

OCENA TERAPII ŻYWIENIOWEJ W POLSKICH SZPITALACH

Analiza statystyczna



TOWARZYSTWO CHIRURGÓW POLSKICH



Warszawa, czerwiec 2018

Dziękujemy za wsparcie



SPIS TREŚCI	1
Wstęp	3
Dane ogólne	4
Charakterystyka oddziału	4
Pacjenci – dane demograficzne	5
Procedury na oddziałach intensywnej terapii	6
Niewydolność oddechowa	6
Ciągła terapia nerkozastępcza (CRRT)	6
Ocena stanu odżywienia	7
Interwencja żywieniowa	9
Droga podaży żywienia	9
Żywienie doustne	10
Żywienie dojelitowe	13
Żywienie dietą miksowaną (z głębnik/PEG)	16
Żywienie pozajelitowe	17
Okres trwania żywienia	22
Punktacja NRS oraz SGA a otrzymanie żywienia	24
Podsumowanie badania pt. Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach	26
Najważniejsze wnioski	27

WSTĘP

Celem badania było przeanalizowanie stanu odżywienia pacjentów oraz ocena realizacji leczenia żywieniowego w jednostkach ochrony zdrowia. Działania skupiły się na rozpoznaniu niedożywienia oraz metodach leczenia tego stanu za pomocą żywienia doustnego, dojelitowego i pozajelitowego u pacjentów w trakcie hospitalizacji. Prawidłowo prowadzona terapia żywieniowa u chorych z rozpoznaniem ryzykiem niedożywienia zapewnia zmniejszenie liczby powikłań, skrócenie czasu i obniżenie kosztów leczenia oraz zmniejszenie śmiertelności chorych.

Badanie było skierowane do oddziałów chirurgicznych, intensywnej opieki medycznej, anestezjologii, neurologii oraz internistycznych, jak również wszystkich oddziałów, które chciały się zaangażować i wziąć udział w badaniu. Do udziału w badaniu zaproszono ponad 200 szpitali w naszym kraju. Napłynęły 2684 ankiety z prawie 60 placówek. Na bazie informacji dostarczonych przez szpitale objęte badaniem przeanalizowano codzienną praktykę w zakresie leczenia żywieniowego doustnego, pozajelitowego oraz dojelitowego, a także przygotowano odpowiednie wnioski mające na celu ocenę metod stosowanych terapii żywieniowych w placówkach medycznych.

Badanie polegało na wypełnieniu ankiety sprawdzającej stan odżywienia pacjentów, jak również metody żywienia zastosowanej podczas leczenia chorych w szpitalach. Do badania, które odbyło się w dniach 19-23 marca 2018 r. kwalifikowani byli pacjenci wypisywani z danego oddziału szpitalnego.

Poznanie nawyków polskich lekarzy kwalifikujących pacjentów do danej grupy żywieniowej umożliwiło ocenę aktualnego stanu wiedzy oraz wypracowywanie zaleceń, których zadaniem będzie wzmocnienie kompleksowej opieki dla poprawy wyników leczenia pacjentów.

Autorem badania jest prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, Prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu.

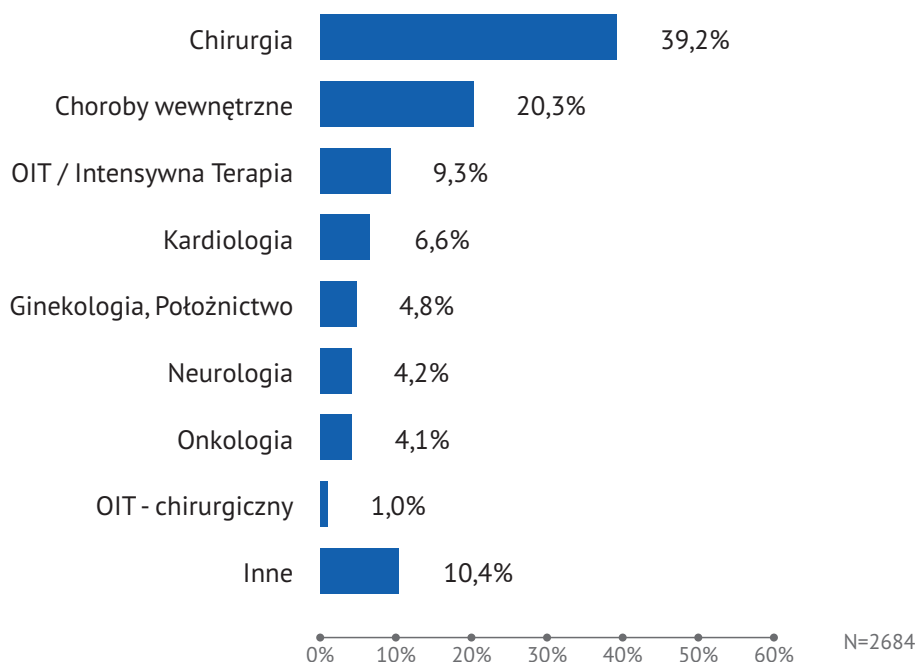
DANE OGÓLNE

Charakterystyka oddziału

Badanie skierowane było do oddziałów chirurgii, neurologii, internistycznych oraz innych oddziałów zainteresowanych tematem żywienia klinicznego. Ankiety zostały wypełnione na podstawie danych pacjentów wypisywanych ze szpitala w dniach 19.03-23.03.2018 r.

Wykres 1 zawiera charakterystykę oddziałów, z których pozyskano dane do badania.

Wykres 1. Profil oddziału.



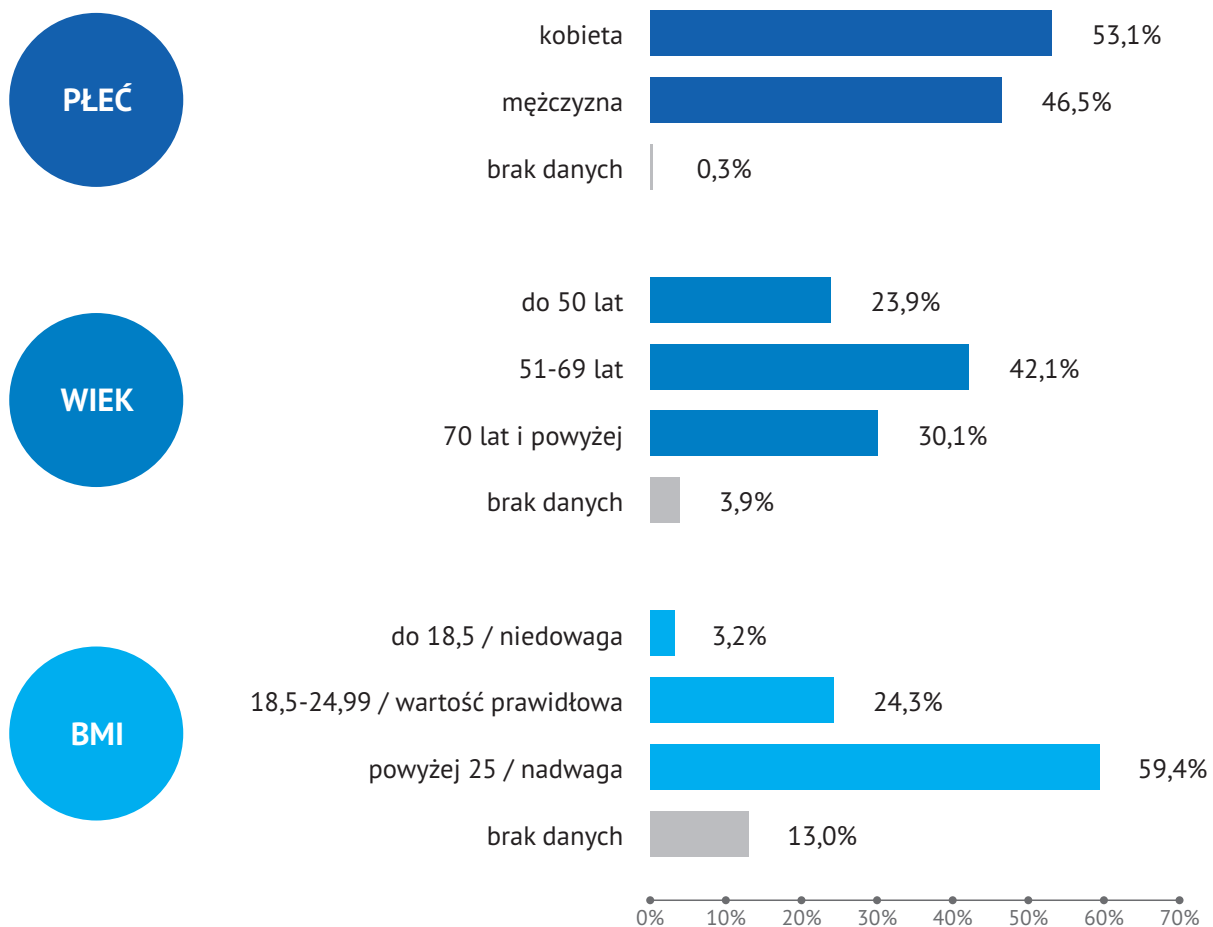
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Prawie 40% przypadków to oddziały chirurgii. Co piąty pacjent pochodził z oddziału internistycznego, a co dziesiąty z oddziału chorób wewnętrznych. 7% stanowią pacjenci oddziałów kardiologicznych, a ponad 4% – ginekologiczno-położniczych (4,8%), neurologii (4,2%) oraz onkologii (4,1%). Jedynie 1% przypadków pochodzi z chirurgicznych oddziałów intensywnej terapii. Wśród innych oddziałów pojawiały się najczęściej oddziały diabetologiczne, endokrynologiczne, gastroenterologiczne, nefrologiczne, udarowe.

Pacjenci – dane demograficzne

Poniższy wykres przedstawia rozkład płci, wieku i wskaźnika BMI wśród badanych pacjentów.

Wykres 2. Wiek, płeć i BMI pacjentów.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

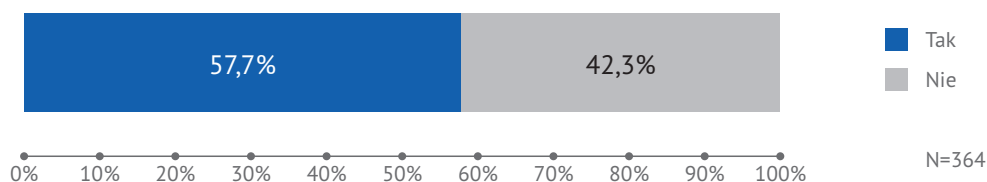
Badanie objęło 2684 pacjentów. Wśród nich 53% stanowiły kobiety. Ponad 40% pacjentów to osoby w wieku 51-69 lat. 24% stanowili chorzy w wieku do 50 lat, a 30% – ponad 70-letni. Wskaźnik BMI dla prawie 60% pacjentów wyniósł powyżej 25, co oznacza nadwagę. U co czwartego pacjenta jego poziom wyniósł od 18,5 do 24,99, co oznacza wartość prawidłową.

PROCEDURY NA ODDZIAŁACH INTENSYWNEJ TERAPII

Niewydolność oddechowa

Wykres 3 przedstawia dane dotyczące pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Wykres 3. Wentylowanie mechaniczne (wśród pacjentów oddziałów intensywnej terapii).



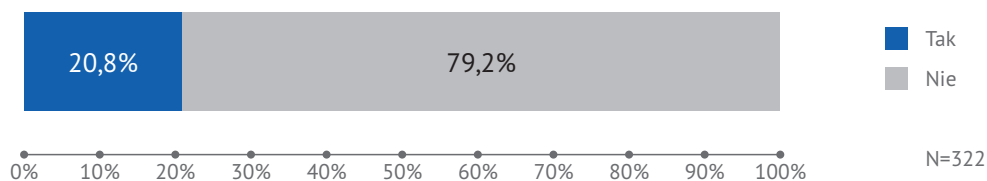
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Wśród badanych pacjentów oddziałów intensywnej terapii prawie 60% było wentylowanych mechanicznie.

Ciągła terapia nerkozastępcza (CRRT)

Wykres 4 zawiera informacje na temat prowadzenia CRRT wśród pacjentów oddziałów intensywnej terapii.

Wykres 4. Prowadzenie CRRT.



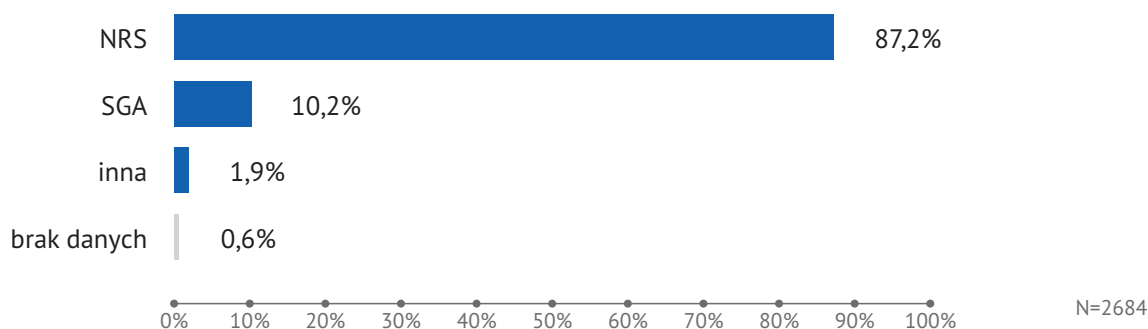
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W co piątym badanym przypadku było prowadzone CRRT.

OCENA STANU ODŻYWIENIA

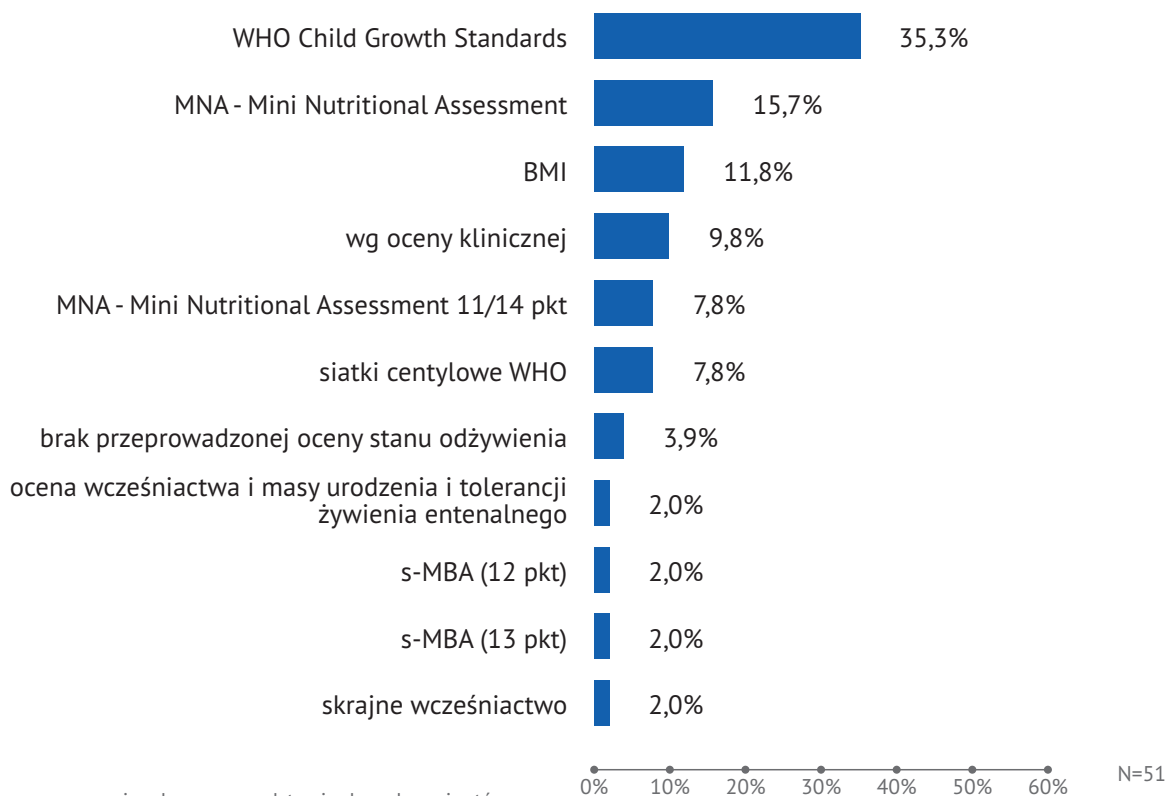
Wykresy 5 i 6 przedstawiają rodzaje stosowanych skal oceny stanu odżywiania na oddziale.

Wykres 5. Rodzaj skali oceny stanu odżywiania na oddziale.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Wykres 6. Inne skale oceny stanu odżywiania.

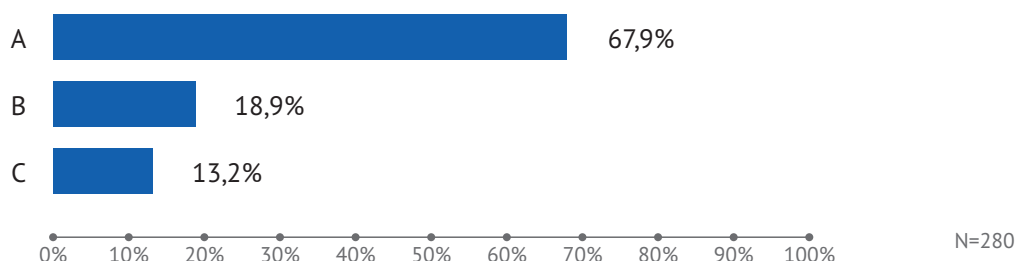


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W większości przypadków (87%) stosowano skalę NRS. Na co dziesiątym oddziale stosowano skalę SGA. Wśród innych skal najczęściej pojawiały się WHO Child Growth Standards, MNA – Mini Nutritional Assessment, skala BMI.

Wykres 7 zawiera rozkład punktacji SGA wśród osób, u których zastosowano tę skalę.

Wykres 7. Punktacja SGA.

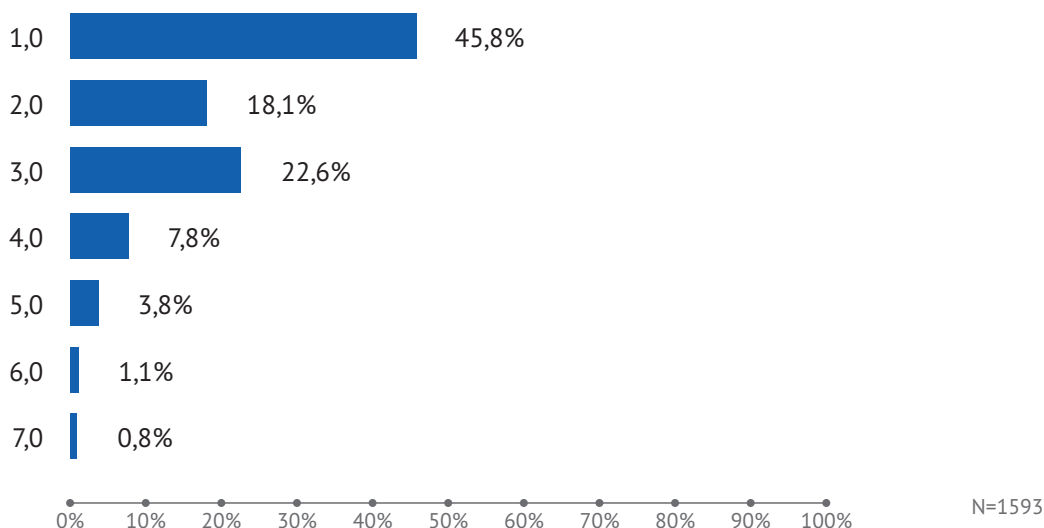


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Wśród osób, u których zastosowano skalę SGA, dwóch na trzech pacjentów otrzymało ocenę A (prawidłowy stan odżywienia)*. Prawie co piąty otrzymał ocenę B (podejrzanie niedożywienia lub niedożywienie średniego stopnia)*, a 13% – ocenę C (wyniszczenie)*.

Wykres 8 pokazuje, jakie liczby punktów NRS przyznano pacjentom.

Wykres 8. Liczba punktów NRS.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

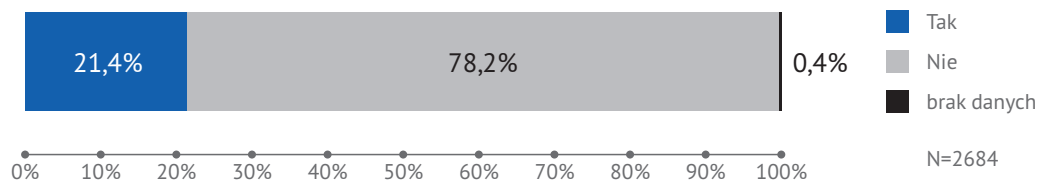
Prawie połowa badanych otrzymała 1 punkt w skali NRS. 18% otrzymało dwa punkty. Częściej niż co trzeci ankietowany otrzymał 3 lub więcej punktów, z czego częściej niż co piąty otrzymał dokładnie 3 punkty (suma pkt ≥ 3 oznacza ryzyko niedożywienia i konieczność rozpoczęcia wspomaganie (leczenia) żywieniowego, suma pkt <3 oznacza, że należy powtórzyć badania przesiewowe po tygodniu)*.

* Informacje z: Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, wyd. Scientifica, 2014 r.

INTERWENCJA ŻYWIENIOWA

Wykres 9 zawiera informację o istnieniu wskazań do włączenia interwencji żywieniowej.

Wykres 9. Istnienie wskazań do włączenia interwencji żywieniowej.



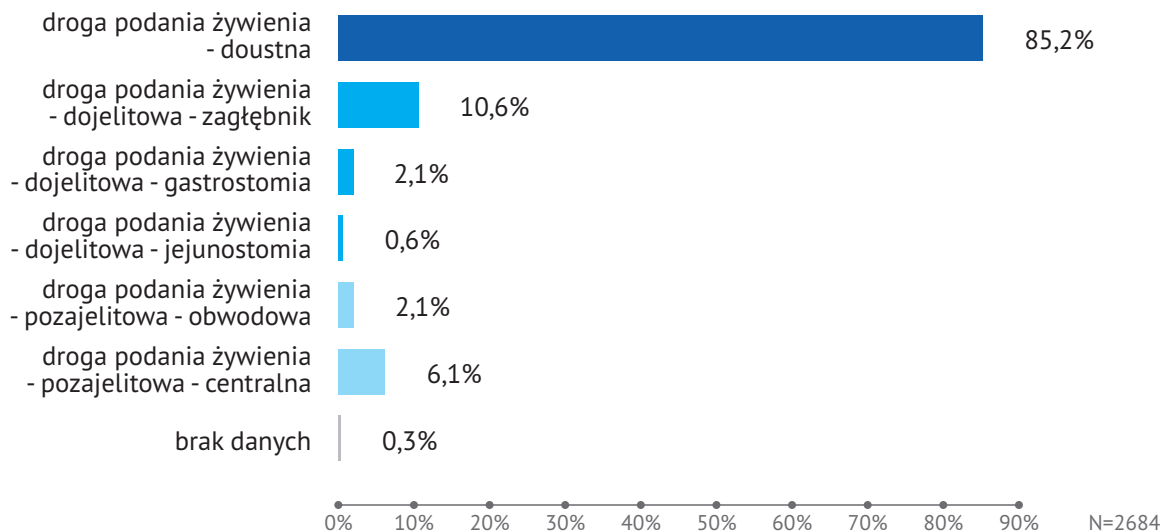
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W częściej niż co piątym przypadku istniało wskazanie do włączenia interwencji żywieniowej.

Droga podaży żywienia

Wykresy 10 przedstawia drogę podaży żywienia pacjentowi.

Wykres 10. Droga podaży żywienia.



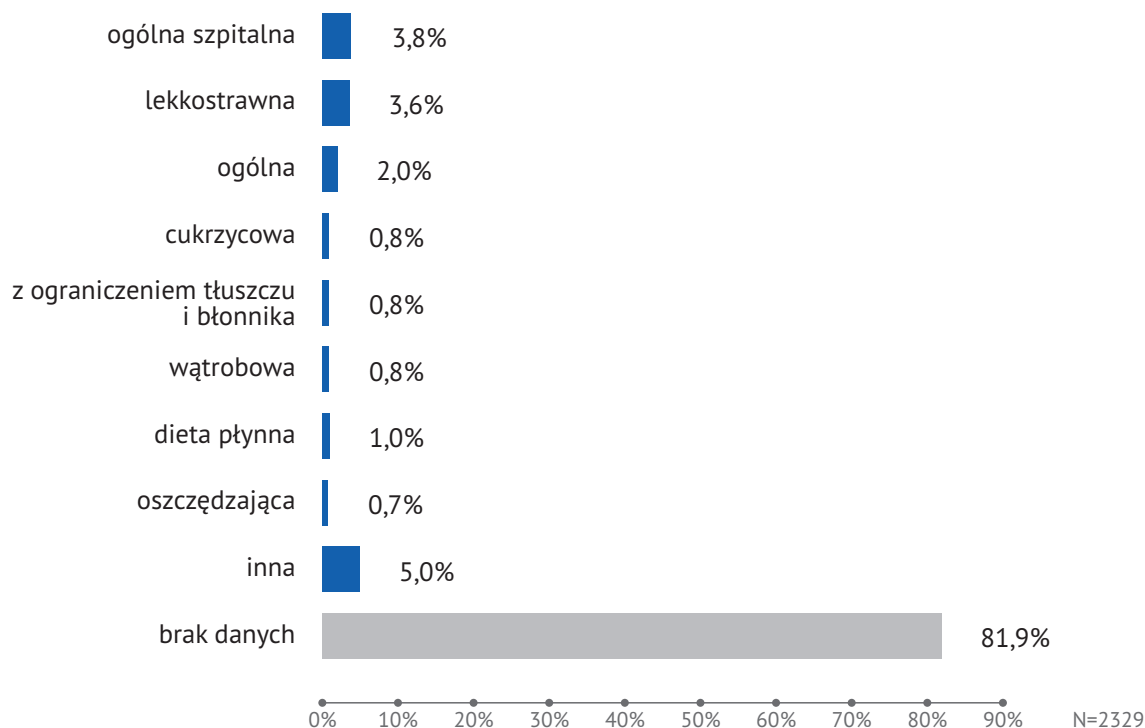
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów; wyniki nie sumują się do 100%: można było podać więcej niż jedną drogę podaży żywienia.

U większości pacjentów zastosowano doustną drogę podania żywienia. W 13% była to dojelitowa droga podania żywienia (przez zgłębnik: 10,6%, gastrostomia: 2,1%, jejunostomia: 0,6%). 8% pacjentów korzystało z żywienia pozajelitowego (obwodowe: 2,1%, centralne: 6,1%).

Żywnienie doustne

Wykres 11 przedstawia preparaty/diety stosowane w żywnieniu doustnym.

Wykres 11. Żywnienie doustne – preparat/dieta (wśród osób, którym było podawane żywnienie doustne).

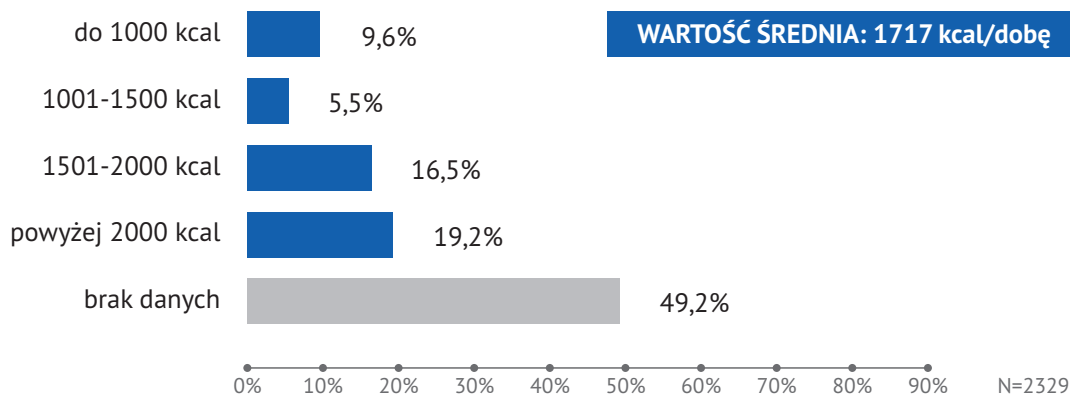


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Niestety, u ponad 80% badanych brakuje informacji, jaki rodzaj diety doustnej był stosowany. Wśród podanych rodzajów najczęstsza to ogólna szpitalna (3,8%), lekkostrawna (3,6%) oraz ogólna (2%).

Wykres 12 zawiera informacje na temat liczby kilokalorii na dobę.

Wykres 12. Żywnienie doustne – ilość kcal/dobę (wśród osób, którym było podawane żywnienie doustne).

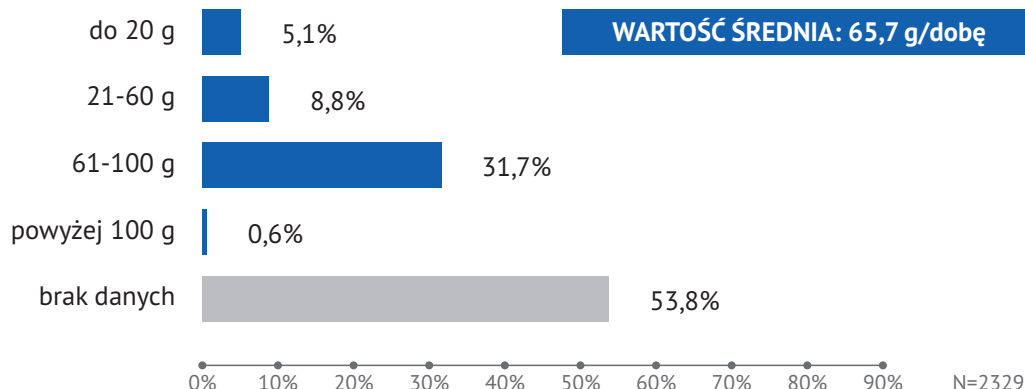


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W żywieniu doustnym prawie co piąty badany otrzymał powyżej 2000 kcal/dobę, a 17% – od 1501 do 2000 kcal/dobę. U co dziesiątego pacjenta było to poniżej 1000 kcal/dobę. Średnia wartość dla osób, których danymi dysponujemy, wynosi 1717 kcal/dobę.

Wykres 13 zawiera informacje na temat podawanej ilości białka na dobę, w ramach żywienia doustnego.

Wykres 13. Ilość białka g/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym było podawane żywnienie doustne).

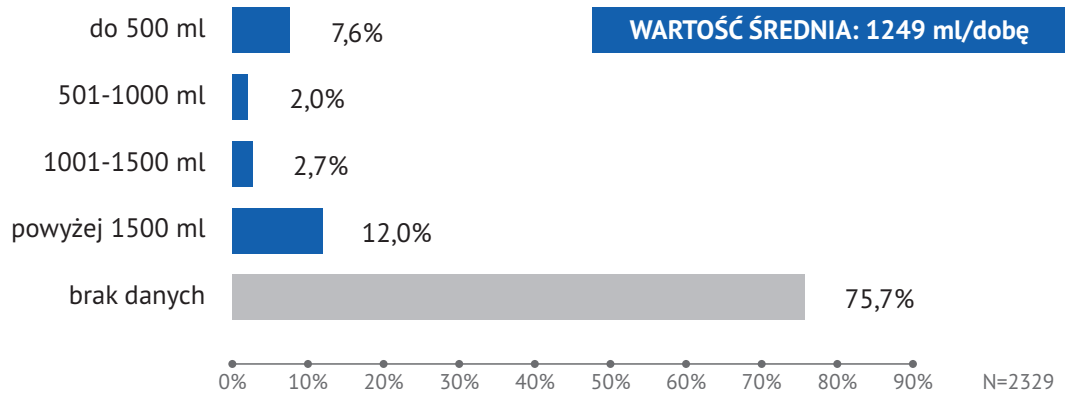


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Prawie co trzeci badany miał w czasie żywienia podane od 61 do 100 gram białka na dobę. Poniżej 60 g/dobę przyjęło 14% pacjentów. Średnia wartość to 65,7 g/dobę.

Wykres 14 zawiera informacje na temat objętości żywienia.

Wykres 14. Objętość diety ml/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym było podawane żywienie dojelitowe).



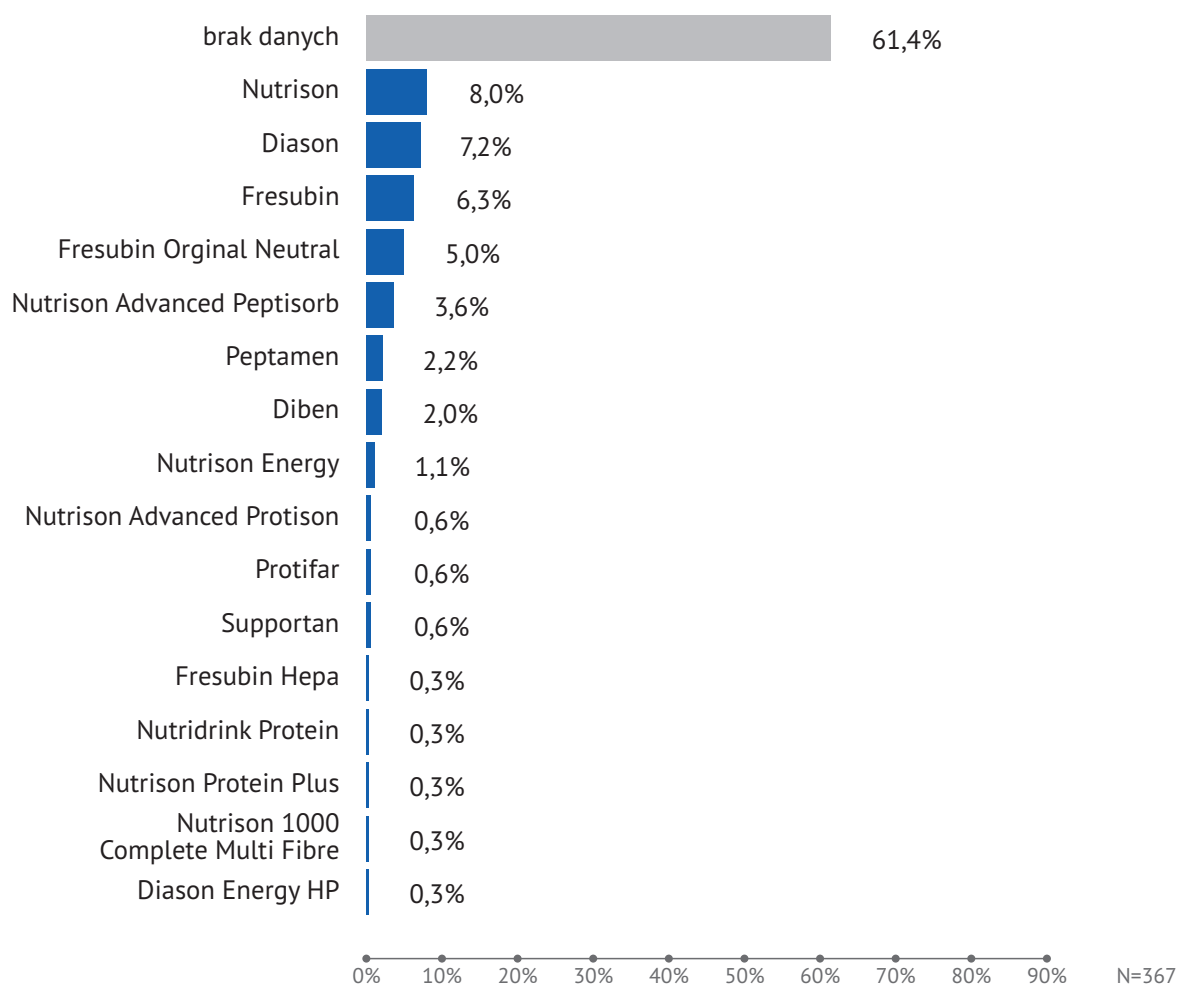
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

12% badanych miało podane powyżej 1500 ml żywienia na dobę. Średnia wartość do 1249 ml/dobę.

Żywienie dojelitowe

Wykres 15 przedstawia jakie preparaty stosowane były u pacjentów, wśród których podawano żywienie dojelitowe.

Wykres 15. Żywienie dojelitowe – preparat (wśród osób, którym było podawane żywienie dojelitowe).

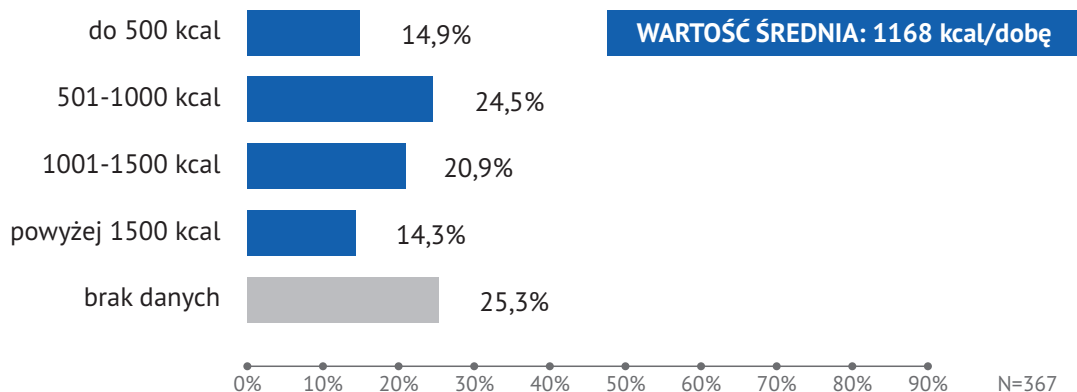


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Niestety w większości przypadków nie podano rodzaju preparatu. Z wymienionych najczęściej stosowany był Nutrison (8%). Kolejne często stosowane to Diason (7,2%) oraz Fresubin (6,3%).

Wykres 16 zawiera informacje na temat ilość podawanych kilokalorii na dobę w żywieniu dojelitowym.

Wykres 16. Żywienie dojelitowe – ilość kcal/dobę (wśród osób, którym było podawane żywienie dojelitowe).

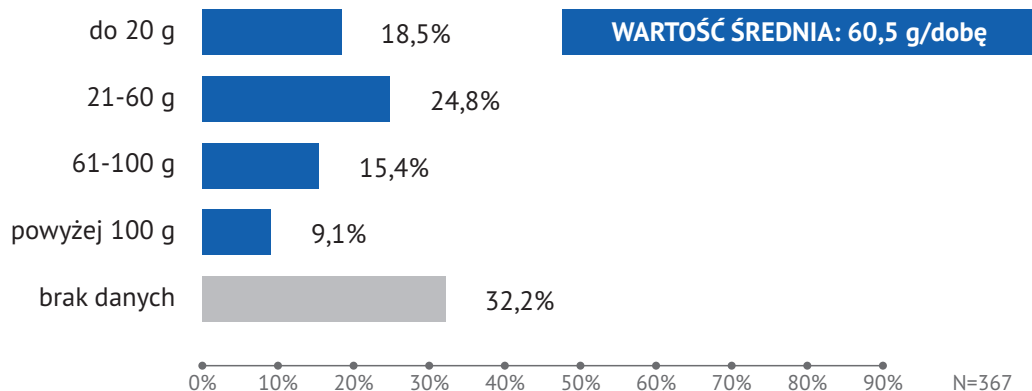


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Co czwarty pacjent podawane otrzymał od 501 do 1000 kcal/dobę w czasie żywienia dojelitowego. W co piątym przypadku było to 1001-1500 kcal, a 14% podawane otrzymało powyżej 1500 kcal/dobę. Mniej niż 500 kcal/dobę podano 15% pacjentów. Średnia wartość to 1168 kcal/dobę.

Wykres 17 zawiera informacje na temat ilość białka na dobę w żywieniu dojelitowym.

Wykres 17. Ilość białka g/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym było podawane żywienie dojelitowe).

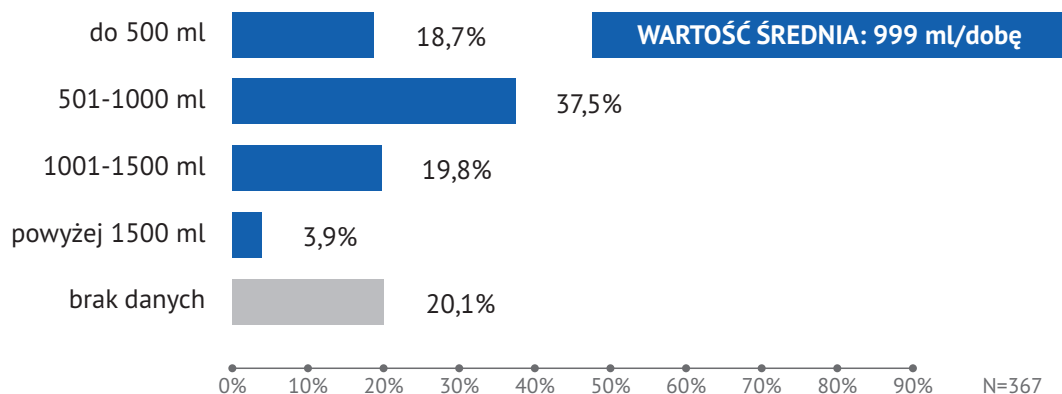


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Co czwartemu badanemu w diecie dojelitowej podawano od 21 do 60 g białka na dobę. Mniejszą ilość podano 19% pacjentów. Więcej niż 60 g/dobę otrzymało 25% ankietowanych. Średnia wartość wyniosła 60,5 g/dobę.

Wykres 18 zawiera informacje na temat objętości podawanego żywienia na dobę.

Wykres 18. Objętość ml/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym było podawane żywienie dojelitowe).



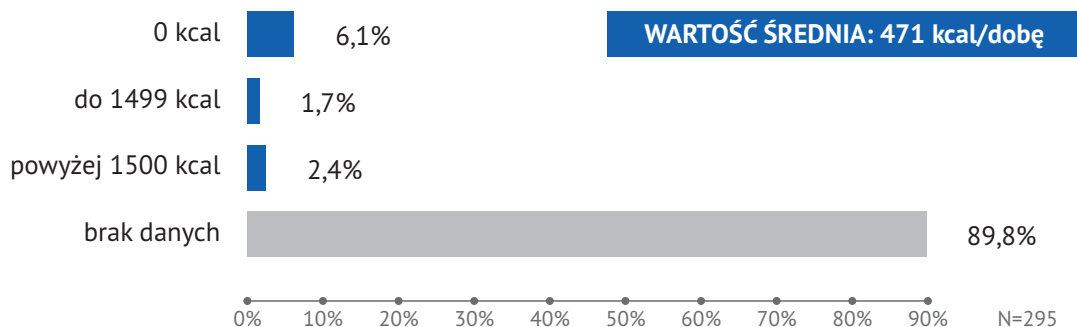
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Prawie 40% pacjentów w żywieniu dojelitowym otrzymało od 501 do 1000 ml żywienia. 19% badanych otrzymało mniej niż 500 ml, a więcej niż 1000 ml podano 24% pacjentów. Średnia wartość to 999 ml/dobę.

Miks kuchenny (zgłębnik/PEG)

Wykres 19 zawiera informacje na temat ilości kalorii na dobę w miksie kuchennym.

Wykres 19. Miks kuchenny – ilość kcal/dobę (wśród osób, którym było podawane żywienie miksowane).

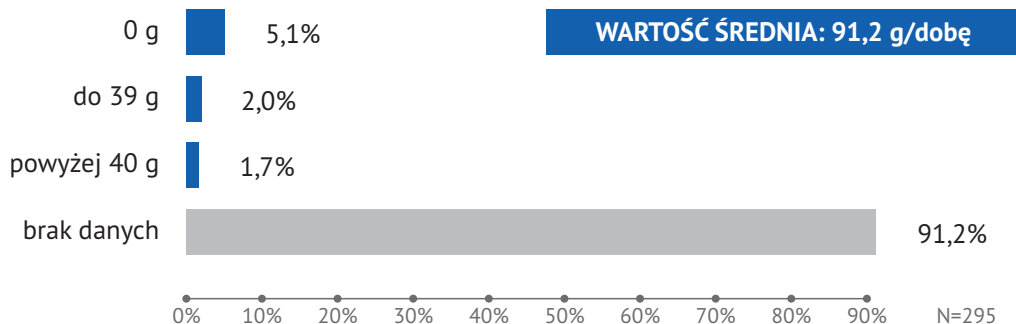


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Średnia wartość kilokalorii na dobę w miksie kuchennym to 471 kcal/dobę.

Wykres 20 zawiera informacje na temat ilości białka na dobę podawanego osobom objętym miksem kuchennym.

Wykres 20. Ilość białka g/dobę (maksymalna osiągnięta podaż, wśród osób, którym był podawany miks kuchenny).

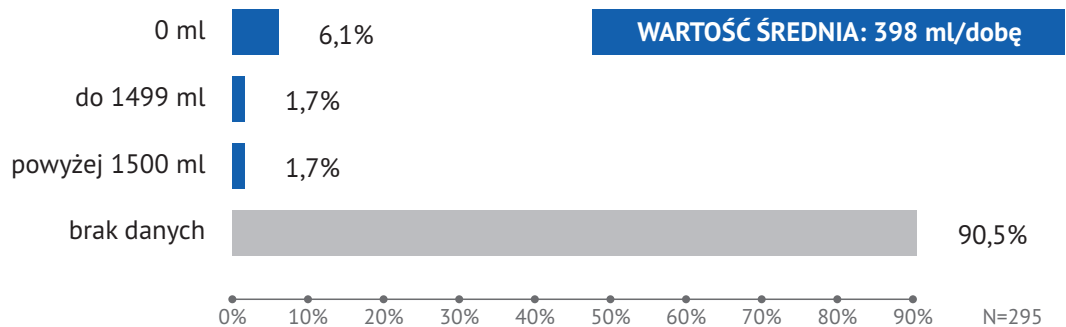


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Średnia wartość przyjmowanego białka na dobę w przypadku takiego żywienia to 91,2 g/dobę.

Wykres 21 zawiera informacje na temat objętości dobowej podaży miksów kuchennych.

Wykres 21. Objętość ml/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym był podawany miks kuchenny).



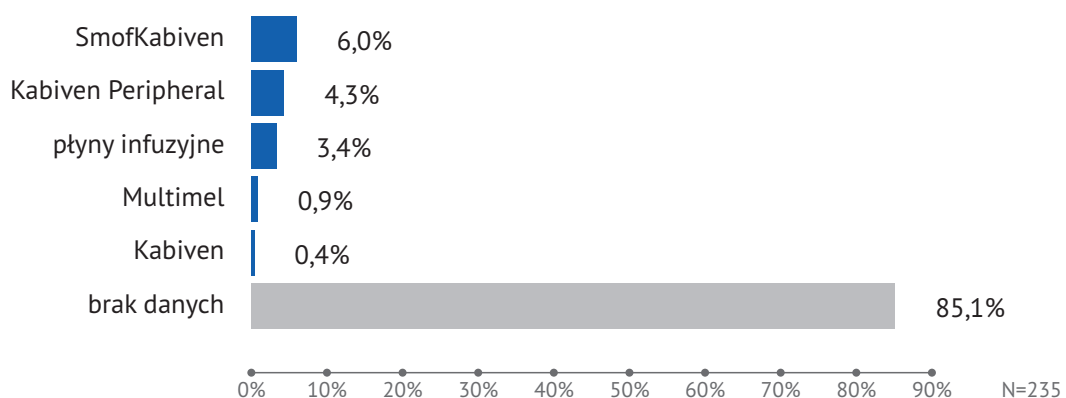
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Średnia wartość podawanej na dobę objętości miksów kuchennych to 398 ml.

Żywienie pozajelitowe

Wykres 22 przedstawia informację na temat preparatów stosowanych w żywieniu pozajelitowym.

Wykres 22. Żywienie pozajelitowe – preparat (wśród osób, którym było podawane żywienie pozajelitowe).

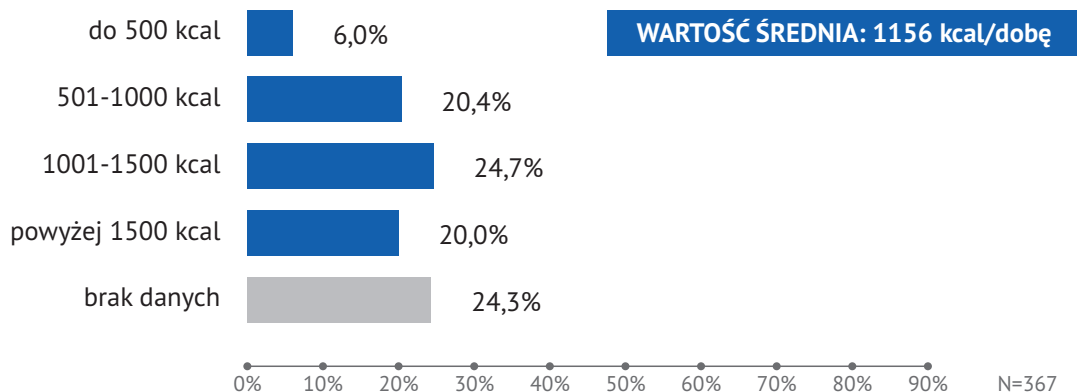


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Najczęściej stosowany preparat to SmofKabiven (6,0%). Kolejne to Kabiven Peripheral (4,3%) oraz płyny infuzyjne (3,4%).

Wykres 23 zawiera informacje na temat ilości kilokalorii na dobę w żywieniu pozajelitowym.

Wykres 23. Żywnienie pozajelitowe – ilość kcal/dobę (wśród osób, którym było podawane żywienie pozajelitowe).

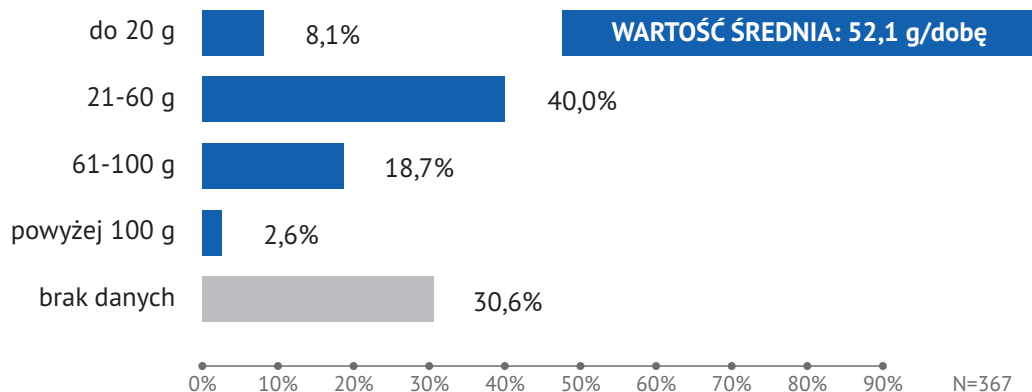


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Co czwarty badany w żywieniu pozajelitowym przyjmował dziennie od 1001 do 1500 kcal. U co piątego była to wyższa dawka, powyżej 1500 kcal. W 26% przypadków pacjenci przyjmowali w tym żywieniu poniżej 1000 kcal. Średnia wartość dla tego żywienia do 1156 kcal/dobę.

Wykres 24 zawiera informacje na temat ilość białka na dobę podawanego w żywieniu pozajelitowym.

Wykres 24. Ilość białka g/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym było podawane żywienie pozajelitowe).

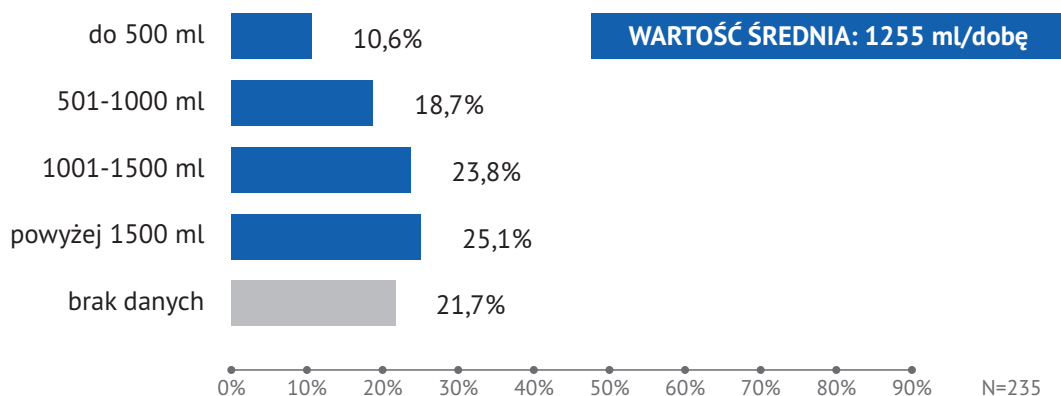


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

40% pacjentów przyjęło w ciągu doby od 21 do 60 g białka. Mniej niż 20 g przyjęło 8% badanych, a więcej – co piąty. Średnia wartość przyjmowania białka w żywieniu pozajelitowym to 52,1 g/dobę.

Wykres 25 zawiera informacje na temat objętości przyjmowanego żywienia pozajelitowego w ciągu doby.

Wykres 25. Objętość ml/dobę (maksymalna osiągnięta podaż; wśród osób, którym było podawane żywienie pozajelitowe).

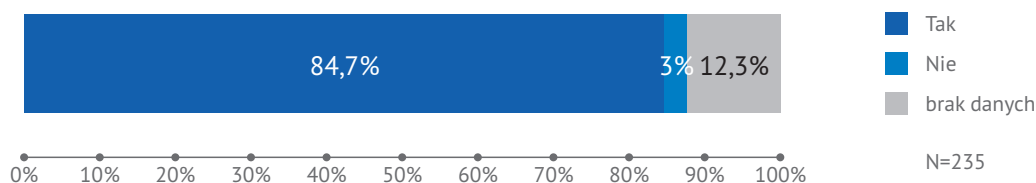


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Co czwarty badany otrzymał ponad 1500 ml żywienia pozajelitowego, a niewiele mniejszy odsetek (24%) – od 1001 do 1500 ml. 19% pacjentów przyjęło w ciągu doby od 501 do 1000 ml żywienia pozajelitowego, a co dziesiąty – poniżej 500 ml. Średnia wartość podanego żywienia pozajelitowego to 1255 ml/dobę.

Wykres 26 przedstawia obecność witamin w mieszaninie do żywienia pozajelitowego.

Wykres 26. Obecność witamin w mieszaninie (wśród osób, którym było podawane żywienie pozajelitowe).

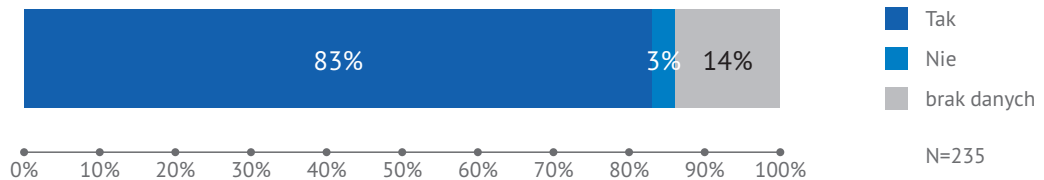


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Mieszaniny do żywienia pozajelitowego w większości przypadków (85%) zawierały witaminy.

Wykres 27 przedstawia obecność pierwiastków śladowych w mieszaninie do żywienia pozajelitowego.

Wykres 27. Obecność pierwiastków śladowych w mieszaninie.

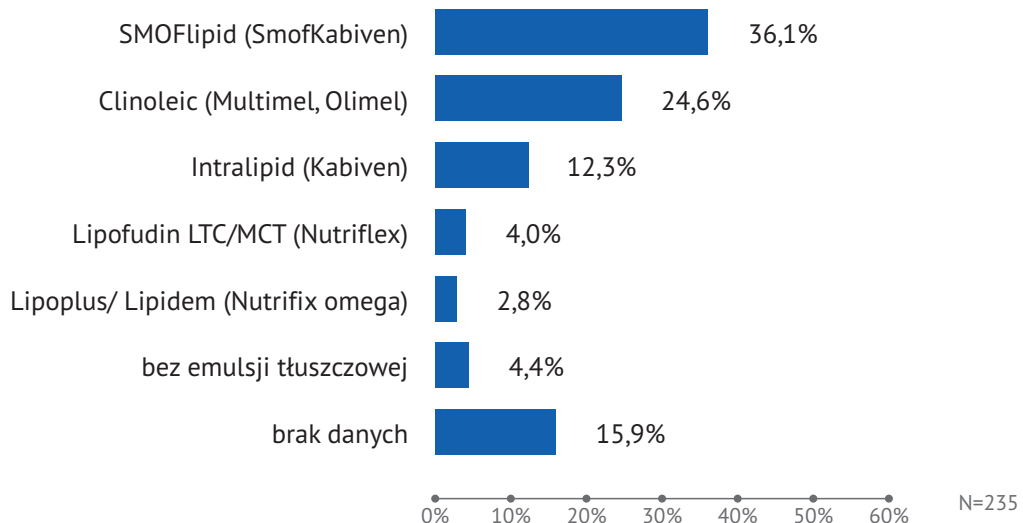


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W większości przypadków (83%) pierwiastki śladowe były obecne w mieszaninie do żywienia pozajelitowego.

Na wykresie 28 przedstawiono rodzaj emulsji tłuszczowej w mieszaninie pozajelitowej.

Wykres 28. Rodzaj emulsji tłuszczowej w mieszaninie pozajelitowej.

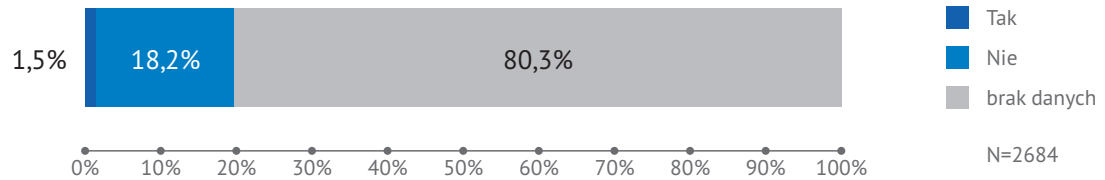


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Najczęściej stosowany rodzaj emulsji tłuszczowej to SMOFlipid (SmofKabiven) – stosowano ją w częściej niż co trzecim przypadku. U co czwartego pacjenta zastosowano Clinoleic (Multimel, Olimel), a w 12% przypadków – Intralipid (Kabiven).

Wykres 29 przedstawia informację na temat żywienia immunomodulującego.

Wykres 29. Żywienie immunomodulujące.

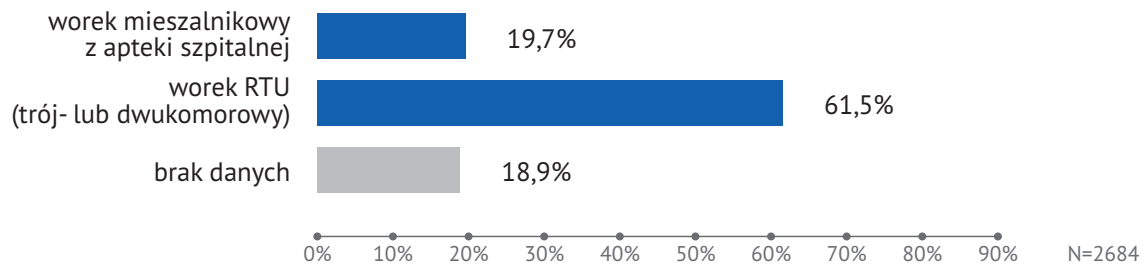


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

Żywienie immunomodulujące zastosowano jedynie w 1,5% przypadków.

Wykres 30 przedstawia rodzaj zastosowanej mieszanki.

Wykres 30. Rodzaj mieszanki.



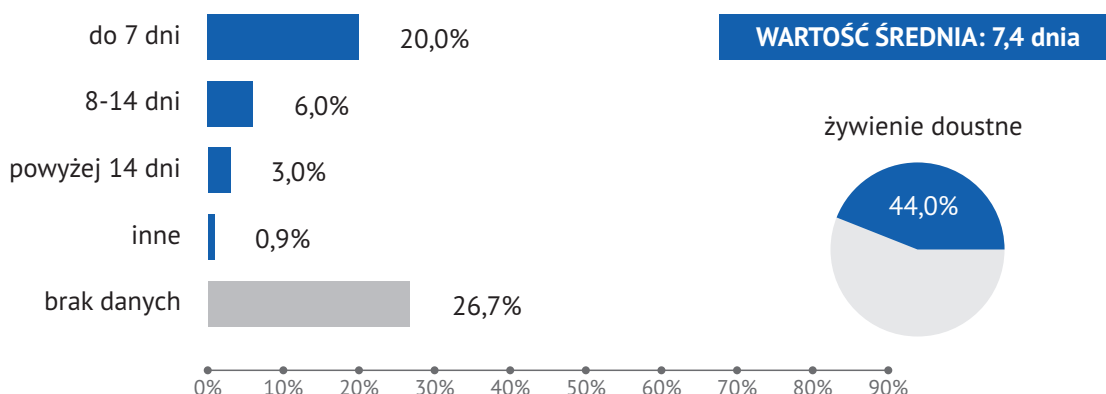
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W prawie 20% przypadków zastosowano worek mieszalnikowy z apteki szpitalnej. Częściej stosowany był worek RTU (trój- lub dwukomorowy) (62%).

Okres trwania żywienia

Wykres 31 przedstawia planowany czas trwania żywienia.

Wykres 31. Planowany czas trwania żywienia.

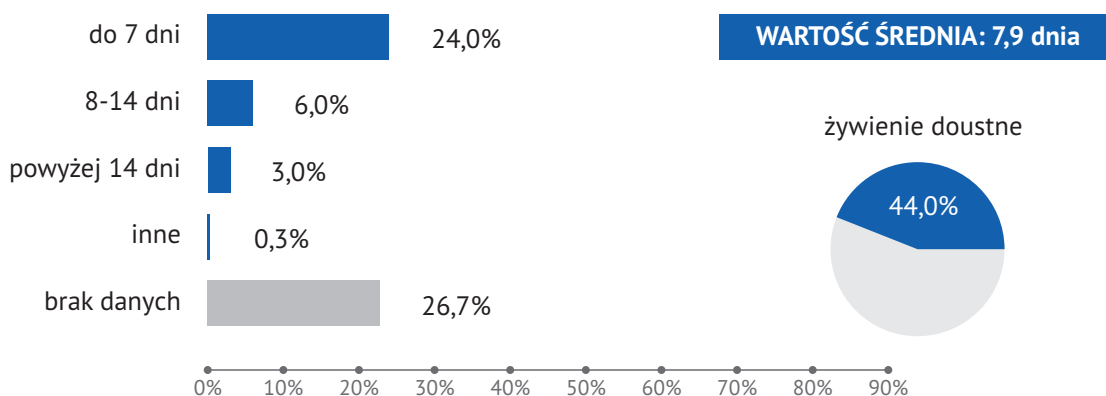


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W co piątym przypadku planowany czas trwania żywienia wynosił do tygodnia. W 6% pacjentów miało to być 8-14 dni. Średnia wartość planowanego czasu żywienia to 7,4 dnia.

Wykres 32 zawiera informacje na temat faktycznego czasu trwania żywienia.

Wykres 32. Faktyczny czas trwania żywienia:

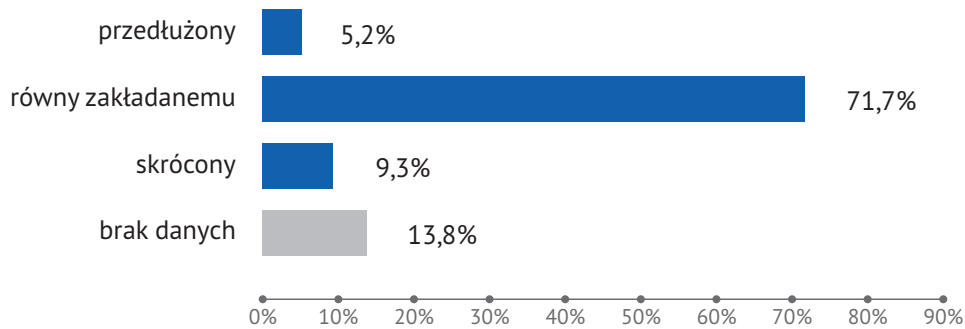


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W co czwartym przypadku faktyczny czas trwania żywienia trwał do tygodnia. Średnia wartość to 7,9 dnia.

Wykres 33 przedstawia różnicę między planowanym a faktycznym trwaniem żywienia.

Wykres 33. Różnica między planowanym a faktycznym trwaniem żywienia (wśród osób, które miały stosowane inne terapie żywieniowe niż doustne).



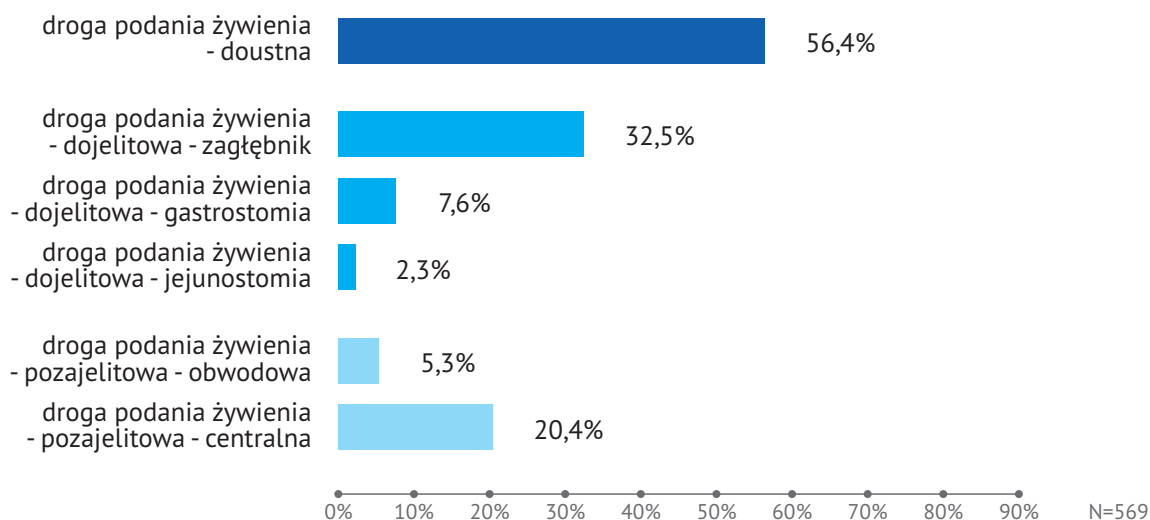
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów

W większości przypadków (72%) czas ten był równy zakładanemu. W prawie co dziesiątym – został on skrócony.

Punktacja NRS oraz SGA a otrzymanie żywienia

Wykres 34 zawiera informację o otrzymanym żywniu wśród pacjentów o ocenie na skali NRS 3 lub więcej.

Wykres 34. Pacjenci z 3 lub więcej punktów wg NRS a otrzymane żywienie.

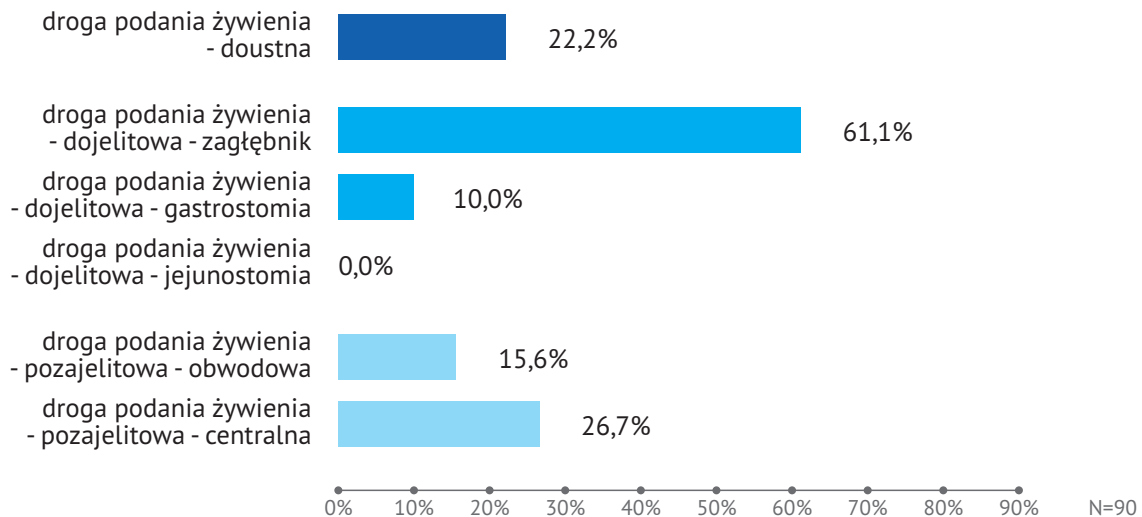


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów; wyniki nie sumują się do 100%: można było podać więcej niż jedną drogę podaży żywienia.

Wśród pacjentów ocenionych na skali NRS oceną 3 lub więcej prawie 60% miało stosowane żywienie doustne. W ponad 40% przypadków było to żywienie dojelitowe, a u co czwartego pacjenta – żywienie pozajelitowe.

Wykres 35 zawiera informację o otrzymanym żywieniu wśród pacjentów o ocenie na skali SGA B lub C.

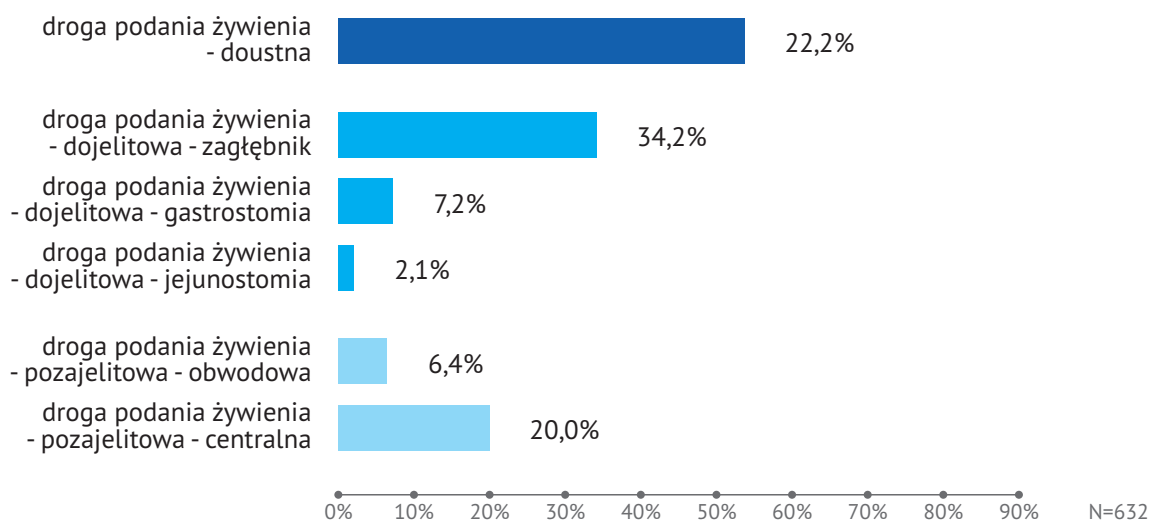
Wykres 35. Pacjenci z oceną B lub C wg SGA a otrzymane żywienie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów; wyniki nie sumują się do 100%: można było podać więcej niż jedną drogę podaży żywnienia.

Wśród pacjentów ocenionych na skali SGA oceną B lub C ponad 70% miało stosowane żywienie dojelitowe. W ponad 40% przypadków było to żywienie pozajelitowe, a u co piątego pacjenta – żywienie doustne.

Wykres 36. Pacjenci z oceną B lub C wg SGA LUB z 3 lub więcej punktów wg NRS a otrzymane żywienie.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pacjentów; wyniki nie sumują się do 100%: można było podać więcej niż jedną drogę podaży żywnienia.

Podsumowanie badania

pt. Ocena terapii żywieniowej w polskich szpitalach

W dniach 19.03-23.03.2018 przeprowadzono badanie ankietowe w grupie 2684 pacjentów przebywających w różnych oddziałach szpitalnych (chirurgia, intensywna terapia, onkologia, kardiologia, interna i inne). Celem badania było przeanalizowanie stanu odżywienia pacjentów oraz ocena realizacji leczenia żywieniowego w jednostkach ochrony zdrowia.

W toku badania uzyskano bardzo ważne wyniki, rzucające nowe światło na sytuację polskich pacjentów. Z badania można wyciągnąć następujące wnioski:

- najczęściej stosowaną metodą oceny stanu odżywienia (prawie 90%) jest skala Nutritional Risk Screening 2002, która pozwala dosyć precyzyjnie określić wskazania do interwencji żywieniowej
- u 32% (wg SGA) lub 36,1% (w NRS) pacjentów stwierdzono wskazania do leczenia żywieniowego
- 60% oddziałów, z których pozyskano dane to chirurgia i interna, co świadczy o dużym zainteresowaniu tych specjalizacji żywieniem klinicznym
- najczęściej używaną drogą żywienia pacjenta była droga doustna (85%), podczas gdy żywienie sztuczne stosowano znacząco rzadziej (dojelitowe – ok. 13,3%, pozajelitowe – 8,2%)
- pokrycie zapotrzebowania było najlepsze podczas żywienia doustnego (średnia podaż energii > 1700 kcal/ dobę, białka 65,7 g/dobę)
- żywienie dojelitowe było deficytowe u ponad 50% pacjentów, pozajelitowe u ponad 60%
- zaskakująco często stosowane było żywienie kuchenną dietą miksowaną, które było bardzo deficytowe: średnia wartość podaży energii w żywieniu miksowanym to 471 kcal/dobę
- u licznych pacjentów OIT stosowane są interwencje (około 60% pacjentów na oddziale intensywnej terapii było wentylowanych mechanicznie), które zwiększają zapotrzebowanie białkowo-kaloryczne, co może wywołać lub pogłębić niedożywienie
- wśród pacjentów żywionych dojelitowo 35% otrzymało odpowiednią liczbę kcal, a tylko 20% otrzymało właściwą ilość białka i właściwą objętość
- 15% żywień pozajelitowych było niekompletnych i nie pozwalało na podaż wszystkich składników odżywczych

- w porównaniu z grupą żywioną dojelitowo pacjenci otrzymujący żywienie pozajelitowe otrzymali więcej białka, kcal i większą objętość diety
- zauważono różnicę pomiędzy planowanym a rzeczywistym czasem żywienia – w ponad 25% przypadków podaż była inna niż pierwotnie zaplanowano

Najważniejsze wnioski:

1. U co najmniej 30% pacjentów w polskich szpitalach stwierdza się konieczność włączenia leczenia żywieniowego
2. Realizacja interwencji żywieniowej podczas pobytu w szpitalu nie jest zadowalająca, ponieważ:
 - podaż makroskładników odżywczych (białka i energii) nie jest wystarczająca
 - zdarza się wykorzystywać dietę miksowaną, która jest z założenia deficytowa
 - obserwuje się braki w podaży mikroskładników (witamin i pierwiastków śladowych)
 - nie udaje się zrealizować zaplanowanej interwencji żywieniowej pod kątem czasu jej trwania
3. Konieczne są działania na rzecz poprawy stanu wiedzy osób prowadzących leczenie żywieniowe, tak, aby umożliwić prawidłowe leczenie żywieniowe wszystkich pacjentów.





Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu

www.polspen.pl