Nurses for EXPO

Convegno nazionale 9 e 10 Ottobre 2014

Auditorium della casa del giovane, via Gavazzeni 13 Bergamo

"Il ruolo degli infermieri a favore dell'alimentazione e della salute: alcune esperienze e dati italiani"

Relazione di Annita Caminati e Marina Zoli:

La prevenzione della malnutrizione in ospedale, i risultati di uno studio sperimentale non controllato; Studio "For.Ma".

E' ormai accertato che la malnutrizione nelle strutture sanitarie è un problema reale, molto spesso non riconosciuto o sottovalutato dalle organizzazioni, come confermano i vari studi condotti a partire dagli anni '70 ad oggi.
I pazienti ospedalizzati sono a rischio di malnutrizione per motivi legati alla patologia, alle sue conseguenze, alla difficolta' ad alimentarsi per alterazioni dell'appetito, del gusto, dell'olfatto, alle terapie farmacologiche, chemioterapiche e per tantissimi altri motivi che, sommati alla scarsa percezione del problema da parte del personale sanitario, genera una vera e propria condizione che si può definire "*malnutrizione correlata alla malattia".*
La malattia infatti favorisce l'insorgenza della malnutrizione o se già presente la aggrava, e la malnutrizione influisce negativamente sulla guarigione della malattia stessa.
Questa interazione genera un circolo vizioso che se non viene intercettato ed interrotto, porta a peggiorare il quadro clinico del paziente con importanti ripercussioni sugli esiti, quali aumentata vulnerabilita' del paziente alle complicanze, allungamento dei tempi di guarigione, aumento di durata della degenza, aumento di morbilita' e mortalita'. Tutti questi fattori influiscono non solo sul peggioramento generale dello stato di salute della persona, ma contribuiscono anche ad aumentare l'onere economico delle aziende con relativo spreco di risorse pubbliche.

Nella nostra organizzazione erano presenti delle lacune in merito all'attenzione sull'aspetto nutrizionale dei pazienti, documentate nei risultati di un AUDIT clinico eseguito nel 2011 che aveva come obiettivo quello di valutare l'approccio nutrizionale dei professionisti nei confronti dei pazienti con lesione da pressione.
Tale studio era stato realizzato attraverso un'indagine retrospettiva della documentazione clinica, raccogliendo informazioni sulla presenza di alcune variabili prese come indicatori dell'effettiva valutazione nutrizionale dei pazienti. I risultati dello studio avevano evidenziato che:

- solo sul 10-15% dei pazienti erano stati rilevati gli indici antropometrici;
- solo sul 20% dei pazienti con lesioni da pressione erano stati utilizzati gli integratori alimentari;
- la presenza del diario alimentare era stata rilevata solo sul 35% dei pazienti esclusivamente sottoposti a nutrizione artificiale;
- la rilevazione della protidemia era stata richiesta solo sul 50 % dei pazienti in cui erano gia' evidenti delle complicanze.

Inoltre da un'indagine conoscitiva, risultava che di routine non venivano effettuati screening nutrizionali, né al momento del ricovero né durante la degenza.

Per porre rimedio a tale situazione è stato organizzato un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare (GLAM) con la partecipazione del geriatra, del nutrizionista, della dietista, dell'esperto wound-care, infermieri e medici di reparto e di assistenza domiciliare, al fine di ideare un percorso di *"Identificazione precoce e trattamento della malnutrizione con interventi appropriati ai vari livelli di rischio"*.

Una volta pianificato il percorso multidisciplinare e' sorta nel gruppo, la necessità di conoscere l'efficacia degli interventi nel migliorare l'outcome dei pazienti, ed e' nata così l'idea dello studio sperimentale il cui **quesito di ricerca** era il seguente: *"Un approccio multifattoriale è efficace per l'identificazione/trattamento della malnutrizione nei pazienti ricoverati in reparti per acuti?"*.
L' **obiettivo primario** dello studio si proponeva infatti di "*Valutare l'efficacia di interventi multifattoriali nella prevenzione e trattamento della malnutrizione*".

Gli **obiettivi secondari** dello studio tenevano in considerazione la necessità di sperimentare il percorso assistenziale valutandone la funzionalità e la fattibilità a livello organizzativo, favorire l'integrazione ospedale – territorio, identificare le Unità Opeartive che accolgono i pazienti più a rischio di malnutrizione, cioè quelli che avrebbero ricavato il maggior beneficio in termini di salute.

Lo studio è stato realizzato nel periodo Gennaio-Dicembre 2013 e i risultati sono stati elaborati nel primo semestre del 2014.

La **popolazione dello studio** era rappresentata dai pazienti (con ospedalizzazione prevista di almeno 5 giorni) a rischio di malnutrizione (MNA 8-11), o con malnutrizione in atto (MNA < = 7), ricoverati presso le UU.OO. di Neurochirurgia, Geriatria e Ortogeriatria. Tre Unità Operative diverse tra loro sotto l'aspetto strutturale, per tipologia di pazienti e per intensità di cure.
I **criteri di inclusione**, erano i seguenti fattori di rischio più frequenti e gravi indicati in letteratura, età avanzata e presenza di lesioni da pressione.

In quanto all'**outcome,** ci si attendeva un "*miglioramento dell'assetto nutrizionale del paziente come da* **indicatori di risultato,** *ossia il confronto dei parametri antropometrici, biochimici, immunologici e clinici, presi all'ingresso in ospedale e al follow- up previsto dopo un mese dalla dimissione"*.

Consapevoli che non avremmo mai potuto ottenere la totalita' dei pazienti migliorati per un motivo facilmente intuibile in quanto, la variazione della clinica del paziente, e' una risultanza di tantissimi fattori anche non nutrizionali, il GLAM ha stabilito di definire "accettabile" uno **standard** di miglioramento superiore uguale all'85%.

Gli **strumenti e materiali** utilizzati sono stati:
- scala Mini Nutritional Assessment (MNA)
- diario nutrizionale
- protocollo esami ematici
- modulo per richiesta consulenza dietista
- scheda di raccolta dati
- percorso multidisciplinare.

Il percorso multidisciplinare di identificazione e trattamento della malnutrizione, era organizzato come di seguito descritto:

al momento del ricovero i pazienti che rispondevano ai requisiti d'inclusione, venivano sottoposti a screening e, in base al punteggio ottenuto, venivano classificati in normonutriti, a rischio di malnutrizione e malnutriti.
Le ultime due categorie venivano prese in carico dal punto di vista nutrizionale ed inserite nel percorso che prevedeva:

- informazione terapeutica al paziente/familiari;
- esecuzione degli esami ematici per gli indici nutrizionali;
- consegna del diario alimentare utile per il calcolo calorico dei nutrienti introdotti.

In un secondo tempo (a distanza di 3 giorni) era previsto l'intervento della dietista la quale in base ad una valutazione globale (che prendeva in considerazione anche i gusti alimentari e le difficoltà ad alimentarsi del paziente), il calcolo delle calorie introdotte, l'assetto ematochimico, valutava l'introduzione di una dieta personalizzata arricchita con integratori alimentari, oppure la necessità di una consulenza da parte del nutrizionista nel caso in cui gli introiti risultassero insufficienti e vi fosse la necessità di iniziare una nutrizione artificiale.

I controlli antropometrici ed ematochimici da protocollo, dovevano essere eseguiti ogni settimana per monitorare l'andamento clinico.

Il percorso terminava con il follow-up dopo un mese dalla dimissione, in cui era prevista la collaborazione del Medico di Medicina Generale (MMG) il quale richiedeva un nuovo controllo ematico. Era inoltre prevista dal protocollo, una nuova raccolta del punteggio nutrizionale con scala MNA secondo tre diverse modalità in base alle condizioni del paziente e alla tipologia di dimissione.

I pazienti che ritornavano al proprio domicilio, erano invitati a recarsi, con il risultato degli esami ematici, in Ambulatorio Nutrizionale (qualora le loro condizioni lo permettessero). I pazienti non autosufficienti potevano eseguire i controlli attraverso il Servizio Infermieristico Domiciliare, e i pazienti che ritornavano o accedevano alle Casa Residenza Anziani, dovevano eseguire in tale sede i controlli previsti. Al termine del follow-up la documentazione nutrizionale doveva essere inviata al coordinatore dello studio per l'analisi dei dati. Il coordinatore aveva altresì il compito di informare e sollecitare i vari professionisti che operavano sul territorio, nel completamento dei controlli e nell'invio del materiale presso la sede indicata.

Durante la fase di stesura del protocollo di ricerca, valutando i possibili **limiti dello studio,** erano state individuate alcune criticità, in particolare si era ipotizzata una ridotta compliance degli operatori nelle Unità Operative a causa dell'aumento dell'impegno infermieristico e della complessità della scala MNA, inoltre a livello territoriale era stata prevista una ridotta collaborazione degli operatori sanitari nel completamento della valutazione al follow-up. Evenienze che si sono effettivamente presentate determinando la scarsa numerosità del campione e la ridotta adesione delle attività presviste nel follow-up sul territorio.

RISULTATI DELLO STUDIO

Nell'arco del periodo di studio sono stati screenati 59 pazienti provenienti dalle 3 UU.OO. individuate, di cui 24 in Geriatria, 24 in Ortogeriatria e 11 in Neurochirurgia.

I pazienti screenati sono risultati come descritto:
- malnutriti n. 27
- a rischio di malnutrizione n. 13
- normonutriti n. 19.

La malnutrizione al momento del ricovero è risultata presente in maniera massiva nell'U.O. di Geriatria (96% pazienti malnutriti e 4% a rischio di malnutrizione), in modo meno evidente in U.O. di Ortogeriatria in cui prevalgono i pazienti a rischio di malnutrizione (13% pazienti malnutriti, 49% a rischio di malnutrizione, 38% pazienti normonutriti), e minimamente presente in U.O. di Neurochirurgia in cui vi è la prevalenza dei pazienti normonutriti (9% pazienti malnutriti, 91% dei pazienti normonutriti).

La suddivisione per genere nelle 3 categorie malnutriti, a rischio di malnutrizione e normonutriti, è di seguito illustrata:
le donne sono risultate suddivise in maniera piuttosto equilibrata tra malnutrite, a rischio di malnutrizione e normonutrite, negli uomini invece, la categoria dei malnutriti è risultata il doppio dei normonutriti.

La popolazione in studio era molto anziana, considerando che il 74 % dei pazienti aveva un'eta' compresa tra i 78 e i 97 anni, provenienti quasi interamente dal proprio domicilio, il 73 % degli inclusi ha avuto un'ospedalizzazione media dai 5 ai 20 giorni.

L'Indice di Massa Corporea (IMC) richiesto dalla scala MNA, e' stato valutato (secondo indicazioni del protocollo) preferibilmente con formula peso / altezza al quadrato, in alternativa, nel caso in cui non fosse possibile disporre di peso e altezza attendibili, poteva essere utilizzata la misura della circonferenza del braccio non dominante in centimetri (MUAC).
I pazienti screenati con MUAC (cioè allettati), sono risultati prevalentemente i pazienti geriatrici (al 91%), seguiti dai pazienti di Ortogeriatria (allettati al 37,5%), mentre in Neurochirurgia sono risultati screenati al 100% con formula IMC, indice di autonomia dal paziente all'ingresso.

La nutrizione artificiale e' stata attivata sul 21% dei pazienti inclusi (18% con Sondino Naso Gastrico e 3% con PEG).

Per quanto riguarda le lesioni da pressione, e' emerso che tale complicanza era presente sul 92% dei pazienti risultati malnutriti all'ingresso, sull'8% delle persone a rischio di malnutrizione, e su nessuno dei paziente risultato normonutrito all'ingresso.

Al fine di approfondire informazioni sulle lesioni da pressione (quali frequenti complicanze nei pazienti malnutriti), era stato chiesto ai partecipanti, di allegare ai documenti nutrizionali la scheda specifica di valutazione della lesione che, attraverso un punteggio, prende in considerazione alcuni parametri come:
il tipo di tessuto
la quantità dell'essudato
le dimensioni della lesione.
Tale strumento ha permesso di valutare gli esiti delle lesioni al follow-up e di fare una considerazione anche su questo aspetto molto rilevante in termini di autcome del paziente.

Consapevoli che l'attenzione all'aspetto nutrizionale è solo uno dei tanti interventi assistenziali che portano giovamento alle lesioni (es. postura, presidi, medicazioni avanzate ecc), i risultati mostrano dati interessanti. Il 65% dei pazienti ha manifestato la completa guarigione/miglioramento della lesione, il 21 % non ha subito variazioni, nel 14% non sono pervenuti dati al follow up.

La realizzazione dello studio che prevedeva un percorso in cui erano coinvolti molti professionisti ospedalieri e territoriali, mostra nei seguenti risultati tutta la sua complessita'. Dei 40 pazienti inclusi nel percorso, solo 22 sono giunti al follow-up (il 55%), 18 pazienti (il 45%) sono stati persi

per diversi motivi tra cui decessi, trasferimenti in altra AUSL, mancata compliance del MMG, scarsa sensibilità del paziente/familiare in quanto non si sono presentati alla visita di controllo.

I risultati dello studio sono stati analizzati dagli esperti epidemiologi e statistici del Dipartimento di Sanita' Pubblica utilizzando il test dei ranghi con segni di Wilcoxon e dal nutrizionista Direttore di U.O. Dietetica e Nutrizione aziendale in base alle indicazioni delle linee guida SINPE 2002.

Tale documento propone un semplice ma accurato sistema per quantificare il grado di malnutrizione sulla base dell'entità delle alterazioni di indici antropometrici, biochimici ed immunologici. Va precisato tuttavia, che nessuno dei parametri utilizzati per la valutazione dello stato di nutrizione e / o dei suoi cambiamenti nel tempo, è di per sé un indicatore puro dello stato di nutrizione, potendo tali valori, essere influenzati da una serie di variabili non nutrizionali.

Riguardo al risultato degli indici biochimici si può affermare che i numeri sono molto bassi, sia in relazione alla numerosità assoluta del campione ma anche come variazione dei risultati pre-post trattamento sui valori di Prealbumina, Albumina, Colesterolo. I Linfociti sono risultati migliorati ma e' difficile poter dichiarare che la loro variazione possa essere dovuta al miglioramento dell'assetto nutrizionale e non ad altri fattori (es infiammazione in corso). La Transferrina invece essendo un esame con emivita di una settimana, mostra un trend di significatività. Ciò conferma che, insieme al miglioramento clinico e al punteggio MNA, vi e' stata una effettiva risposta positiva del paziente.

Dalla differenza tra il punteggio MNA al ricovero e al follow-up, risulta infatti che:
- n. 2 pazienti hanno avuto una variazione nulla e sono quindi esclusi;
- n. 1 paziente ha avuto una differenza negativa;
- n. 19 pazienti hanno presentano un incremento positivo dell'indice MNA e in molti casi in maniera evidente.

Per l'analisi sono state considerate le 20 osservazioni che hanno presentato una differenza diversa dallo zero. Il test di Wilcoxon restituisce una statistica test pari a 3.75 associata ad un p-value 0.0001, per cui si può concludere che ci sia stato un miglioramento dell'indicatore MNA.

CONCLUSIONI

Oltre ai risultati oggettivi presentati fino ad ora, lo studio ha permesso di fare ulteriori riflessioni, innanzitutto ha confermato la necessita' di riconoscere in maniera tempestiva la malnutrizione che come abbiamo visto, si presenta in maniera evidente nei pazienti anziani, ha evidenziato l'importanza del coinvolgimento delle varie professionalita' per l'attivazione ai vari livelli degli interventi più appropriati, ma soprattutto ha confermato che il valore di un'adeguata nutrizione per la salute e' un aspetto sottovalutato dai professionisti, vi e' dunque la necessita' di recuperarlo attraverso la formazione e la sensibilizzazione del personale per una reale riduzione del rischio per il paziente.

Gli esperti del rischio in ambito sanitario ci insegnano che gli errori rappresentano una preziosa fonte di apprendimento per cui, consapevoli dei nostri errori, si potrebbe suggerire ai colleghi che vorranno intraprendere una simile esperienza, alcuni piccoli accorgimenti. Secondo le nostre considerazioni sarebbe utile:
- rilevare all'ingresso il Mc Cabe score che suddivide le patologie dei pazienti in base alla prognosi (fatale, progressivamente fatale, non fatale);
- sensibilizzare maggiormente i MMG per ottenere da loro una più ampia collaborazione attraverso un momento di formazione sul tema;
- promuovere la relazione terapeutica efficace con il paziente/familiari, per aumentare l'adesione al follow-up.

Le riflessioni prodotte dai risultati dello studio sperimentale ci spingono a proseguire sul percorso intrapreso, in quanto la frequenza della condizione di malnutrizione e l'effettiva presenza delle complicanze ad essa correlate, è una costante nelle persone ospedalizzate. Stiamo preparando una procedura aziendale e l'esperienza ci ha permesso di individuare le aree che accolgono i pazienti più a rischio, sperimentare lo strumento di screening e rivederlo alla luce della praticità di utilizzo, ed infine, ripensare agli interventi delle professionalità coinvolte per organizzarli in maniera più appropriata.

Gli strumenti e le infrastrutture per effettuare gli screening e personalizzare il percorso assistenziale esistono ovunque, anche in momenti di spending review come quello attuale, basta avere la volontà di reperirli, riorganizzarli, adattarli alla propria realtà operativa per sfruttarli al meglio.