano la forza della stretta di mano come outcome principale, le evidenze sono promettenti con 1 studio che riportava un aumento significativo della forza della stretta di mano durante la 12, ed ultima, settimana di trattamento. Da ultimo, nei 2 RCT sulla prevalenza della malnutrizione come outcome, 1 riportava una riduzione molto maggiore del numero dei partecipanti classificati come malnutriti dopo l'intervento nutrizionale per via orale nel gruppo in trattamento.

Nutrizione enterale

Considerando i 6 studi focalizzati sulla nutrizione enterale, 5 avevano instaurato una terapia nutrizionale via sondino nasogastrico notturna, con regolare regime dietetico durante il giorno. La quantità di energia somministrata per via enterale variava tra le 1000 e le 1500 Kcal aggiunte giornalmente. 2 studi modificavano la quantità introdotta per via enterale in relazione all'assunzione calorica durante il giorno, fino a fornire 2888 Kcal al giorno per via enterale. 4 studi descrissero un aumento dell'assunzione di energia totale nel gruppo di

intervento rispetto ai controlli. Nei 2 studi che misurarono il peso come outcome, 1 RCT registrò un aumento significativo del peso corporeo nel gruppo di trattamento dei "molto magri" rispetto al controllo. Nessuna differenza di peso corporeo nelle altre categorie dei gruppi. Comunque questo tipo di intervento ha evidenziato solamente un relativo o persino nessun miglioramento nei confronti di MAC, TSF, albumina e pre-albumina sierica. L'efficacia di questo intervento è ulteriormente messa in dubbio dai miglioramenti non registrati nei gruppi di trattamento riguardo LOS, mortalità e ADL versus i rispettivi gruppi di controllo.

Variazioni del menu ospedaliero

Vi furono 4 studi che cercavano di migliorare la salute dei partecipanti con assunzione di pasti iperproteici ed ipercalorici; migliorando con additivi naturali il gusto dei menu ospedalieri, aggiungendo snacks pomeridiani in sostituzione ai dessert e una dieta solida altamente energetica. Per tutti questi studi l'assunzione dietetica era l'outcome di riferimento e tutti gli studi riportavano un alta assunzione energetica come parte del trattamento ma nessuno aveva significatività. In uno di questi studi è stato misurato l'aumento del peso corporeo che si è dimostrato significativo nel gruppo in trattamento dall'inizio fino alla terza settimana; dall'inizio alla sesta settimana, e durante l'intero periodo di trattamento di 6 settimane.

Aumento del personale di supporto

Nell'unico studio effettuato con questo intervento, un operatore di supporto è stato in grado di riconoscere i partecipanti con ridotto apporto calorico e/o altri fattori di rischio di malnutrizione. Alla fine questa persona ebbe la capacità di pianificare l'assistenza per trattare i fattori di rischio dei partecipanti aiutandoli inoltre ad alimentarsi, offrendo bevande e merende.

Attuazione di screening nutrizionali, valutazione della nutrizione o stesura di specifiche linee guida gestionali

Mentre non vi fu consenso su nessuno dei parametri studiati (per esempio peso corporeo, valore di pre-albumina, LOS, mortalità, prevalenza di malnutrizione e ADL), in 3 studi non-RCT che esaminarono l'attuazione di linee-guida, il gruppo per lo sviluppo di linee-guida palesò miglioramenti: 1 studio indicò un importante aumento del peso corporeo; 2 studi misero in evidenza una diminuzione di LOS, uno dei quali in modo statisticamente significativo; ed infine 1 studio segnalò una percentuale notevolmente ridotta di soggetti malnutriti alla dimissione ospedaliera. Comunque non si trovò uniformità nelle procedure esaminate tra tutti gli studi.

Conclusione

L'integrazione orale ha dimostrato giocare un ruolo importante nel ridurre al minimo la denutrizione o malnutrizione che il paziente geriatrico può manifestare durante un ricovero ospedaliero. Hanno un rilievo positivo comunque tutti i tipi di interventi che portano ad un miglioramento della dieta ospedaliera e agli aiuti all'assunzione di cibo in reparto. Il ruolo dell'infermiere appare assolutamente fondamentale nel garantire che venga effettivamente effettuato il piano di intervento prefissato.

Tabella 1: Consigli pratici che possono favorire l'assunzione di supplementi orali

Azione	Razionale
Assicurarsi che ogni tipo di supplemento orale sia somministrato ad una temperatura adeguata	I pazienti fanno fatica ad assumere gli integratori ad una temperatura inadeguata. È difficile assumere integratori in una stanza a temperatura ambiente quando questi sono predisposti per essere serviti freddi. Altri pazienti possono aver difficoltà ad assumere integratori freddi.
Assicurarsi che i supplementi orali siano confezionati in modo tale da poter essere aperti dal paziente	Alcuni supplementi sono confezionati in lattine e tetrapak e possono essere difficili da aprire. Alcuni hanno cannuccie che devono essere utilizzate per pungere la confezione, altri hanno lembi da strappare che richiedono l'uso di entrambe le mani. Molti integratori non vengono usati per queste ragioni.
Monitorare l'assunzione prescritta di supplementi	Un monitoraggio attivo fatto in modo formalizzato, può identificare una riduzione di assunzione a uno stadio precoce diminuendo così le possibilità di cronicizzarla.
Consigliare una assunzione di supplementi "a piccole dosi"	Molti pazienti trovano difficoltosa l'assunzione di grandi quantità di supplementi: fornire i supplementi in piccole quantità si è dimostrato essere utile ad aumentare il consumo.
Considerare i supplementi come parte integrante del protocollo terapeutico	Ci sono state numerose segnalazioni positive nei confronti dell'assunzione di supplementi consegnati insieme alla terapia farmacologica.
Porre particolare attenzione ad una frequente assunzione di cibo	Usare merende gradite al paziente, tipo quelle usate in quella località, può aumentare l'apporto proteico e energetico come ad es. snack, panini, bevande a base di latte....
Servire bevande nutrienti dopo il pasto serale	Spesso trascorrono molte ore tra la cena e la colazione mattutina successiva: includere una bevanda nutriente può aumentare l'assunzione di supplementi per via orale

La Tabella 1 (sopra) è stata redatta dagli autori della revisione basandosi sull'opinione di esperti

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato prodotto dall'istituto Joanna Briggs con il Centro australiano per la Nutrizione e Dietetica basata su prove di efficacia, Università di Newcastle, con la collaborazione di un collegio di esperti:

Sandra Capra, Professor and Head, School of Health Sciences, Faculty of Health, University of Newcastle, NSW, Australia

Clare Collins, Senior Lecturer in Nutrition and Dietetics, School of Health Sciences, Faculty of Health, University of Newcastle, NSW, Australia

Marianne Lamb, Professor and Graduate Co-ordinator, School of Nursing, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

Dawn Vanderkroft, BSc, Nutrition Services and Library Services, Central Coast Health, Gosford, NSW, Australia

Sally Wai-chi Chan, Professor, The Netherlands School of Nursing, The Chinese University of Hong Kong, Shatin, New Territories, Hong Kong

In addition this Best Practice information sheet has been reviewed by nominees of International Joanna Briggs Collaborating Centres in Australia, Saudi Arabia, United Kingdom and United States of America.

References

- Vanderkroft D, Collins CE, Fitzgerald M, Lewis S, Capra S. Minimising undernutrition in the older patient. *Int J Evid Based Healthc* 2007; 5(2): 56-136.
- Palmer, RM. Management of Common Clinical Disorders in Geriatric Patients: Malnutrition. *Medscape Today*, 7 June 2006 [online]. URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/534768>. Originally published in APC Medicine Online.
- The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php#B>

- Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.



• The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au

• Published by
Blackwell Publishing 

*The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of Best Practice summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.



Questo foglio informativo di Best Practice presenta le migliori prove di efficacia su questo argomento. Le implicazioni per la pratica sono redatte con l'auspicio che il personale sanitario le utilizzerà tenendo in considerazione il proprio contesto, le preferenze del paziente e il loro giudizio clinico.⁴

tl