ANìMO CARE SHEET

La nutrizione nel paziente con polimorbidità

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

Che cosa sappiamo

Anche se non esiste una definizione universalmente accettata, la polimorbidità o multimorbidità 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 polimorbidità che si associa ad un maggior rischio di mortalità. Altre conseguenze della polimorbidità sono rappresentate da disabilità, declino funzionale, bassa qualità di vita e aumento dei costi sanitari[3]. La polimorbidità così come la politerapia farmacologica è anche una delle cause principali di malnutrizione. I pazienti con polimorbidità 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 polimorbidità 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 polimorbidità, riduce la sarcopenia e migliora lo status funzionale. Nei pazienti anziani (età >65 anni) con polimorbidità 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 fare[6]

- 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/m^2;
  2. perdita di peso involontaria superiore al 10% negli ultimi 3-6 mesi;
  3. un IMC inferiore a 20 kg/m^2 e una perdita di peso non intenzionale superiore al 5% negli ultimi 3-6 mesi.
- Calcolare il fabbisogno energetico dei pazienti affetti da polimorbidità utilizzando il metodo

della calorimetria indiretta (IC), impiegando 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 Expendiure) nei pazienti anziani con polimorbidità può anche essere stimato utilizzando la formula di 27 kcal/kg peso.

Il fabbisogno energetico a riposo (REE: Resting Energy Expendiure) 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 1,2-1,5 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 outcomes. I pazienti con polimorbidità ospedalizzati, inoltre, dovrebbero assumere vitamine e oligoelementi nelle quantità idonee al fabbisogno giornaliero. Per i pazienti con funzionalità renale compromessa (eGFR <30 ml/min/1,73 m^2) e non in trattamento dialitico, deve essere garantito un ridotto apporto di proteine, pari a 0,8 g/kg di peso corporeo al giorno.
- Utilizzare gli ONS ipercalorici e iperproteici nei pazienti con polimorbidità 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 piuttosto che la Nutrizione Parenterale per il minor rischio di complicanze infettive e non infettive, nei pazienti con polimorbidità 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 polimorbidità e concomitante presenza di ulcere da pressione, al fine di favorire la guarigione delle ulcere da pressione.
- 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).
- Promuovere l'istituzione di un NST (Nutrition Support Team) e l'utilizzo di protocolli nutrizionali multidisciplinari.
- Esaminare la terapia farmacologica assunta dal paziente, in quanto si possono verificare interazioni farmaco-farmaco o farmaco-nutrienti: recenti studi hanno dimostrato un'associazione della polifarmacoterapia con malnutrizione e sarcopenia[7].
- Utilizzare biomarcatori ematici specifici per valutare la risposta del paziente al supporto nutrizionale erogato. È stata dimostrata una correlazione tra alcuni biomarcatori (proteina C reattiva, ipoalbuminemia e creatininemia) e malnutrizione[8].
- 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, attraverso un piano nutrizionale individualizzato almeno bimestrale.

Bibliografia

1. Lefèvre T, d'Ivernois JF, De Andrade V, Crozet C, Lombrail 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. Wunderle C, Gomes F, Schuetz P, Stumpf F, Austin P, Ballesteros-Pomar MD, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Poulia KA, Schneider SM , Stanga Z, Bischoff SC. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. Clinical nutrition. 2023;42(9):1545-1568. doi:10.1016/j.clnu.2023.06.023.
7. Kok WE, Haverkort EB, Algra YA, Mollema J, Hollaar VRY, Naumann E, et al. The association between polypharmacy and malnutrition(risk) in older people: a systematic review. Clin Nutr. ESPEN. 2022;49:163e71. doi: 10.1016/j.clnesp.2022.03.007.
8. Keller U. Nutritional Laboratory Markers in Malnutrition. J Clin Med. 2019;8(6):775. doi:10.3390/jcm8060775.

©Associazione A.N.I.M.O. 2024