

ISSN 2035-021X



Organo ufficiale
della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria



GIORNALE DI GERONTOLOGIA

**60° Congresso Nazionale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria**

Napoli, 25-28 Novembre 2015

16° Corso Infermieri

Napoli, 26-27 Novembre 2015

Dicembre 2015

Volume LXIII

Supplemento 2
al Numero 4

*Indexed in Embase, Excerpta Medica Database
and Scopus Elsevier Database*

Periodico trimestrale - Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953



NUTRIZIONE E MALNUTRIZIONE CLINICA

GESTIONE E PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE: STUDIO OSSERVAZIONALE

Briganti P., Spica A., Palmisano S., Rollo E., Caffio F., Stendardo L., Addante L.M.

Consorzio San Raffaele – Modugno/BA

La malnutrizione e sarcopenia sono frequenti e associate nella popolazione geriatrica delle Rsa. La sarcopenia è la complicità clinica funzionale più importante della malnutrizione in età geriatrica e la valutazione quantitativa e qualitativa della massa muscolare deve far sempre parte dell'assessment nutrizionale. Esistono strumenti e algoritmi diagnostici che permettono questa valutazione in qualsiasi setting assistenziale e in qualunque tipo di paziente. Lo studio intende attivare un disease management relativo allo stato di nutrizione degli Ospiti delle RSA del Consorzio San Raffaele in Puglia al fine di contribuire a migliorare la qualità assistenziale complessiva dei malati stessi. È stato condotto uno studio osservazionale nel periodo compreso tra gennaio e dicembre 2014 su una coorte di 562 pazienti ricoverati nelle 10 RSA del Consorzio San Raffaele in Puglia. Le valutazioni quantitative e qualitative della massa muscolare devono far sempre parte dell'assessment nutrizionale: esistono strumenti e algoritmi diagnostici che permettono questa valutazione in qualsiasi setting assistenziale e in qualunque tipo di paziente. Gli anziani ospiti sono stati sottoposti a diagnosi e monitoraggio dello stato nutrizionale tramite esame clinico, antropometrico e bio-umorale, MNA; consulenza dietetico-nutrizionale. Il protocollo adottato ha avuto il fine di valutare lo stato nutrizionale di partenza del singolo ospite, correggere eventuali squilibri nutrizionali, migliorare l'efficacia del progetto assistenziale individuale, proporre azioni migliorative al processo di ristorazione. L'orientamento terapeutico si è indirizzato verso una terapia sostitutiva dei substrati energetici e metabolici tramite somministrazione di ferro, albumina umana, infusioni idro-elettrolitiche per gli squilibri relativi, integratori polimerici particolarmente indicati per il trattamento e la prevenzione della malnutrizione proteico-calorica oltre a interventi assistenziali personalizzati e implementazione di menù quindicinali.

L'applicazione protocollo diagnostico sulla popolazione esaminata ha consentito di stabilire una buona correlazione tra i risultati dell'esame clinico e i risultati del MNA confermando l'attendibilità di quest'ultimo come test di screening dello stato nutrizionale. La prevalenza della malnutrizione interessa circa l'80 % delle donne e il 45% degli uomini, secondo il MNA (graf. 1) delle RSA esaminate, sovrapponibile a quelli riportati in letteratura. Il sottogruppo "con rischio moderato" ha compreso quei pazienti con indici antropometrici di partenza critici che ha tuttavia riscosso buoni risultati dalla valutazione globale e dall'introito dietetico che hanno mostrato un tendenziale

miglioramento degli indici antropometrici. Il sottogruppo con "rischio severo di malnutrizione" si caratterizzava per la presenza di patologie acute nei tre mesi precedenti all'osservazione clinica oppure da alterazioni dello stato cognitivo. I pazienti in "stato di malnutrizione" sono risultati soprattutto quelli aventi gravi problematiche della sfera neuro-psichica, quali demenze, quadri depressivi, gravi anomalie dello stato cognitivo. Nella quasi totalità dei casi esaminati, l'anamnesi dietetico-nutrizionale ha consentito di rilevare un netto miglioramento dell'introito alimentare infatti il punteggio relativo a tali fattori è risultato essere quasi sempre sovrapponibile al massimo attribuibile. Lo studio dimostra che il livello assistenziale garantito nelle RSA in esame ha finora assicurato risultati soddisfacenti sia in ordine alla popolazione risultata in stato di malnutrizione, sia in ordine di qualità assistenziale complessiva. Inoltre la particolare complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in RSA esige una attenzione specifica rivolta alla metodologia clinica, alla gestione personalizzata dell'assistenza, alla formazione del personale, alla elaborazione di menù basati su tabelle dietetiche di riferimento e alla cura nella scelta dei fornitori del servizio di ristorazione. Questo lavoro osservazionale sulla malnutrizione ha consentito inoltre di confermare che la valutazione dello stato nutrizionale degli ospiti ricoverati in struttura può realmente offrire un contributo al miglioramento della qualità dell'intero processo assistenziale.

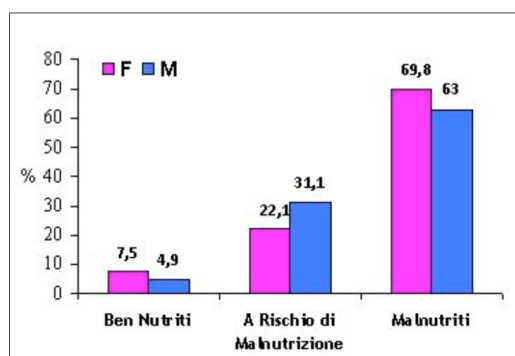
IPERSENSIBILITÀ AL GLUTINE NELL'ANZIANO. PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Cassataro G., Schirò P., Salamone D., Plano S., Dominguez L.J., Barbagallo M.

– Palermo

La celiachia è una malattia immunomediata scatenata dall'ingestione di glutine che, in soggetti geneticamente predisposti, determina un processo infiammatorio intestinale con conseguente malassorbimento e manifestazioni extraintestinali. Fino ad alcuni anni fa era considerata una patologia rara, tipica dell'età infantile; lo scenario epidemiologico della celiachia, oggi, è totalmente cambiato, grazie anche all'introduzione di test sierologici ad elevata sensibilità e specificità come gli anticorpi anti-endomisio (EMA) e gli anticorpi anti-transglutaminasi tissutale (tTG). Studi epidemiologici basati sull'impiego dei test sierologici hanno dimostrato che la diagnosi di celiachia viene sempre più effettuata in età adulta con un'età media di presentazione di 45 anni ed una distribuzione bimodale (un picco tra 1 e 5 anni, un secondo picco tra 20 e 50 anni). Il 20% delle diagnosi vengono poste in soggetti di età superiore ai 60 anni: sulla base di ciò, è importante pensare alla celiachia come categoria diagnostica nel paziente anziano. La celiachia va sospettata in presenza di diarrea persistente per oltre tre settimane, spesso notturna, steatorrea, meteorismo, addominalgia, calo ponderale, soprattutto se questi sintomi si associano a diseletrrolitismi, carenza di oligoelementi e vitamine con crampi muscolari, dolori ossei ed edemi; bisogna sospettare la celiachia anche in presenza di segni e/o sintomi più aspecifici, che persistono nel tempo e per i quali non si rintraccia una causa evidente quali la dispepsia, sintomi tipo sindrome dell'intestino irritabile, anemia sideropenica, anemia macrocitica, ipertransaminasemia, osteoporosi, disturbi neurologici quali neuropatie, atassia ed epilessia con calcificazioni cerebrali.

Descriviamo il caso di un paziente di 68 anni ricoverato per stato cachettico presso l'U.O.C. di Geriatria del Policlinico Universitario di Palermo nei mesi di novembre e dicembre 2014. Il paziente era stato precedentemente visitato da diversi specialisti per calo ponderale, diarrea, dispepsia, disturbi addominali. Era stato sottoposto ai test sierologici della celiachia, risultati negativi, per cui tale ipotesi era stata scartata; era stata a lungo sospettata una patogenesi neoplastica della cachessia, mai confermata, però, dalle indagini diagnostiche strumentali e di laboratorio. La sindrome da malassorbimento era stata imputata, infine, a SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth), tuttavia assai scarsa era stata la risposta al trattamento antibiotico. Al momento del ricovero il paziente si presentava marcatamente denutrito (calo ponderale di 25 kg negli otto mesi precedenti), sarcopenico, allettato, in stato anasarco. Gli esami ematochimici mostravano severa ipoalbuminemia (1.5 g/dl), pancitopenia, multiple ipovitaminosi e disionie. È stata esplorata la funzione tiroidea, risultata nella norma; l'esame chimico-fisico e parassitologico delle feci ha dato esito negativo; i markers oncologici e gli autoanticorpi (ANA,



panCA, canCA, GBM, LKM, AMA, APCA, ASMA, anticardiolipina) sono risultati anch'essi negativi. È stata ripetuta la ricerca di anticorpi antiendomio e antitransglutaminasi (con esito negativo) e il dosaggio delle IgA (normale). È stata ripetuta EGDS (mucosa duodenale di aspetto tubulizzato con pliche ridotte per numero e dimensioni e scalloping). La biopsia mostrava un quadro morfologico compatibile con malattia celiaca tipo 3a secondo la classificazione istopatologica di Marsh-Oberhuber. Sulla base di tali risultati è stata eseguita indagine genetica che è risultata negativa per gli alplotipi HLA DQA1, DQB1*02 e DRB1. Configurandosi il quadro di celiachia (confermata istologicamente) siero negativa è stata impostata una dieta priva di glutine. In seguito alla eliminazione del glutine dalla dieta il paziente ha iniziato a manifestare un miglioramento dei sintomi gastroenterici con riduzione del meteorismo, dell'addominalgia e una graduale regolarizzazione dell'alvo. Pur se lentamente, si è assistito a progressivo miglioramento dell'albuminemia e dell'anemia e a risoluzione degli squilibri elettrolitici e degli edemi declivi. Il paziente ha intrapreso, inoltre, terapia fisica e riabilitativa, dapprima in regime di ricovero, quindi al proprio domicilio: ciò gli ha permesso di recuperare la stazione eretta e la mobilità, inizialmente con ausili, quindi autonomamente. A distanza di sei mesi dalla dimissione il paziente presentava un aumento ponderale di circa sei kilogrammi. Il caso descritto dimostra che la celiachia sia una categoria diagnostica cui pensare anche nel paziente anziano, quando questi presenti un quadro di iponutrizione o denutrizione da sindrome da malassorbimento, calo ponderale, disturbi gastroenterici quali dispepsia e meteorismo o, ancora, diarrea e dis-elettrolitismi. Dato molto interessante, relativamente al caso clinico descritto, è il fatto che il paziente abbia risposto bene e prontamente alla dietoterapia: ciò suggerisce che egli non aveva sviluppato una forma refrattaria o una complicità di celiachia, non infrequente nel paziente anziano, soprattutto quando la diagnosi viene posta tardivamente rispetto all'insorgenza della sintomatologia.

EFFETTI DI UNA SUPPLEMENTAZIONE PROTEICA IN UNA POPOLAZIONE ANZIANA OSPEDALIZZATA MALNUTRITA O A RISCHIO DI MALNUTRIZIONE

Pina G., Porta A., Mari D., Marcucci M.

U.O.C. Geriatria, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano

La più comune forma di malnutrizione osservata nei pazienti ospedalizzati anziani è quella proteico-energetica ed è caratterizzata da progressiva diminuzione della massa corporea magra e del tessuto adiposo come risultato di un inadeguato apporto di calorie e proteine (LARN per le proteine nell'anziano: almeno 1,1 g/kg/die).

In una popolazione anziana ospedalizzata, confrontare l'efficacia rispetto alla dieta standard di un'integrazione proteica in aggiunta alla dieta standard ospedaliera nel prevenire il peggioramento dello stato nutrizionale, in termini di variazione dei livelli di pre-albumina nel sangue a 7 giorni e alla dimissione rispetto all'ingresso (outcome primario) e di altri dati di laboratorio e antropometrici correlati allo stato nutrizionale, e nel ridurre complicanze intra-ospedaliere quali lesione da pressione, infezioni e morte (fase pilota). METODI: Reclutamento di pazienti anziani malnutriti o a rischio di malnutrizione (Mini Nutritional Assessment [MNA] \leq 23,5, di età superiore ai 70 anni ricoverati nell' U.O.C. di Geriatria a partire da novembre 2014 a Marzo 2015. Tali pazienti sono stati valutati in condizioni basali entro 48 ore dal ricovero in reparto (T0) e a distanza di 7 giorni (T1) e alla dimissione (T2); T1 e T2 potevano coincidere e T2 doveva distare almeno 14 giorni da T0. Al T0, dopo firma del consenso informato, i pazienti sono stati randomizzati (ratio 1:1) a ricevere una supplementazione proteica in aggiunta alla dieta standard, o a ricevere la dieta standard, per tutta la durata della degenza.

L'intervento nutrizionale consisteva in una supplementazione proteica alla dieta standard ospedaliera, la quale prevedeva 0,8-0,9 gr/proKg/die di proteine, attraverso l'impiego di un omogeneizzato di carne alla sera (un vasetto fornisce 6,1 gr/proKg/die di proteine) o una bustina di grana (2 gr/proKg/die), e uno yogurt (5,1 gr/proKg/die) al pomeriggio, in modo da fornire il 10% in più di proteine giornaliere. Nella cartella infermieristica dei pazienti arruolati è stata aggiunta una "scheda di monitoraggio alimentare settimanale" per registrare la % di pasto consumato tramite il disegno di un piatto diviso in 4 porzioni uguali, compilata giornalmente al momento del ritiro dei

piatti dal personale assistenziale-infermieristico.

Sono stati randomizzati 61 pazienti, 34 nel gruppo controllo e 27 nel gruppo intervento; di questi 55 pazienti avevano una valutazione della prealbumina alla prima settimana (T1) e sono stati inclusi nelle analisi. I due gruppi dello Studio sono risultati omogenei sia per sesso che per età (età media 85,9 anni, range 71-97). Al T0, il punteggio al MNA è risultato in media di 16,2 punti; la durata media della degenza 13,7 giorni (7-45). La circonferenza a metà braccio (MAC) nei pz del gruppo intervento era significativamente maggiore rispetto a quella del gruppo di controllo: mediana 25,1 (21-32) vs 24 (20-34), $p=0,039$. Anche il valore bioumorale del TSH è risultato significativamente maggiore nel gruppo di controllo rispetto a quello dell'intervento (p di 0,043). Non si sono evidenziate differenze significative tra i due gruppi nelle altre caratteristiche basali: condizioni abitative, presenza e tipo di caregiver, BMI, WHR, Hand Grip, numero di farmaci e ai test MMSE, Barthel index, MNA, CIRS-s e CIRS-c, ulcere e infezioni al momento del ricovero, parametri bioumorali in particolare prealbumina e albumina, durata della degenza, morte. La prealbumina durante la prima settimana di ricovero migliorava in media di 2,2 mg/dl (range da -5 a 10 mg/dl); l'albumina incrementa in media di 0,02 gr/dl e la PCR diminuisce in media di 3,8 mg/dl. Non è stata identificata nessuna associazione tra la variazione dei valori di Prealbumina e Albumina da T0 a T1 ed il braccio di assegnazione, nemmeno dopo l'aggiustamento per i valori della PCR. Il modello multivariato aggiustato per PCR mostrava un'associazione statisticamente significativa ($p=0,003$) tra la variazione dei valori di PCR e la variazione dei livelli di prealbumina passando da T0 a T1. Non si è evidenziata nessuna associazione significativa nemmeno tra l'intervento e la variazione degli altri dati di laboratorio e di quelli antropometrici. Nei 10 pazienti con una durata della degenza maggiore di 7 giorni, anche la variazione dei valori di Prealbumina e Albumina da T1 a T2 non è risultata significativamente diversa nei due gruppi di studio. Per quanto riguarda l'effetto dell'intervento su ulcere e infezioni ad una settimana dall'arruolamento, escludendo coloro che non le presentavano già all'ingresso, i pazienti nel braccio intervento avevano una tendenza al minor sviluppo di ulcere e infezioni, ma non in maniera statisticamente significativa.

Dei 61 pazienti randomizzati nel protocollo di studio solo 43 pazienti hanno avuto la registrazione della scheda di monitoraggio alimentare settimanale (21 intervento e 22 controllo). Per quanto riguarda il consumo medio del pasto giornaliero, globalmente è risultato del 56,6%, senza alcuna differenza nei due gruppi, se non che la merenda è risultata consumata maggiormente nel gruppo intervento ($p=0,022$). Nel gruppo intervento, il supplemento con la merenda veniva consumato in percentuale maggiore rispetto a quello della cena ($p=0,093$). Abbiamo infine rilevato un'effettiva associazione statisticamente significativa ($p = 0,087$) tra il consumo medio del pasto giornaliero e le variazioni di prealbumina, indipendentemente dal braccio dello studio e dalle variazioni di PCR. Mentre non abbiamo trovato alcuna associazione tra il consumo di un certo supplemento (dato a merenda o a cena), o tra il consumo medio dei supplementi, e le variazioni di prealbumina.

Dai nostri risultati si evince che il supplemento proteico attuato nel nostro studio non ha avuto un impatto sulla variazione dei livelli di prealbumina nemmeno aggiustando per la variazione dello stato infiammatorio (PCR) che si verifica durante il ricovero. Collateralmente, abbiamo confermato l'associazione tra stato infiammatorio e prealbumina, avvalorando la necessità di identificare markers più idonei alla valutazione dell'impatto di un intervento nutrizionale in un setting per acuti.

Nella pianificazione di un intervento nutrizionale in pazienti ricoverati va inoltre considerata l'esiguità del consumo dei pasti durante la degenza. Ciò fa ipotizzare come possa essere più efficace un apporto dietetico basato su dei pasti meno abbondanti ma più concentrati di fabbisogni calorici e di singoli nutrienti, e puntando più sull'appetibilità del piatto per incrementarne l'assunzione.