

RÉSULTATS ENQUÊTE ANQ-ZOOM ESCARRES 2018

MODULE NUTRITION

Forum escarres 2019

Sylvie Rolet, diététicienne responsable DS

14 et 15 octobre 2019

PRÉVALENCE DE LA DÉNUTRITION HOSPITALIÈRE

Prévalence de la
dénutrition dans les
hôpitaux en Suisse:
18 % à l'admission⁽¹⁾

Elle est corrélée à l'âge
(8% <45 ans à 28% > 85 ans)



Dégradation de l'état
nutritionnel
en cours
d'hospitalisation !⁽²⁾

CONSÉQUENCES ⁽³⁾

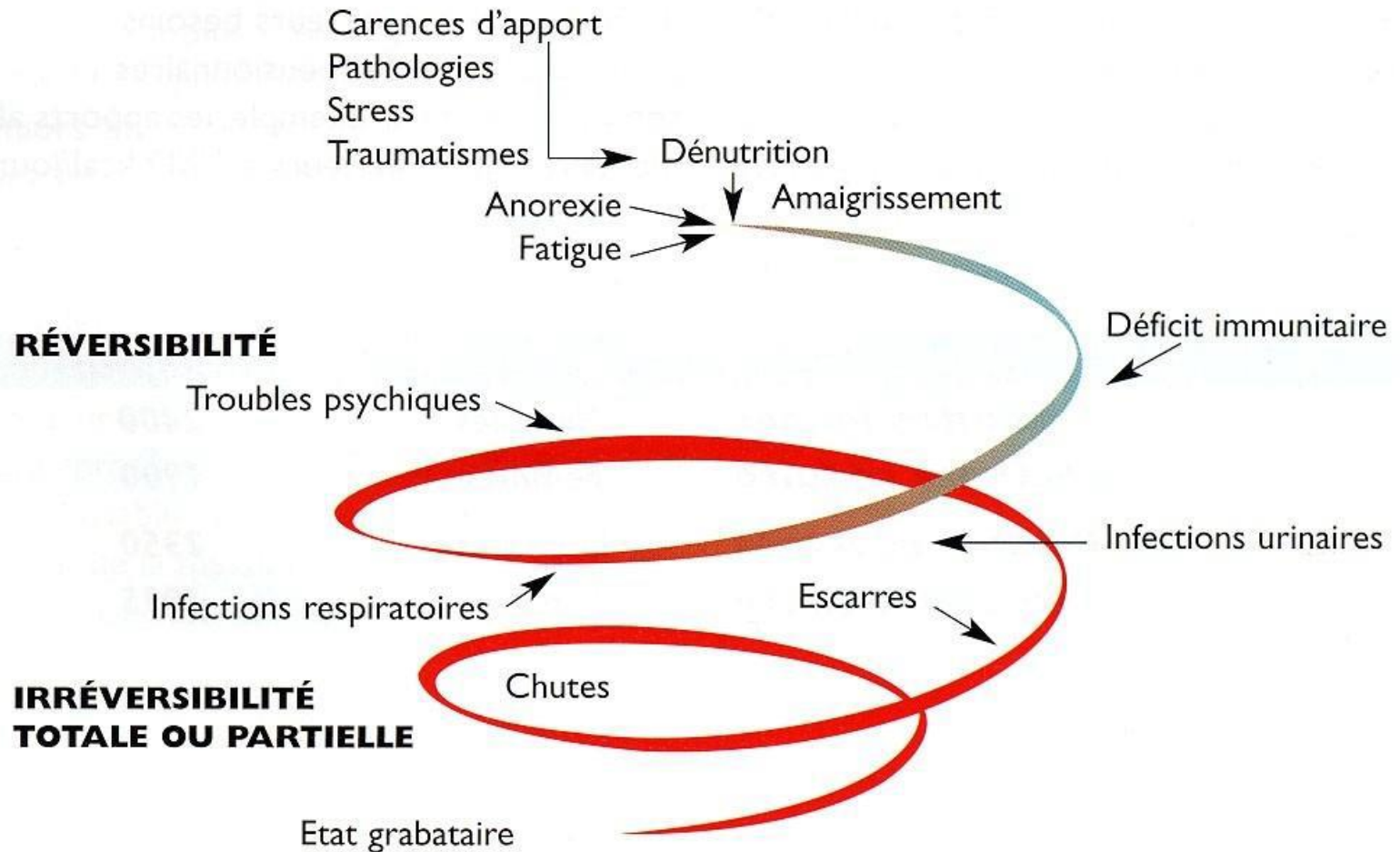
- ✓ ↘ qualité de vie
- ✓ ↗ mortalité (x4), morbidité
- ✓ ↗ durée d'hospitalisation (+30%)
- ✓ ↗ Complications (infections x2,5, escarres, tolérance aux traitements)
- ✓ ↗ coûts (s'élèvent à 526 millions CHF pour la dénutrition au niveau national)

(1) Imoberdorf R et al. Prevalence undernutrition on admission to Swiss hospitals. Clin Nut. 2010.

(2) La dénutrition à l'hôpital. OFSP. 2006

(3) Frei A. Mangelernährung im spital – Medizinische kosten und kosteneffektivität bei verhinderung, Bericht im Auftrag des BAG.2006

SPIRALE DE LA DENUTRITION

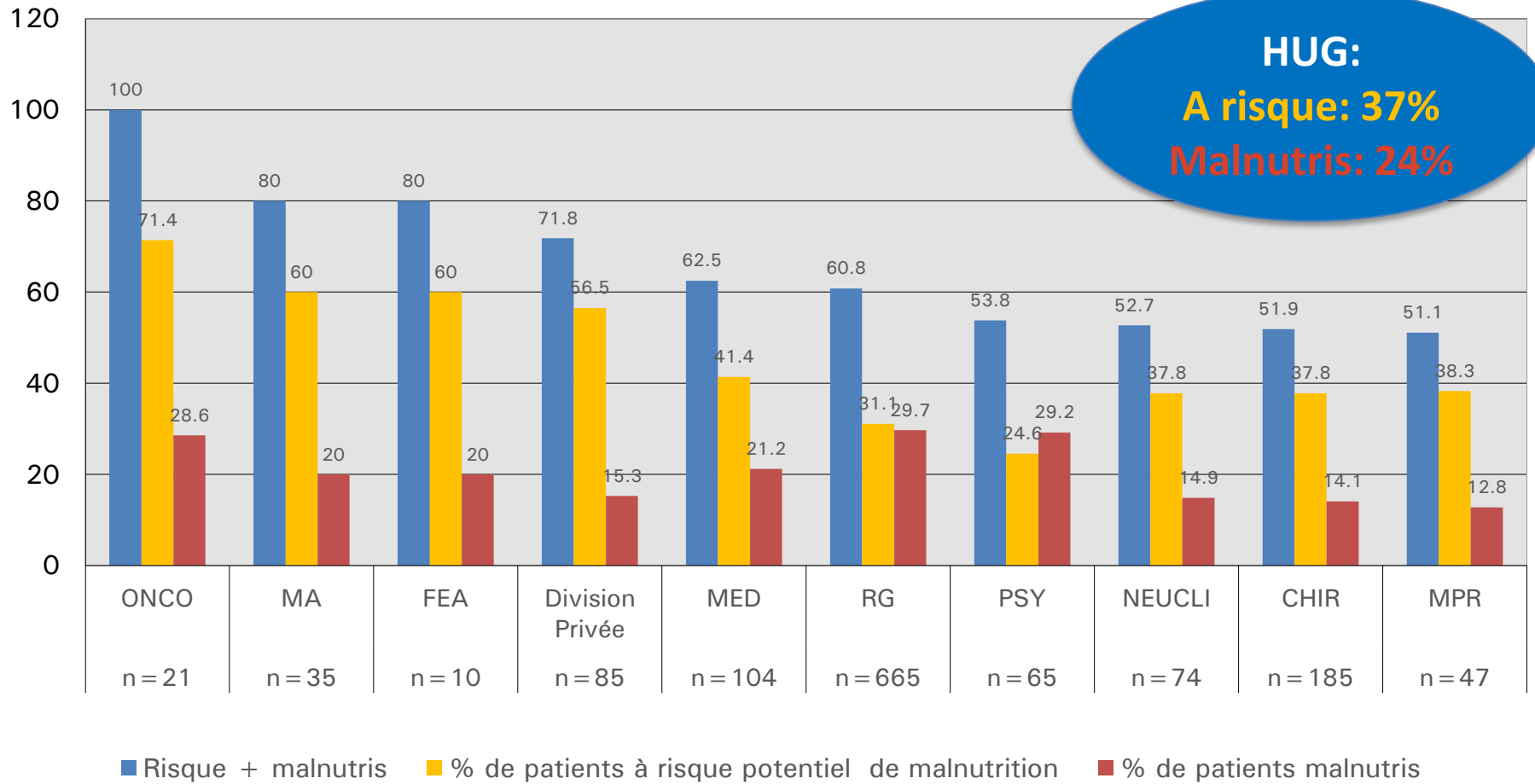


ENQUÊTE ANQ-ZOOM – MODULE MALNUTRITION

- ✓ 2 jours d'enquête (13.11 = CR – 22.11 = sites ext.)
- ✓ 1291 patients inclus dans le module / 1430 inclus dans l'enquête
- ✓ Questions:
 - ✓ Etat nutritionnel (↘ pds, ↘ apports alim, maladie grave, NRS + score)
 - ✓ Interventions réalisées pour le patient dans l'institution
- ✓ Critères de classification de la malnutrition:

Risque potentiel de malnutrition (et/ou)	Malnutrition (et/ou)
IMC < 20.5	IMC < 18.5 Ou IMC ≤ 20.5 si > 65 ans
↘ Poids les 3 derniers mois	↘ pds involontaire > 10% les 6 derniers mois
↘ Apports alim. la dernière semaine	↘ pds involontaire > 5% le dernier mois
Maladie grave	

RÉSULTATS PAR DÉPARTEMENT DES TAUX DE PATIENTS À RISQUE ET MALNUTRIS (%)



INTERVENTIONS HUG

Intervention	% de patients <u>sans</u> <u>risque</u> de dénutrition qui en bénéficient	% de patients avec <u>risque potentiel</u> de dénutrition qui en bénéficient	% de patients <u>dénutris</u> qui en bénéficient
	(n=510)	(n=472)	(n=309)
Alimentation selon préférence du patient	62	64.2	62.5
Information patient/proches	20.4	35.6	51.1
Consultation diététique	17.1	31.1	48.5
Supplément nutritif oral	15.1	23.9	43.4
Dépistage de la malnutrition	22.8	30.3	41.8
Surveillance prise alimentaire	20.8	19.5	35.6
Soutien pdt repas	7.8	19.5	26.2
Adaptation de la consistance des aliments	8.2	17	20.4
Prendre en considération/ adapter l'environnement pdt repas	16.7	18.2	18.1
Régime riche en protéines	3.9	8.3	9.7
Repas intermédiaires enrichis en protéines / calories	4.7	4.7	6.2
Aucune intervention	15.1	12.1	5.2

INTÉRÊT ET IMPACT D'UNE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE PRÉCOCE ET INDIVIDUALISÉE (PATIENTS DÉNUTRIS OU À RISQUE NUTRITIONNEL)

- ✓ 2088 sujets inclus, 8 hôpitaux suisses
- ✓ Support nutritionnel défini par 1 diététicien-ne et débuté dans les 48h vs pas de Cs diététique

Support nutritionnel	Gr. Témoin (%)	Gr. Intervention (%)
SNO + Alimentation E ⁺	12	91
SNO prescrits lors du RAD	2	24
NE/NP	1.1	2
Couverture > à 75% des besoins en		
Energie	54	79
Protéines	55	76

Impacts:

- ✓ Diminution du risque de mortalité
- ✓ Diminution du risque de déclin fonctionnel
- ✓ Amélioration significative pour les activités de la vie quotidienne (Barthel index) et de la qualité de vie (EQ-5D index et EVA)

IMPACT D'UNE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE PRÉCOCE ET INDIVIDUALISÉE DES PATIENTS DÉNUTRIS OU À RISQUE NUTRITIONNEL

	Intervention group (n=1015)	Control group (n=1013)	Odds ratio or coefficient (95% CI)	p value
Outcomes				
Primary outcome				
Adverse outcome within 30 days	232 (23%)	272 (27%)	0.79 (0.64 to 0.97)	0.023
Single components of primary outcome				
All-cause mortality	73 (7%)	100 (10%)	0.65 (0.47 to 0.91)	0.011
Admission to the intensive care unit	23 (2%)	26 (3%)	0.85 (0.48 to 1.51)	0.58
Non-elective hospital readmission	89 (9%)	91 (9%)	0.99 (0.73 to 1.35)	0.96
Major complications				
Any major complication	74 (7%)	76 (8%)	0.95 (0.68 to 1.34)	0.79
Nosocomial infection	40 (4%)	39 (4%)	1.01 (0.63 to 1.59)	0.98
Respiratory failure	14 (1%)	13 (1%)	1.06 (0.49 to 2.28)	0.89
Major cardiovascular event	8 (1%)	7 (1%)	1.11 (0.40 to 3.11)	0.84
Acute kidney failure	32 (3%)	31 (3%)	1.01 (0.61 to 1.69)	0.96
Gastrointestinal events	9 (1%)	15 (1%)	0.57 (0.25 to 1.31)	0.19
Decline in functional status of $\geq 10\%^*$	35 (4%) of 942	55 (6%) of 913	0.62 (0.40 to 0.96)	0.034
Additional secondary outcomes				
Mean length of stay (days)	9.5 (7.0)	9.6 (6.1)	-0.21 (-0.76 to 0.35)	0.46
Mean Barthel score (points)*	88 (26)	85 (30)	3.26 (0.93 to 5.60)	0.006
Mean EQ-5DVAS (points)†	59 (26)	56 (29)	3.06 (0.53 to 5.59)	<0.0001
Mean EQ-5D index (points)	0.75 (0.32)	0.73 (0.34)	0.13 (0.09 to 0.17)	0.018

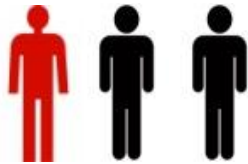
AUTRES ÉTUDES HUG

AUDIT WINREST 2018:

- ✓ Objectifs 2012: en général 80% sauf SI (50), 3C (60), privés (70), péd (40 à 70%)
- ✓ 82% des repas sont compatibles avec le choix de menu
- ✓ 65% des repas sont choisis

ETUDE UN+ 2016:

- ✓ Accès au choix de menus: 63%
- ✓ Non-consommation: Énergie: 27% (560 Cal/j)
Protéines: 28% (23g/j)
 - Manque d'appétit: 79 % - Saveur inappropriée: 27% - Horaire des repas inadapté (M + S): 12%
 - La présence de douleur diminue l'appétit dans 96% des cas
- ✓ Patients à risque nutritionnel (NRS-2002: ≥ 3) : 43.4%



1 patient sur 3 ne couvre pas ses besoins nutritionnels

DISCUSSION: PISTES DE RÉFLEXION

- ✓ Position DS:
 - ✓ Cibler les départements les plus concernés
 - ✓ Mesure du poids et de la taille systématique
- ✓ Prioriser les actions selon les départements et les possibilités des différents intervenants (soins inf, pps, médecins)
 - ✓ Dépistage
 - ✓ Interventions
- ✓ Lien avec:
 - ✓ Evaluation clinique (inclure poids, taille)
 - ✓ Echelles institutionnelles
 - ✓ IQS nutritionnels (poids/taille? NRS?...)
- ✓ Reconduction de l'enquête en 2020:
 - ✓ A confirmer et selon actions mises en place dans les départements
 - ✓ A fusionner avec les autres enquêtes nutritionnelles institutionnelles ?