

Übereinstimmung der Grössenangabe von geriatrischen Patienten aus der Krankengeschichte mit gemessenen Werten

Leila Schwizer und Dr. clin. nutr. Caroline M. Kiss
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER

Ziel / Fragestellung: Die Erhebung von anthropometrischen Daten ist unter anderem relevant zum Einschätzen des Ernährungszustandes. Aus Körpergrösse und Gewicht wird der Body Mass Index (BMI) berechnet, welcher beispielsweise im Nutritional Risk Screening (NRS) zur Einschätzung des Risikos einer Mangelernährung verwendet wird. Weiter wird zur Einschätzung einer Sarkopenie der Appendikuläre Skeletale Muskelmassen-Index (ASMI) verwendet, der die Muskelmasse für die Körpergrösse korrigiert. Der Körpergrössenverlust im Alter beträgt ab 65 Jahren 2 – 3 cm pro De-kade. Häufig wird im Spital die Körpergrösse nur erfragt oder geschätzt, was zu Fehl-ern führt. In dieser Untersuchung werden die Angaben zur Körpergrösse aus dem Klinikinformationssystem (KIS) verglichen mit der gemessenen Körpergrösse.

Design: Ergänzende Analyse der Daten zur Prävalenz der Sarkopenie in der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER, bei 305 Patienten, Median 84.0 Jahre, 65.6 % Frauen. Verglichen wurden Einträge zur Körpergrösse aus dem KIS (Patientenangaben, Schätzungen von Gesundheitsfachpersonen oder Messungen) mit standardisiert gemessener Körperlänge im Liegen. Für Personen mit Schwierigkeiten zur Mobilisation hat die Messung im Liegen eine höhere Genauigkeit als andere Alternativ-messungen.

Resultate: Ausgewertet wurden 305 Patienten (66 % Frauen); bei 36 Patienten (12 %) fehlten die Angaben zur Grösse im KIS. Die durchschnittlich gemessene Körperlänge für Frauen betrug 156 cm (SD 7.4 cm) und für Männer 169 cm (SD 6.6 cm). Die Angaben aus dem KIS korrelierten gut mit den gemessenen Angaben bei Frauen ($r = 0.821$, $p < .001$) und Männer ($r = 0.796$; $p < .001$). Für beide Geschlechter waren die Angaben aus dem KIS höher im Vergleich zur Messung: Frauen 3.6 cm (SD 5.8 cm) und Männer 3.9 cm (SD 4.5 cm). Die maximalen Abweichungen für Frauen betrug 21 cm und bei Männer 16 cm. Bei 48 Männern gibt es eine maximale Abweichung von 3 cm. Eine maximale Abweichung von 2 cm gibt es bei 57 Frauen.

Diskussion: Im Vergleich zu anderen Studien enthält diese Untersuchung wenig fehlende Angaben zur Körpergrösse im KIS. Generell wird die selbst angegebene Körpergrösse überschätzt. Angaben zur Körpergrösse aus dem KIS waren höher als gemessene Werte. **Schlussfolgerung:** Ist die Berechnung des BMI erforderlich, soll die Körpergrösse bei geriatrischen Patienten gemessen und nicht erfragt oder geschätzt werden. Zu beachten ist das der Grenzwert des BMIs in der Geriatrie bei 22 – 27 kg/m².

Correspondance des données des patient-e-s gériatriques figurant au dossier médical avec les valeurs mesurées

Leila Schwizer et Caroline M. Kiss, docteure clin. nutr.
Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER

Objectif / problématique : la collecte de données anthropométriques est notamment importante pour évaluer l'état nutritionnel. La taille et le poids corporel permettent de calculer l'indice de masse corporelle (IMC), qui est par exemple utilisé dans le Nutritional Risk Screening (NRS) pour apprécier le risque de malnutrition. De plus, pour évaluer une sarcopénie, l'indice appendiculaire de masse musculaire squelettique est utilisé, qui corrige la masse musculaire par rapport à la taille corporelle. A partir de 65 ans, la perte de taille corporelle liée à la vieillesse est de 2 à 3 cm par décennie. Bien souvent à l'hôpital, on se contente de demander la taille corporelle ou de l'estimer, ce qui est source d'erreurs. Cette étude compare les indications sur la taille corporelle issues du système d'information clinique (SIC) avec la taille corporelle mesurée.

Design : analyse complémentaire des données sur la prévalence de la sarcopénie à l'Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER auprès de 305 patient-e-s (âge médian 84,0 ans, 65,6 % de femmes). Les saisies de la taille corporelle dans le SIC (indications des patient-e-s, estimations des infirmiers/ères ou mesures) ont été comparées à celles de la longueur corporelle mesurée de façon standardisée en position allongée. Pour les personnes pour qui la mobilisation est difficile, la prise de mesure en position allongée présente une plus grande précision que les autres mesures.

Résultats : l'étude a porté sur 305 patient-e-s (66 % de femmes) ; pour 36 patient-e-s (12 %), il manquait les indications sur la taille dans le SIC. La longueur corporelle mesurée en moyenne pour les femmes était de 156 cm (ET 7,4 cm) et pour les hommes de 169 cm (ET 6,6 cm). Les données tirées du SIC étaient en corrélation avec celles mesurées pour les femmes ($r = 0,821$, $p < 0,001$) et les hommes ($r = 0,796$; $p < 0,001$). Pour les deux sexes, les données du SIC étaient supérieures aux valeurs mesurées : femmes 3,6 cm (ET 5,8 cm) et hommes 3,9 cm (ET 4,5 cm). Chez les femmes, l'écart maximal était de 21 cm, et de 16 cm chez les hommes. Pour 48 hommes, l'écart maximal était de 3 cm. Un écart maximal de 2 cm a été observé chez 57 femmes.

Discussion : par rapport à d'autres études, cette enquête comporte moins de données manquantes sur la taille corporelle dans le SIC. De façon générale, la taille corporelle indiquée par les patient-e-s eux-mêmes est surestimée. Les données sur la taille corporelle tirées du SIC étaient supérieures aux valeurs mesurées.

Conclusion : si le calcul de l'IMC est requis, il faut mesurer la taille corporelle des patient-e-s gériatriques plutôt que de la demander ou de l'estimer. Il convient d'observer que la valeur limite de l'IMC en gériatrie est de 22 à 27 kg/m².