

Cosa si intende esattamente con il termine “malnutrizione”?

Ovidio Brignoli

Vice-Presidente Nazionale, SIMG

La malnutrizione è uno stato di alterazione funzionale e strutturale dell'organismo conseguente alla discrepanza tra fabbisogno e introito di alimenti. Tale situazione determina alterazione della qualità di vita, aumento della morbilità e della mortalità. La malnutrizione può essere per eccesso o per difetto. Di quest'ultima si riconoscono due forme: la malnutrizione tipo marasma (deficit prevalentemente energetico) e la malnutrizione tipo Kwashiorkor (deficit prevalentemente proteico).

Ci sono pazienti più a rischio di altri?

La malnutrizione per difetto, contrariamente a quanto si pensa, è una situazione molto frequente anche nel nostro paese. Numericamente, i tre profili di pazienti più a rischio sono rappresentati da:

- **anziani:** secondo dati recenti, la prevalenza di malnutrizione nella *popolazione anziana free-living* si attesta intorno al 5-11%, negli anziani istituzionalizzati oscilla tra il 30 e il 60%, e in quelli ospedalizzati varia tra il 20 e il 40%;
- **pazienti oncologici:** nei *soggetti malati di cancro* la prevalenza della malnutrizione dipende ovviamente dal tipo di neoplasia, ma è presente in oltre il 50% delle persone e tende ad aumentare con la progressione della malattia. In particolare, i pazienti in stadio più avanzato presentano cachessia neoplastica, una specifica forma di malnutrizione che determina un progressivo e involontario dimagrimento;
- **pazienti sottoposti a grandi interventi chirurgici:** per quanto concerne i *soggetti che sono ricoverati*, lo studio Italiano PIMAI (*Project Iatrogenic Malnutrition in Italy*) del 2005 evidenziava che il 31% dei soggetti ammessi al ricovero era malnutrito.

Il rischio è elevato anche quando questi pazienti sono già trattati farmacologicamente?

La malnutrizione riconosce cause multiple e accompagna con frequenza elevata le malattie croniche (legate a un'insufficienza di organo) o le malattie neurologiche, anche nei soggetti che ovviamente sono in trattamento per queste patologie.

Negli anziani e in gran parte dei soggetti affetti da malattie croniche è presente una delle situazioni che favoriscono la malnutrizione. In particolare, nei soggetti anziani edentuli o disfagici o ipogeusici, nelle persone con malattie psichiatriche o neurologiche (come nei parkinsoniani o in coloro che hanno avuto un ictus), in coloro che hanno condizioni sociali o economiche sfavorevoli o che assumono un grande numero di farmaci, prevale una *riduzione dell'introito dei nutrienti*. In altri, invece, prevale un *aumento delle perdite dei nutrienti*, come ad esempio nei soggetti con fistole o ulcere da decubito, o ancora in coloro che hanno drenaggi o presentano vomito e diarrea. In altri ancora può presentarsi un *alterato metabolismo*, come nel caso dei diabetici, degli uremici o degli ipertiroidici. Infine, ci sono soggetti che, seppure trattati, presentano un *aumentato fabbisogno di nutrienti*, come nel caso di coloro che hanno subito un intervento chirurgico, o negli ustionati, nei traumatizzati e soprattutto nei soggetti con neoplasie o con comorbidità.

I trattamenti farmacologici e le cure in generale non sono in grado di evitare la malnutrizione. Anzi, trattamenti multipli o trattamenti con chemioterapia e radioterapia nei pazienti oncologici possono rappresentare una delle cause che concorrono alla riduzione dell'alimentazione.

La malnutrizione è una condizione insolita oppure piuttosto diffusa?

Un medico di medicina generale (MMG) ha in cura circa 300/500 anziani, oltre 450 persone con malattie croniche, circa 70 pazienti

affetti da neoplasie in diversi stadi di malattia e assiste in un anno circa 20 pazienti che si sottopongono a interventi chirurgici che comportano un lungo tempo di recupero.

Questi numeri ci dimostrano in modo inequivocabile che la malnutrizione per difetto è un evento che ha una prevalenza elevata nella popolazione di assistiti del MMG, anche se spesso l'attenzione su di essa è piuttosto scarsa da parte di tutti gli operatori sanitari.

Come fa il MMG a individuare un paziente a rischio?

Il primo modo per affrontare il problema è conoscerlo. Può sembrare banale, ma nella società attuale l'attenzione è massima sulla malnutrizione in eccesso ma piuttosto scarsa sulla malnutrizione in difetto.

Il secondo modo, peraltro peculiare della Medicina Generale, è quello di utilizzare strumenti per misurare il fenomeno. Pesare i pazienti e rilevare l'indice di massa corporea (BMI) di tutta la popolazione in modo stabile e continuativo può essere il più importante contributo che la Medicina Generale possa fornire alla rilevazione del problema. A integrazione di queste semplici pratiche si possono utilizzare strumenti più specifici e validati che, senza sconvolgere la pratica professionale quotidiana, aumentano la sensibilità e la capacità predittiva e anche, seppure di poco, la specificità dell'intervento medico nell'individuare la malnutrizione.

Il *Mini Nutritional Assessment (MNA)* è un semplice questionario di 6 domande (più una di riserva) che fornisce un punteggio in grado di individuare soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione. È uno strumento utilizzabile in Medicina Generale, in quanto non comporta grande perdita di tempo. Il questionario è uno strumento validato scientificamente a livello internazionale, caratterizzato da un'elevata capacità predittiva (97%) e da eccellente sensibilità (96%) e specificità (98%).

Una volta individuato un paziente malnutrito, com'è possibile intervenire?

Il MMG può contare su almeno due strategie di intervento nei confronti del paziente malnutrito.

In prima istanza, il medico può suggerire tutte le correzioni necessarie a migliorare l'introito dei nutrienti e a ridurre i disagi o i disturbi che il paziente presenta. Il MMG non è e non deve proporsi come uno specialista della nutrizione, ma essere in grado di correggere alcuni errori alimentari e suggerire alcune strategie

per l'assunzione di cibi in soggetti che presentano difficoltà. Tutto questo può essere facilmente appreso e utilizzato dal medico ma, se questo non bastasse, può consigliare un'integrazione alimentare basata su alcuni prodotti specifici, attualmente disponibili, e ben formulati per rispondere ai problemi nutrizionali degli anziani o dei malati neoplastici o dei pazienti sottoposti a interventi di chirurgia maggiore.

La seconda strategia deve essere messa in campo in caso di fallimento della prima, ed è quella di inviare il paziente a specialisti per intraprendere una nutrizione parenterale o enterale.

Il compito del MMG, in questo caso, è quello di conoscere i problemi che si possono verificare durante la terapia e intervenire in collaborazione con lo specialista, oltre, ovviamente, ad assistere il paziente in tutti gli eventi concomitanti.

Non intervenire anche nutrizionalmente – oltre che farmacologicamente – a quali conseguenze porterebbe?

Le conseguenze della malnutrizione sono numerose, gravi e ben dimostrate dalla letteratura scientifica internazionale.

È noto che la malnutrizione incrementa la vulnerabilità del paziente, con maggiore morbilità e mortalità. È responsabile dell'aumento delle complicanze, condiziona negativamente i risultati delle terapie, riduce la risposta immunitaria e predispone alle infezioni, ritarda la cicatrizzazione, compromette la funzione di organi e apparati, riduce massa e forza muscolare favorendo la dipendenza ospedaliera dal ventilatore e l'insorgenza di tromboembolia per l'inattività, induce effetti dannosi a livello psichico con depressione e scarso interesse per il cibo. La qualità della vita di un paziente malnutrito è nettamente diminuita. I pazienti malnutriti, inoltre, ricorrono molto più spesso al Servizio Sanitario Nazionale, e quindi gli accessi al medico e i ricoveri ospedalieri sono fortemente aumentati, con ovvie conseguenze in termini di costi.

Quali misure si possono adottare per migliorare lo stato di questi pazienti?

Il MMG ha il compito di diagnosticare e cercare di comprendere, sulla base degli elementi clinici e anamnestici, quali siano le soluzioni più utili per aiutare i pazienti a mantenere o recuperare il peso corporeo. Oggi è disponibile sul mercato una serie di integratori profilati per i bisogni dei pazienti, a seconda delle carenze nutrizionali prevalenti.

Rivista SIMG n. 5, Ottobre 2010, pp. 3

Errata

Professione

**Guida alla corretta imputazione dati
nella cartella clinica informatizzata Millewin (versione 134.37.198)
per le principali patologie respiratorie**

Gruppo SIMG Area Pneumologica

Corrige

Professione

**Guida alla corretta imputazione dati
nella cartella clinica informatizzata Millewin (versione 13.37.198)
per le principali patologie respiratorie**

Gruppo SIMG Area Pneumologica



*Dedicati
al Diabete*



Merck Sharp & Dohme (Italia) S.p.A.
www.msd-italia.it www.univadis.it info@univadis.it
02-11-JAN-2008-IT-1843-J Dep. AIFA 20/03/2008