GESTIONE DELLA MALNUTRIZIONE BASATA SULLE EVIDENZE

Malnutrizione

Sulla base delle misurazioni effettuate con il NRS, il 20–30 % dei pazienti ospedalizzati, di entrambi i sessi, presenta malnutrizione o un elevato rischio di malnutrizione energetica e proteica. ² I pazienti malnutriti di entrambi i sessi evidenziano un più alto tasso di complicanze, una maggiore durata della degenza ospedaliera, una peggiore qualità di vita e una più alta mortalità rispetto ai pazienti non affetti da malnutrizione.³ La malnutrizione è spesso una conseguenza di altre patologie mediche, ma è possibile impostare un trattamento mirato. L'algoritmo terapeutico qui presentato si basa sulle Guidelines ESPEN per pazienti di medicina interna con comorbilità, e sullo studio EFFORT. 4-5

Obiettivi della gestione della malnutrizione

Migliorare l'individuazione precoce di pazienti di entrambi i sessi a rischio di malnutrizione e avviare una terapia individuale appropriata per migliorare/preservare la funzionalità e la qualità di vita e conseguire una netta riduzione delle complicanze e della mortalità. La gestione della malnutrizione è un lavoro di squadra e presuppone una buona collaborazione tra personale infermieristico, dietisti e personale medico.

Lo studio EFFORT conferma il beneficio clinico 5

Lo studio EFFORT, condotto con il sostegno del Fondo nazionale svizzero e pubblicato su Lancet nell'aprile 2019, evidenzia chiaramente il beneficio di una terapia nutrizionale individuale adeguata:

- → Il bilancio energetico e proteico migliora sostanzialmente, con conseguenze positive per il decorso della malattia.
- → Una gestione coerente della malnutrizione riduce il rischio di complicanze e morte.
- → Migliora la qualità di vita e limita le perdite funzionali.
- → Questi risultati valgono in linea generale per i pazienti di Medicina interna, a prescindere dall'organo interessato.

NRS: Nutritional Risk Screening (NRS 2002) 1 Effettuato dal team di trattamento (entro 24 h dall'ingresso in ospedale) Alterazione dello stato nutrizionale:

Nessuna

- Lieve
- → Perdita di peso > 5 % in 3 mesi oppure
- → Assunzione di cibo pari al 50-75 % del fabbisogno nella settimana precedente
- Moderata
 - → Perdita di peso > 5 % in 2 mesi *oppure*
 - → IMC pari a 18,5 20,5 kg/m² e stato di salute generale ridotto *oppure* → Assunzione di cibo pari al 25-50 % del fabbisogno nella settimana precedente

0 - 2 punti:

- → Perdita di peso > 5 % in 1 mese (> 15 % in 3 mesi) oppure
- → IMC < 18,5 kg/m² e stato di salute generale ridotto oppure
- → Assunzione di cibo pari allo 0–25 % del fabbisogno nella settimana precedente

Gravità della patologia (stress metabolico)

Nessuna

- Lieve ad es. frattura del collo del femore, malattie croniche in particolare con complicanze: cirrosi epatica, broncopneumopatia ostruttiva cronica, emodialisi cronica, diabete, dolori da cancro
- Moderata
- ad es. intervento di chirurgia maggiore all'addome, ictus, polmonite grave, neoplasia ematologica

ad es. trauma cranio-encefalico, trapianto di midollo osseo, pazienti ricoverati in terapia intensiva (APACHE-II > 10)

Età dei pazienti

Età ≥ 70 anni → Età avanzata

3 - 7 punti: Aumentato rischio di malnutrizione

1. Valutazione dettagliata e individuazione delle cause della malnutrizione

- 2. Il dietista verifica l'indicazione di una terapia nutrizionale nel contesto multiprofessionale
- 3. Registrazione della diagnosi di malnutrizione secondo l'ICD, garantire misure e processi fino alla codificazione

Algoritmo nutrizionale come valutato nello studio EFFORT Assistenza individuale da parte di del dietista sulla base dell'algoritmo nutrizionale

Al momento, assenza di rischio di malnutrizione che richieda trattamento

Nuova valutazione entro 7 giorni

Obiettivi nutrizionali

Fabbisogno energetico

 $MB \times (FA + FM - 1)$

MB secondo Harris Benedict con peso adeguato o calorimetria indiretta

Fabbisogno proteico

1,2 – 1,5 g per kg di peso corporeo/giorno 0,8 g in caso di grave insufficienza renale

senza dialisi (VFG < 30 ml/min/1,73 m²)

Micronutrienti

Vitamine e minerali secondo il 100 % di RDA

Obiettivi speciali

Adattamenti specifici in base alla patologia e alle condizioni cliniche



Nutrizione orale

- → Adattamenti in base alle preferenze
- → Spuntini

→ Supplemento proteico/energetico → Alimenti liquidi

<u>Vitamine e minerali</u>

→ secondo il 100 % di RDA

≥ 75 % del fabbisogno energetico

Rivalutazione: ogni 24 a 48 ore

Non si prevede che l'obiettivo possa essere raggiunto. Livello 2 al più tardi dopo 5 giorni.



Nutrizione enterale

Nutrizione orale

→ Non sono necessarie vitamine per os, se la nutrizione enterale garantisce il 100 % di RDA

Rivalutazione: ogni 24 a 48 ore

≥ 75 % del fabbisogno energetico e proteico della nutrizione orale

Non si prevede che l'obiettivo possa essere raggiunto. Livello 3 al più tardi dopo altri 5 giorni.

Nutrizione parenterale

→ Supplementazione di vitamine e minerali secondo il 100 % di RDA



Nutrizione orale e/o enterale

→ Puntare in parallelo a una nutrizione orale e/o enterale (tra l'altro per evitare un'atrofia dei villi intestinali)

≥ 75 % del fabbisogno energetico e proteico per l'alimentazione orale + enterale

Rivalutazione: ogni 24 a 48 ore

Obiettivo imprevedibile raggiunto. Andare al passaggio 3.

Fattori di supporto

- → Implementare il NRS correttamente e coerentemente
- → Trasmettere ai pazienti un atteggiamento positivo verso la terapia nutrizionale
- → Offrire assistenza per le misure di terapia nutrizionale (ad es. in caso di assunzione di alimenti liquidi)
- → Valutare l'assunzione di energia e proteine (ad es. con un diagramma a torta che riporti le quantità assunte e la capacità di deglutizione)
- → Definire in modo chiaro la gestione delle interfacce

All'occorrenza

- → Documentare il decorso della terapia nutrizionale nel referto di dimissione
- → Proseguire la terapia nutrizionale in regime ambulatoriale
- → Organizzare gli alimenti liquidi e/o l'alimentazione artificiale per l'assunzione a domicilio



Calcolatore online

Per calcolare online il punteggio NRS e gli obiettivi nutrizionali: clinicalnutrition.science









Effect of Early Nutritional Therapy on Frailty, Function and Recovery of Undernourished Medical Inpatients Trial

Recommended Daily Allowance

Fattore di attività Fattore di malattia Metabolismo basale Nutritional Risk Screen

- 2 Imoberdorf R, et al. Prevalence of undernutrition on admission to Swiss hospitals. Clin Nutr 2010; 29: 38-41.
- Felder S, et al. Association of nutritional risk and adverse medical outcomes across different medical inpatient populations. Nutrition 2015; 31: 1385–93. Gomes F, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clin Nutr. 2018;37(1):336-53. 5 Schuetz P, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. Lancet 2019; 393(10188), 2312-2321