

Valutazione e Intervento Nutrizionale nell'anziano

Dott. Domenico Bova

NAD DISTRETTI 14 – 22 – 23 ASL CASERTA

La Na nell'anziano fragile

La letteratura scientifica evidenzia un alto rischio di MPE nel paziente anziano, specialmente se istituzionalizzato.

L'anziano fragile ha percentuali maggiori di morbilità e mortalità e si caratterizza spesso per una MPE che ne condiziona la prognosi, in particolare la demenza e la malattia di Parkinson sono caratterizzate da una Mpe severa e precoce e in queste malattie un supporto nutrizionale preventivo deve essere sempre considerato in quanto la ricostruzione della massa magra è molto più difficile che nei giovani.

MPE nell'anziano

0,5%	PAZIENTI AMBULATORIALI
5 - 12%	PAZIENTI A DOMICILIO
35-65%	PAZIENTI OSPEDALIZZATI PER PATOLOGIE ACUTE
25 – 80%	PAZIENTI ISTITUZIONALIZZATI

Valutazione dello stato nutrizionale

- A - anamnesi nutrizionale
- B - valutazione clinica
- C – valutazione antropometrica
- D – parametri ematologici e biochimici
- E – parametri immunologici
- F – valutazione funzionale

Anamnesi nutrizionale

MEDICA

- Età
- peso attuale, abituale, ideale
- Recenti interventi chirurgici, recenti malattie acute
- Malattie croniche
- Stato di idratazione, fabbisogni aumentati
- Perdite aumentate (fistole, drenaggi, ascessi)
- Perdite croniche di sangue (emodialisi)
- Uso di alcool, tabacco
- Uso cronico di farmaci
- Abuso di farmaci

SOCIALE

- Reddito, educazione, nucleo familiare, assistenza e ambiente

DIETETICA

- Anoressia, intolleranze alimentari, restrizioni dietetiche, difficoltà a masticare o deglutire, dentizione povera o inconvenienti della dentiera, alterazioni del gusto o dell'olfatto, disfagia

Valutazione clinica

Parametri clinici

- **Progressiva perdita di peso, depauperamento muscolare, riduzione forza muscolare.**
- **Manifestazioni cutanee: pallore, dermatiti, difficoltà di cicatrizzazione, lesioni da pressione.**
- **Alterazione delle mucose: labbra arrossate e screpolate, gonfiore gengive, glossiti.**
- **Unghie fragili o a cucchiaino, pigmentazioni diffuse, viso a forma di luna, cornee opache, congiuntive secche.**

Parametri antropometrici

- **Età, sesso, altezza**
- **Peso: attuale, abituale, ideale**
- **Calo ponderale= $\frac{\text{peso abituale} - \text{peso attuale}}{\text{peso abituale}} \times 100$**
- **IMC (BMI)= $\frac{\text{peso}}{\text{altezza in m}^2}$**
- **CB = circonferenza braccio**
- **PT = plica tricipitale**

Parametri ematologici e biochimici

- **Proteine plasmatiche sintetizzate dal fegato:**
- **Albumina serica (turnover lento: emivita 20 gg)**
- **Transferrina serica (turnover medio: emivita 7 gg)**
- **Prealbumina (turnover rapido: emivita 2 gg)**
- **RPB (turnover rapidissimo: emivita 12 ore)**
- **HCT e Hb : indicatori di deficit di ferro**
- **Morfologia dei globuli rossi**
- **Colinesterasi**
- **Colesterolo e trigliceridi**
- **Indice creatinina/ altezza**

indice creatinina/ altezza

E' indicatore della massa magra corporea

La creatinina urinaria è il prodotto finale del metabolismo della creatina muscolare e il suo aumento è correlato alla massa muscolare e all'altezza.

$I C/A = \text{creatinina urinaria delle 24 ore} / \text{creatinina ideale} \times 100$

> 90% normale, 80-90% m. l. 60-80% m. m. < 60% m. grave.

parametri immunologici

- **Conta totale dei linfociti**
- **Ipersensibilità cutanea ritardata**
- **Complemento C 3**
- **IGM**

valutazione funzionale

- **Estremamente interessante è la dinamometria (analisi della stretta di mano)**
- **Consente di valutare il miglioramento delle performance muscolari dopo terapia nutrizionale. La forza muscolare risulta infatti proporzionale al miglioramento della massa muscolare apportato dalla terapia nutrizionale.**

Tabella entità malnutrizione

Parametro	LIEVE	MODERATA	GRAVE
➤ Calo ponderale	5-10%	11-20%	> 20%
➤ BMI	17-18,4	16-16,9	< 16
➤ Albuminemia	3,5-3.0	2,9- 2,5	< 2,5
➤ Tranferrina	150-200	100-149	< 100
➤ Prealbumina	18-22	10-17	< 10
➤ RPB	2,5-2,9	2,1-2,4	< 2,1
➤ Linfociti	1200-1500	800-1199	< 800

Prevenzione della MPE

- I parametri considerati in precedenza sono importanti per la valutazione della MPE.
- Importante è anche la prevenzione della malnutrizione
- Tra le tecniche di screening la più specifica per l'anziano e la più utilizzata è il Mini Nutritional Assessment (MNA).

MNA

- Il MNA fornisce un metodo semplice e rapido per individuare i pazienti anziani malnutriti o a rischio di malnutrizione prima ancora che subentrino gravi alterazioni ponderali o della proteinemia.
- Il questionario può essere compilato facilmente ed è uno dei più affidabili sistemi di monitoraggio per gli anziani.
- Si compone di due parti: screening e valutazione globale.

Cognome _____ Nome _____

Sesso _____ Età _____ Peso kg _____ Altezza cm _____ Data _____

SCREENING

A – Presenta perdita di appetito?

Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi?

0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo

1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo

2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo

B – Perdita di peso recente (< 3 mesi)

0 = perdita di peso > di 3 Kg

1 = non sa

2 = perdita di peso tra 1 e 3 Kg

3 = nessuna perdita di peso

C – Motricità

0 = dal letto alla poltrona

1 = autonomo a domicilio

2 = esce di casa

D – Negli ultimi 3 mesi: malattie o stress psicologici

0 = si

2 = no

E – problemi neuropsicologici

0 = demenza o depressione grave

1 = demenza moderata

2 = nessun problema psicologico

F – Indice di massa corporea

IMC (BMI) = Peso/Altezza^2 (kg/m²)

0 = IMC < 19

1 = IMC 19 a 21

2 = IMC 21 a 23

3 = IMC > 23

Valutazione dello Screening

(Totale parziale max 14 punti)

- 12- 14 punti = stato nutrizionale normale
- 8 – 11 punti = a rischio malnutrizione
- 0 – 7 punti = malnutrito

Se il punteggio è pari o superiore a 12 il paziente non è a rischio nutrizionale e quindi non è necessario compilare il resto del questionario.

Se il punteggio è pari o inferiore a 11 il paziente può essere a rischio nutrizionale e bisogna eseguire la valutazione globale.

Valutazione Globale

G – Il paziente vive autonomamente a domicilio?

1 si 0 = no

H – prende più di tre medicinali al giorno?

0 = si 1 = no

I – presenza di decubiti, ulcere cutanee?

0 = si 1 = no

J – quanti pasti completi prende al giorno?

0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti

K – consuma?

Almeno una volta al giorno prodotti lattiero-caseari?

Una o due volte a settimana uova o legumi?

Ogni giorno della carne, del pesce, del pollame?

0.0 se 0 o 1 si 0,5 se 2 si 1.0 se 3 si

L – consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura?

0 = no 1 = si

M – quanti bicchieri beve al giorno (acqua, succhi. The, latte)?

0.0 = < di 3 bicchieri

0.5 = da 3 a 5 bicchieri

1.0 = > 5 bicchieri

N – come si nutre?

0 = necessita di assistenza

1 = autonomamente con difficoltà

2 = autonomamente senza difficoltà

O – il paziente si considera ben nutrito?

0 = malnutrizione

1 = malnutrizione moderata

2 = nessun problema nutrizionale

P – Il paziente considera il suo stato di salute peggiore di altre persone della sua età?

0.0 = meno buono

0.5 = non sa

1.0 = uguale

2.0 = migliore

Q – circonferenza brachiale(CB,cm)

0.0= CB< 21, 0.5= CB 21-22, 1,0= CB>22

R – circonferenza del polpaccio(CP,cm)

0 = CP < 31 1 = CP > 31

Valutazione Totale

- Valutazione Globale: max 16 punti
- Screening + Valutazione Globale = Valutazione Totale (max 30 punti)

Valutazione dello stato nutrizionale

- Da 24 a 30 punti= stato nutrizionale normale
- Da 17 a 23,5 punti= rischio di malnutrizione
- Meno di 17 punti= cattivo stato nutrizionale

Interventi nutrizionali

La prima fase dell'intervento nutrizionale è finalizzata a verificare la disponibilità di una alimentazione per via orale, al fine di correggere e potenziare l'apporto proteico calorico mantenendo gli alimenti naturali, e si avvale di consigli nutrizionali, fortificazione degli alimenti e uso di integratori.

Consigli nutrizionali

In caso di inappetenza, ripienezza gastrica, precoce affaticamento nell'assunzione di cibo, un primo intervento nutrizionale consiste nell'indirizzare il paziente ad assumere una dieta frazionata, in pasti piccoli e frequenti ad alta densità calorica e proteica.

Fortificazione della dieta

Suggerire di arricchire l'apporto proteico-calorico dei cibi utilizzando come fonte calorica condimenti, salse, panna montata, gelati, miele, marmellate, sciroppi e, come fonte proteica, latte, formaggi e uova.

Integratori per via orale

Gli integratori orali sono prodotti a formulazione definita, da utilizzare come supporto nutrizionale dell'alimentazione comune.

Questa strategia ha la finalità di fornire a pazienti ancora in grado di alimentarsi per via naturale, una quota aggiuntiva di nutrienti sufficiente a coprire i fabbisogni nutritivi, impedendo o ritardando il ricorso a tecniche di supporto nutrizionale più invasive quali la nutrizione enterale o parenterale.

Integratori

Gli integratori possono essere utili in soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione in cui la supplementazione mediante cibi naturali sia risultata inefficace ma che siano ancora in grado di assumere con gli alimenti naturali almeno la metà dei loro fabbisogni.

Scelta della via nutrizionale



Copertura dei fabbisogni?

Si= NET No = integrazione con NP

L'integrazione può essere anche alla NP

Controindicazioni assolute alla NE

➤ Negato consenso del paziente o del tutor

➤ Occlusione o subocclusione cronica intestinale meccanica

➤ Grave ischemia intestinale cronica non ipovolemica

➤ Mancanza di adeguata funzione intestinale assorbente

➤ Diarrea severa

➤ Vomito intrattabile

➤ Fistole digiunali o ileali ad alta portata (> 400 ml/die)

➤ Peritonite

➤ Emorragie del tratto digestivo

➤ Megacolon tossico

➤ Sindrome da intestino corto (< 60 cm ileo residuo)

➤ Cachessia grave

Controindicazioni relative alla NE

- **Gastroparesi (infusione sottopilorica)**
- **Ileo paralitico (l'infusione a bassa velocità stimola la peristalsi)**
- **Fistole enteriche a bassa portata (l'infusione stimola la chiusura)**

Complicanze della NA

- Gastrointestinali e meccaniche (NE)
- Metaboliche (NE e NP)
- Infezione accessi venosi (vp,vc, picc, ct, port)

Complicanze gastrointestinali della NE

- Distensione e dolori addominali
- Diarrea
- Vomito
- Rigurgito e aspirazione nelle vie aeree

Complicanze meccaniche

Delle sonde nutrizionali:

- Ostruzione
- Angolatura
- Deposizionamento o rimozione accidentale
- Emorragie e perforazioni
- Infiammazione, infezione, necrosi

Delle stomie:

- Peritonite precoce
- Infezione, erosione, decubito dell'ingresso cutaneo
- Rottura e migrazione della sonda

Complicanze gastrointestinali della Ne

Che fare?

- Passare a somministrazione continua
- Diminuzione temporanea della quantità
- Cambiare le linee per eventuale contaminazione batterica
- Escludere gastroenteriti (es. colturali e ricerca clostridium difficile)
- Usare diete a basso peso molecolare (< 1000 Kcal per litro)

Complicanze metaboliche della NA

- Sindrome da rialimentazione (Refeeding Syndrome)
- Sindrome da iperalimentazione (Overfeeding Syndrome)
- Iperglicemia, ipoglicemia, ipertrigliceridemia
- Eccessiva produzione di CO₂
- Complicanze epatobiliari (steatosi, colestasi intraepatica)
- Malattia metabolica dell'osso (NPT di lunga durata)
- Diarrea

Refeeding Syndrome

Cause:

Preesistente MPE grave, eccessiva
somministrazione di glucosio e liquidi

Quadro clinico:

- Alterazioni elettrolitiche (ipopotassiemia, ipomagnesiemia, ipocalcemia)
- Ritenzione di sodio e liquidi
- Iperglicemia e glicosuria
- Obnubilamento del sensorio

Selezione dei pazienti da sottoporre a PEG

Controindicazioni assolute:

- Gravi disturbi emocoagulativi
- Interposizione di fegato o colon
- Carcinosi peritoneale
- Ascite severa
- Peritonite
- Anoressia nervosa
- Limitata aspettativa di vita

Selezione dei pazienti da sottoporre a PEG

Controindicazioni relative:

- Ascite moderata
- Schunts ventricolo-peritoneali
- Dialisi peritoneale
- Obesità grave
- Mancanza di transilluminazione
- Gastrectomia totale