

La nutrizione nel paziente con polimorbilità.

a cura di Letizia Tesei, Antonio Negro, Esmeralda Sopi, Bertoncini Fabio,
Di Berardino Stefania, Roberta Rapetti, Ignazia Lo Burgio

Che cosa sappiamo:

Anche se non esiste una definizione universalmente accettata, la polimorbilità o multimorbilità può essere definita come la presenza di almeno due condizioni di malattia cronica nella stessa persona.^{1,2} Tale situazione è oggi molto frequente, circa il 70 % dei pazienti ospedalizzati presenta infatti polimorbilità che si associa ad un maggior rischio di mortalità. Altre conseguenze della polimorbilità sono rappresentate da disabilità, declino funzionale, bassa qualità di vita e aumento dei costi sanitari.³ La polimorbilità così come la politerapia farmacologica è anche una delle cause principali di malnutrizione. I pazienti con polimorbilità o che assumono diversi farmaci hanno infatti una maggiore probabilità di andare incontro a malnutrizione e perdita di peso.⁴ Se numerose linee guida forniscono raccomandazioni di comportamento da adottare nei pazienti malnutriti affetti da singole patologie, relativamente agli assistiti malnutriti con polimorbilità le scelte terapeutiche ed educative adottate dai clinici sono ad oggi eterogenee.⁵ Da qui la necessità di disporre di indicazioni per questo target di assistiti che rappresenta ormai la stragrande maggioranza dei pazienti ricoverati in ambito internistico.⁶

E' dimostrato infatti che il supporto nutrizionale precoce, fornito entro le 48 ore dall'ospedalizzazione agli assistiti con polimorbilità, riduce la sarcopenia e migliora lo status funzionale. Nei pazienti anziani (età > 65 anni) con polimorbilità malnutriti o a rischio di malnutrizione, l'assunzione di supplementi nutrizionali orali (Oral Nutritional Supplements - ONS) o la Nutrizione Enterale (NE) riduce la mortalità. Almeno il 75% del fabbisogno calorico e proteico andrebbe comunque sempre garantito. Per tali ragioni dovrebbero essere messi in atto interventi che assicurino menù personalizzati, l'istituzione di team di supporto nutrizionale e l'utilizzo di protocolli nutrizionali multidisciplinari.⁶

Che cosa fare⁶

- Utilizzare un metodo di screening nutrizionale rapido e semplice con l'ausilio di strumenti validati per individuare precocemente il rischio di malnutrizione;

1. un IMC inferiore a 18,5 kg / m²
2. perdita di peso involontaria superiore al 10% negli ultimi 3-6 mesi
3. un IMC inferiore a 20 kg / m² e una perdita di peso non intenzionale superiore al 5% negli ultimi 3-6 mesi

- Calcolare il fabbisogno energetico dei pazienti affetti da polimorbidity utilizzando il metodo della calorimetria indiretta (IC) utilizzando per esempio la formula Harris-Benedict che si basa su cinque parametri differenti: sesso, altezza, peso, età e attività fisica. Quando non è possibile utilizzare l'IC, il fabbisogno energetico (TEE: Total Energy Expenditure) nei pazienti anziani con polimorbidity può anche essere stimato utilizzando la formula di 27 kcal/kg peso. Il fabbisogno energetico a riposo (REE: Resting Energy Expenditure) può essere invece stimato utilizzando la formula di 18 e 20 kcal / kg peso corporeo e nei pazienti gravemente malnutriti e sottopeso può essere utilizzata la formula di 30 kcal/kg di peso corporeo. Nelle persone gravemente sottopeso l'obiettivo di garantire almeno 30 kcal / kg di peso corporeo dovrebbe essere raggiunto con cautela e gradualmente al fine di ridurre il rischio della sindrome da rialimentazione.

- Garantire almeno 1 g di proteine/kg di peso corporeo al giorno per prevenire la perdita di peso corporeo, ridurre il rischio di complicazioni, riammissione ospedaliera e migliorare gli outcome. I pazienti con polimorbidity ospedalizzati inoltre, dovrebbero assumere vitamine e oligoelementi nelle quantità idonee al fabbisogno giornaliero.

- Utilizzare gli ONS ipercalorici e iperproteici nei pazienti con polimorbidity o in trattamento polifarmacologico malnutriti o ad alto rischio di malnutrizione ma che possono alimentarsi, in quanto considerati efficaci per migliorare lo stato nutrizionale e la qualità della vita.

- Utilizzare la Nutrizione Enterale che deve essere preferita alla Nutrizione Parenterale per il minor rischio di complicanze infettive e non infettive, nei pazienti con polimorbidity malnutriti per i quali non è possibile assicurare il corretto introito attraverso l'assunzione degli ONS.

- Utilizzare preparati di miscele ricche di fibre per migliorare la funzione intestinale negli assistiti nutriti per via enterale.

- Utilizzare aminoacidi specifici (arginina e glutammina) e Idrossi-metil-Butirrato (HMB) nei pazienti con polimorbidity e concomitante presenza di ulcere da pressione, al fine di favorire la guarigione delle ulcere da pressione.

- Continuare la somministrazione di supplementi nutrizionali (ONS) anche dopo la dimissione ospedaliera per migliorare il peso corporeo, lo status funzionale e la qualità della vita.

- Monitorare i parametri nutrizionali al fine di valutare la risposta al supporto nutrizionale, e gli indici funzionali per valutare ulteriori esiti clinici (sopravvivenza, qualità della vita).

Bibliografia:

1. Lefèvre T, d'Ivernois JF, De Andrade V, Crozet C, Lombraill P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2014;62(5):305-314. doi:10.1016/j.respe.2014.09.002
2. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430-439. doi:10.1016/J.ARR.2011.03.003
3. Steiner CA, Friedman B. Hospital Utilization, Costs, and Mortality for Adults With Multiple Chronic Conditions, Nationwide Inpatient Sample, 2009. *Prev Chronic Dis*. 2013;10(2):120292. doi:10.5888/pcd10.120292
4. Sinnott C, Bradley C. Multimorbidity or polypharmacy: two sides of the same coin? *J Comorbidity*. 2015;5(1):29-31. doi:10.15256/joc.2015.5.51
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
6. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr*. 2017. doi:10.1016/j.clnu.2017.06.025