

## Una linea guida nutrizionale migliora gli esiti clinici nelle unità di terapia intensiva

### Quesito clinico

Una linea guida basata sulla documentazione d'efficacia riguardo all'uso della nutrizione enterale (NE) e parenterale (NP) può migliorare l'esito clinico per i pazienti?

### Messaggio

L'adozione di una linea guida basata sulla documentazione d'efficacia che incoraggia l'uso preferenziale della nutrizione enterale consente di ridurre la mortalità e la durata di degenza nelle unità di terapia intensiva. Anche se non è possibile escludere l'effetto di differenze basali tra i gruppi e la presenza di un effetto Hawthorne (conseguente alla consapevolezza, da parte dei soggetti in osservazione, di partecipare allo studio), questo studio tuttavia fornisce una documentazione abbastanza convincente per il clinico. (LOE = 1b)

### Citazione

Martin CM, Doig GS, Heyland DK, Morrison T, Sibbald WJ; Southwestern Ontario Critical Care Research Network. [Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy \(ACCEPT\)](#). *CMAJ* 2004; 170:197-204. ([Riassunto su PubMed](#))

**Disegno dello studio:** studio clinico controllato e randomizzato (non in cieco)

**Contesto:** ospedaliero (solo unità di terapia intensiva)

### Sinossi

Si stanno accumulando documentazioni circa un uso della NE non sufficientemente frequente e precoce, e circa l'esistenza di rischi significativi della NP, che probabilmente dovrebbe essere usata meno di quanto si fa adesso. In questo studio, le unità di terapia intensiva di 14 ospedali sono state randomizzate al trattamento usuale oppure al trattamento guidato da un insieme di linee guida di pratica clinica basate sulla documentazione d'efficacia. Un ospedale assegnato al gruppo d'intervento dopo aver appreso l'assegnazione ha rifiutato di partecipare (apparentemente non è stato chiarito il significato di randomizzazione), ma ha poi acconsentito a raccogliere dati nel gruppo di controllo. Un altro ospedale, inizialmente assegnato al gruppo di controllo, è stato riassegnato al gruppo di intervento per rimpiazzare il primo. Questi due ospedali sono stati esclusi dall'analisi primaria. La linea guida incoraggiava l'uso precoce della NE e cercava di limitare l'uso della NP solo a pazienti con specifiche controindicazioni alla NE. Un totale di 269 pazienti è stato assegnato al gruppo d'intervento e 223 altri pazienti sono stati assegnati al gruppo di controllo (approssimativamente il 94% dei pazienti eligibili). I due gruppi di unità intensive sono stati confrontati durante una fase di raccolta dati precedente l'intervento; il gruppo di ospedali assegnati all'intervento aveva valori lievemente minori di gravità di malattia, mortalità e durata di degenza. L'implementazione della linea guida ha comportato sforzi educazionali intensivi, poster e schede tascabili laminate, ed iniziative di audit e feedback. La raccolta dati è durata un anno, tra l'ottobre 1997 e il settembre 1998. I pazienti nel gruppo di intervento risultavano avere minor mortalità (27% vs 37%;  $P = .058$ ) e più corta durata di degenza totale (25 vs 35 giorni;  $P = .003$ ). Quando i due ospedali inizialmente esclusi sono stati inseriti nell'analisi, la differenza di mortalità è divenuta statisticamente significativa. Non c'era differenza nella durata di degenza in terapia intensiva. Un tentativo di aggiustamento delle differenze di base tra i due gruppi di pazienti è stato effettuato.

---

### Commento

Numerosi studi in letteratura evidenziano un vantaggio in termini di morbidità e di mortalità della nutrizione enterale (NE) rispetto alla nutrizione parenterale (NP). Nella nostra esperienza, che data ormai 4 anni, in pazienti neoplastici candidati ad interventi di chirurgia maggiore con intenti radicali la NE post operatoria inizia precocemente, a sei ore dal termine dell'intervento, e mediamente copre il fabbisogno calorico del paziente entro la 4° giornata post operatoria. Anche nella nostra casistica abbiamo rilevato, in pazienti trattati con NE, una

riduzione in termini assoluti delle complicanze infettive non correlate a complicanza chirurgica, una minor gravità delle complicanze infettive stesse, una più precoce canalizzazione del paziente, una riduzione della degenza rispetto ad una serie storica di paziente trattati con NP. Va altresì evidenziato come in ambito chirurgico nazionale, diversamente da quanto oramai succede nelle terapie intensive, la NE precoce post operatoria non è ancora una pratica diffusa, nonostante l'efficacia della tecnica sia dimostrata in letteratura. Lo studio di Martin e colleghi qui riportato sottolinea inoltre come l'implementazione corretta di linee guida *evidence based* possa avere un impatto positivo nella pratica clinica.

**Dott. Missana Giancarlo**

SOC Chirurgia II

Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia"  
*di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione*

P.za S. Maria della Misericordia 15

33100 Udine

[missana.giancarlo@aoud.sanita.fvg.it](mailto:missana.giancarlo@aoud.sanita.fvg.it)

---

**Citazioni correlate**

[Da PubMed](#)

---

Revisione tratta da [InfoPOEMs - InfoRetriever](#)

Tradotta dall'inglese dal dott. Michele Tringali

Responsabile struttura Conoscenza e Ricerca - [Knowledge Centre](#)

Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia" – Udine

[tringali.michele@aoud.sanita.fvg.it](mailto:tringali.michele@aoud.sanita.fvg.it)

11 marzo 2004