

La malnutrizione nell'anziano: la gestione e il trattamento

Dott.ssa Monica Pivari
Ospedale San Paolo Savona
S.C. Medicina Interna 2



Anziano

Per la biologia e la medicina è anziano chi ha raggiunto un determinato livello cronologico di età, generalmente indicato intorno ai 65 anni

Anziano

- “young old” (65-74 anni)
- “old” (75-84 anni)
- “oldest-old” (oltre 85 anni)



ANZIANO FRAGILE

- Persona anziana che vede limitate le sue attività del vivere quotidiano a causa di problemi fisici, mentali, sociali o psicologici e per la presenza di malattie ricorrenti.
- Soffre di varie patologie che compromettono seriamente la sua indipendenza.
- Ha un bisogno particolare di aiuto e di cura ed è molto vulnerabile alle complicanze

ANZIANO E NUTRIZIONE

- **Specificità del paziente geriatrico:**
 - ✓ Demenza
 - ✓ Malattie cerebrovascolari acute
 - ✓ Malattie neurologiche croniche progressive
 - ✓ Anziano fragile
 - ✓ Patologie croniche
- **Strumenti di riferimento insufficienti**
- **Necessità di approccio olistico multidisciplinare (team)**
- **Elementi da indagare:**
 - ✓ Cognitività
 - ✓ Autonomia funzionale (presente e recuperabile)
 - ✓ Aspetti psicologici e relazionali (assistenza)



SIGG

LA PERDITA DI PESO E IL SOTTOPESO
NELL'ANZIANO SONO ASSOCIATI A FRAGILITA' E
ACCELERATI TASSI DI FREQUENZA DI MORBILITA'
E MORTALITA'

ROBERTS ET AL, 2005

FABBISOGNI NUTRIZIONALI NELL'ANZIANO

I fabbisogni nutrizionali nell'anziano sono differenti da quelli dell'adulto

Proteine: 1- 1,2 g/kg/die

Calorie: 20- 30/kg/die

Acqua: 20-25 mg/kg/die

Fibre: 20 -30 g / die



Dal punto di vista calorico la dieta di un anziano dovrebbe essere strutturata nel seguente modo:

- Proteine 15 - 20%
- Lipidi 20 - 25%
- Glucidi 55 - 65%

Oligoelementi e Vitamine

- ✓ I fabbisogni vitaminici in persone oltre i 65 anni non sono ben definiti e pochi studi includono i fabbisogni vitaminici oltre i 75 anni
- ✓ Il fabbisogno di vitamine idrosolubili rimane costante, sebbene vi sono alcune evidenze di aumentati fabbisogni di B12 e B6
- ✓ Il fabbisogno di vitamine E e K non cambia ma quest'ultima è influenzata dai farmaci

Oligoelementi e Vitamine

- ✓ L'apporto di Ca deve essere garantito ed eventualmente mantenuto con aggiunta di Vit D
- ✓ Carenze vitaminiche si manifestano maggiormente durante NPT
- ✓ I pazienti in NED che ricevono adeguati apporti non presentano carenze vitaminiche

Fabbisogni giornalieri di vitamine

Vitamina	Enterale	Parenterale
Tiamina	1,2 mg	3 mg
Riboflavina	1,3 mg	3,6 mg
Niacina	16 mg	40 mg
Acido Folico	400 µg	400 µg
Acido Pantotenico	5 mg	15 mg
Vitamina B ₆	1,7 mg	4 mg
Vitamina B ₁₂	2,4 µg	5 µg
Biotina	30 µg	60 µg
Colina	550 mg	non definito
Acido Ascorbico	90 mg	100 mg
Vitamina A	900 µg	1000 µg
Vitamina D	15 µg	5 µg
Vitamina E	15 mg	10 mg
Vitamina K	120 µg	1 mg

Anziano e malnutrizione

GLI ANZIANI SONO UNA FASCIA DI POPOLAZIONE AD ALTO RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

- Dati molto variabili sulla prevalenza: parametri diagnostici utilizzati, eterogeneità cronologica delle popolazioni studiate, setting diversi.
- Prevalenza della malnutrizione:
 - ✓ Anziani autosufficienti: 5 - 10 %
 - ✓ Anziani ospedalizzati: 35 - 65 %
 - ✓ Anziani istituzionalizzati: 30 - 50 %
- Nella popolazione più “giovane” (< 75 anni) prevalenza di malnutrizione più bassa

Fattori in grado di influenzare lo stato di nutrizione in età geriatrica

- Alterata regolazione di
 - ✓ – metabolismo e dell'intake energetico
 - ✓ – tolleranza ai carboidrati (ridotta)
 - ✓ – metabolismo dei CHO
 - ✓ – metabolismo proteico (sarcopenia, accumulo di proteine modificate)
 - ✓ – idratazione
- Anoressia senile
- Ridotta efficienza di masticazione, funzioni sensoriali e digestive
- Condizioni cliniche e farmacoterapie
- Fattori sociali
- Depressione e deterioramento cognitivo
- Ospedalizzazione


CONSEGUENZE

- ↓ Immunità
 - Deplez. muscolare (sarcopenia)
 - ↑ Infezioni
 - ↓ Guarigione ferite
 - ↑ Rischio cadute
-

- **↑ MORBILITÀ e DISABILITÀ**
- **↓ QUALITÀ DELLA VITA**
- **↑ MORTALITÀ**

Valutazione dello stato nutrizionale

- La valutazione dello stato di nutrizione è particolarmente difficile nell'anziano, per mancanza di standard adeguati di normalità e per la mancanza di sufficienti studi clinici di outcome di trattamento
- La valutazione degli outcome deve prevedere anche l'uso di strumenti specifici per l'anziano, che sottolineino in particolare l'importanza dello stato cognitivo e dell'autonomia funzionale

- 
- Il rischio di malnutrizione nel paziente anziano è incrementato
 - Un adeguato apporto di energia, proteine e micronutrienti deve essere quindi assicurato indipendentemente dallo stato nutrizionale.
 - Un supporto nutrizionale preventivo deve essere considerato in quanto la ricostituzione della massa cellulare corporea è più difficile che nei giovani

SCREENING NUTRIZIONALI

Associazioni standardizzate di indicatori di malnutrizione consentono la formulazione di un punteggio valutativo

Strumenti raccomandati

ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002

- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)



VALUTAZIONE NUTRIZIONALE OGGETTIVA

- Dati anamnestici
- Valutazione clinica
- Anamnesi alimentare
- Composizione corporea: - antropometria
- BIA
- Test funzionali
- Parametri biumorali

ANAMNESI ALIMENTARE

RILEVAZIONI PER RICORDO

- Questionari di frequenza dei consumi alimentari
- Recall delle 24 ore
- Storia dietetica

RILEVAZIONI DIRETTE

- Diario alimentare
- Diario alimentare pesato

PARAMETRI BIOUMORALI

Proteine plasmatiche che si correlano con lo stato nutrizionale

- albumina (turnover lento: emivita 20 giorni)
- transferrina (turnover medio: emivita 7 giorni)
- prealbumina (turnover rapido: emivita 2 giorni)
- RBP * (turnover molto rapido 10-12 ore)

**RBP = Retinol Binding Protein o Proteina legante il retinolo*

Che cosa ci si aspetta dalla valutazione dello stato di nutrizione?

- Identificazione precoce del paziente a rischio di malnutrizione (*screening*)
- Conferma della presenza di malnutrizione (*diagnosi*)
- Valutazione del rischio di sviluppare complicanze secondarie alla malnutrizione e identificazione dei pazienti che possono trarre beneficio da un supporto nutrizionale (*prognosi*)
- Definizione delle modalità di intervento nutrizionale (*terapia*)
- Valutazione dell'efficacia del trattamento (*monitoraggio*)

APPROCCIO NUTRIZIONALE

- Migliorare e incrementare l'apporto nutrizionale orale
 - ✓ Dieta ipercalorica o arricchita
 - ✓ Dieta personalizzata con il coinvolgimento delle figure professionali di riferimento
 - ✓ Utilizzo di integratori alimentari

Quali sono gli scopi della NA nell' anziano?

- Provvedere ad energia, proteine e micronutrienti
- Mantenere o migliorare lo stato nutrizionale
- **Mantenere o migliorare l'attività e la capacità di riabilitazione**
- **Mantenere o migliorare la qualità di vita**
- Ridurre la mortalità e morbidità



Casi nei quali la NA non è prioritaria

- nel paziente emodinamicamente instabile o in shock
- nel paziente con grave edema polmonare e/o ritenzione di liquidi e sodio
- nel paziente anurico non sottoposto a dialisi
- nel paziente terminale



Quale nutrizione artificiale nell'anziano

Nutrizione Enterale ospedaliera o domiciliare

- La NE va preferita ogni volta che l'intestino funziona.
- Nel paziente anziano fragile riduce i potenziali rischi della NP sia ospedaliera che domiciliare.
- La NED è più facilmente gestibile e necessita di un training ridotto.

Quale nutrizione artificiale nell'anziano

Nutrizione Parenterale ospedaliera e Domiciliare

- La NP deve essere riservata a quei casi in cui la NE è controindicata o non eseguibile: nell'anziano è infatti gravata da maggiori rischi di squilibrio idroelettrolitico e di scompenso cardiaco.
- La complicanza settica deve essere sempre valutata in questo tipo di nutrizione

Quale nutrizione artificiale nell'anziano

- Somministrazione continua o intermittente durante le ore notturne o diurne.
- Le diete polimeriche calcolate sui fabbisogni, somministrate tramite pompa infusoriale per ridurre il rischio di aspirazione, garantiscono apporti adeguati in macro e micronutrienti.

La NE è indicata nell'anziano fragile?

- Gli integratori orali possono migliorare o mantenere lo stato nutrizionale dell'anziano fragile.
- La nutrizione enterale può essere utile se le condizioni generali sono stabili, deve essere iniziata precocemente in caso di rischio nutrizionale.
- La nutrizione enterale non è utile se l'anziano si trova in uno stadio terminale irreversibile (totalmente inabile, incapace di comunicare, ad elevato rischio di morte imminente).

ESPEN

La nutrizione artificiale nel paziente anziano : demenza

- Nelle forme lievi e moderate di demenza gli integratori orali e la nutrizione con sonda possono migliorare o mantenere lo stato nutrizionale.
- Nella demenza avanzata e terminale la nutrizione enterale è controindicata.

La nutrizione artificiale nel paziente anziano : demenza

- E' giustificata solo se ci sono realistiche possibilità di migliorare le condizioni generali.
- La decisione in ogni caso dovrà essere effettuata su base individuale

Mantenere o migliorare l'attività e la capacità di riabilitazione

Mantenere o migliorare la qualità di vita

...that there is no published evidence that this aims are achieved...

ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition 2006

Conclusioni

- Il paziente anziano a rischio di malnutrizione richiede un piano nutrizionale personalizzato e accurato
- L'intervento nutrizionale deve rispettare una gerarchia che preveda anzi tutto l'alimentazione orale

Conclusioni

- La NA prevede un accurato monitoraggio iniziale per limitare le possibili complicanze
- La NA sarà tanto più efficace quanto più il paziente sarà trattato con tecniche di fisioterapia attiva e passiva