

La malnutrizione nell'anziano

Elena Agnello, Maria Luisa Amerio*

* Direttore SC di Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Cardinal Massaia Asti, ASL AT

Definizione ed epidemiologia della malnutrizione nella popolazione anziana

Per malnutrizione si intende uno stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente alla discrepanza tra fabbisogni, introiti ed utilizzo dei nutrienti. La malnutrizione proteico-calorica è, insieme con il deficit di minerali e vitamine, particolarmente frequente nell'anziano.

Nei paesi occidentali, dove gli individui tra i 65 anni e i 75 anni sono equiparabili come livello di autonomia, seppure in presenza di qualche malattia, agli adulti più giovani, viene considerato anziano l'ultrasessantacinquenne.

In effetti l'indagine europea di sorveglianza "Seneca" ha evidenziato una bassa incidenza di malnutrizione nella popolazione anziana sana, nonostante il frequente riscontro di bassi livelli sierici di alcuni micronutrienti, riconducibile ad una ridotta introduzione con gli alimenti. Tra gli anziani una categoria a maggior rischio di malnutrizione è quella rappresentata dagli anziani fragili. L'anziano fragile è un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, con frequenti problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e povertà. Negli anziani fragili sono spesso compromessi lo stato nutrizionale e la capacità di alimentarsi autonomamente in maniera adeguata.

Una malnutrizione proteico-calorica severa è stata osservata nel 10-38% degli anziani non ospedalizzati, nel 5-12% di quelli che vivono al proprio domicilio, nel 26-65% di quelli ospedalizzati e nel 5-85% degli individui istituzionalizzati^{1,2}. Un recente studio condotto in Piemonte su 738 pazienti in RSA conferma l'alto rischio di malnutrizione (75 %) nei pazienti istituzionalizzati³.

Cause di malnutrizione nell'anziano e sue conseguenze

Le cause di malnutrizione nell'anziano possono essere molteplici.

Cause organiche età-correlate

L'invecchiamento determina alcune modifiche fisiologiche tra cui l'atrofia della mucosa del cavo orale e della lingua con ipogeusia da innalzamento della soglia gustativa (sono necessarie stimolazioni circa 10 volte maggiori rispetto al giovane adulto per ottenere una pari sensibilità gustativa); minor secrezione gastrica e pancreatica e ridotta produzione di enzimi endocellulari (es. lattasi); deficit della digestione e dell'assorbimento dei nutrienti. I difetti di masticazione, da ascrivere all'edentulia, sono frequentemente riscontrabili e spesso si associano ad erronee abitudini dietetiche ed igieniche e a condizioni socio-economiche deficitarie. L'anoressia fisiologica dell'anziano è legata ad un aumento dei livelli di colecistochinina e ad un ritardato svuotamento gastrico.

Cause organiche patologia-correlate

Alterazioni della deglutizione, come la presbifagia e la disfagia, sono un problema diffuso nella popolazione anziana fragile: si riscontra disfagia dal 20 al 50% nei pazienti istituzionalizzati.

Le insufficienze d'organo (scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica avanzata, insufficienza respiratoria, ecc.) e le neoplasie, causano incremento dei fabbisogni nutrizionali ed ipo-anoressia con ridotti introiti.

I numerosi farmaci che spesso vengono assunti dall'anziano possono interferire con l'assorbimento (antiacidi, lassativi) o con l'escrezione renale (diuretici) di alcune sostanze e possono determinare alterazioni del gusto.

Cause sociali, ambientali e psicologiche

Le ristrettezze economiche, l'isolamento, la solitudine e/o l'istituzionalizzazione possono essere causa di inadeguata assunzione di cibo.

La malnutrizione ha un impatto negativo sullo stato nutrizionale e psico-sociale dell'anziano e si correla ad un peggioramento di patologie croniche, maggiore incidenza di infezioni, piaghe da decubito, cadute. Una conseguenza peculiare della malnutrizione

nel soggetto anziano è la perdita di autonomia con peggioramento della qualità di vita (Tab. I).

TABELLA I
Conseguenze
della malnutrizione nell'anziano.

• Gravi conseguenze sull'autonomia del paziente
• Comparsa di piaghe da decubito
• Maggior rischio di fratture
• Peggioramento di patologie croniche
• Maggior rischio di essere ospedalizzati
• Depressione ed apatia
• Peggioramento della qualità di vita

Screening nutrizionale

La malnutrizione nell'anziano è un fenomeno frequente ma non sempre riconosciuto. La malnutrizione può essere identificata con l'impiego di alcuni semplici strumenti utilizzabili anche dal medico di medicina generale. Lo screening è un percorso che identifica persone a rischio di malnutrizione o con malnutrizione in atto che necessitano di una valutazione di secondo livello. Può essere gestito anche da persone che non abbiano specifiche competenze nutrizionali ma che siano adeguatamente formate.

Tra i vari strumenti proposti si segnalano il *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (Fig. 1), strumento facile e immediato, specifico per la popolazione anziana e il *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) (Fig. 2), screening in cinque fasi (step), di semplice esecuzione.

L'MNA, validato scientificamente a livello internazionale, è un semplice questionario di 6 domande (più una di riserva) che fornisce un punteggio in grado di individuare soggetti malnutriti o a rischio malnutrizione, in modo molto veloce e pratico.

Valutazione nutrizionale

La positività di un test di screening pone l'indicazione ad effettuare la valutazione nutrizionale per verificare la presenza di malnutrizione e definirne il grado.

La valutazione nutrizionale si basa su esame obiettivo, parametri antropometrici, dati di laboratorio e anamnesi alimentare, oltre che su anamnesi patologica e farmacologica.

L'esame obiettivo nell'anziano è mirato in particolare ad analizzare il trofismo delle masse muscolari e del tessuto adiposo, lo stato di integrità, idratazione e irrorazione di cute e mucose. I dati antropometrici, quali peso e altezza permettono di calcolare l'IMC (indice di massa corporea). La variazione del peso rispetto al peso abituale e la tempistica con cui si è verificata, permettono di definire la gravità dello stato di malnutrizione. L'anamnesi quali-quantitativa dell'alimentazione orale è volta a definire gli introiti attuali e progressi; l'indagine sul tipo di consistenza dei

pasti assunti e sulle abitudini alimentari è volta a ricercare tutti i sintomi che possono limitare l'assunzione di alimenti (nausea, vomito, precoce senso di sazietà, ecc.).

La malnutrizione energetico-proteica induce scostamenti dal range di alcune proteine plasmatiche (emoglobina, albumina, transferrina) e dei linfociti, il cui riscontro, pur non essendo indice specifico dello stato nutrizionale, ben si correla con esso e con la patologia di base.

Intervento nutrizionale nell'anziano

La prima fase (Fig. 3) dell'intervento nutrizionale è finalizzata a verificare la possibilità di un'alimentazione per via orale, al fine di correggere e potenziare l'apporto proteico-calorico mantenendo gli alimenti naturali, e si avvale di consigli nutrizionali, fortificazione degli alimenti e uso di integratori.

Consigli nutrizionali

Se prevalgono inappetenza, precoce ripienezza gastrica e precoce affaticamento nell'assunzione del cibo, un primo intervento nutrizionale consiste nell'indirizzare il paziente ad assumere una dieta frazionata, in pasti di piccolo volume, almeno 4 o 5 nella giornata, ad alta densità calorica, allo scopo di fornire molte calorie e proteine in un volume ridotto.


Fortificazione (*food fortification*)

Può essere utile suggerire ai propri pazienti di arricchire l'apporto proteico-calorico dei cibi utilizzando come fonte calorica condimenti (olio, burro), salse (panna da cucina, maionese, besciamella), panna montata, gelati, zucchero, miele, marmellate, sciropi, succhi di frutta e come fonte proteica latte, anche in polvere o condensato, formaggio, uova.

Integratori per via orale

Le recenti Linee Guida ESPEN⁴ definiscono gli integratori orali (*Oral Nutrition Supplement*, ONS) come prodotti a formulazione definita, da utilizzare come supporto nutrizionale (integratori) dell'alimentazione comune. Questa strategia ha la finalità di fornire, a pazienti ancora in grado di alimentarsi per via naturale, una quota aggiuntiva di nutrienti sufficiente a coprire i fabbisogni nutritivi, impedendo il ricorso a tecniche di supporto nutrizionale più invasive quali la nutrizione enterale o parenterale.

Gli ONS possono essere utili in soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione in cui la supplementazione (*food fortification*) mediante cibi naturali sia risultata inefficace ma che siano ancora in grado di assumere con gli alimenti naturali almeno la metà dei loro fabbisogni, quando cioè si verifichi una riduzione complessiva delle ingestioni valutabile in circa la metà della quantità di carboidrati e proteine abitualmente assunte nel periodo precedente quello dell'evento in causa. Nel corso degli ultimi anni la gamma degli ONS è andata ampiamente allargandosi, in termini sia di composizione bromatologica, sia di varianti gustative con migliore palatabilità dei diversi prodotti. Questo

 **Mini Nutritional Assessment
MNA®**

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: _____ Et : _____ Peso Kg: _____ Altezza cm: _____ Data: _____

Completa lo schema riempiendo le caselle con gli appropriati numeri. Somma i punti per ottenere l'esito finale della valutazione.

Screening	
A Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'appetito, problemi digestivi, difficolt� di masticazione o deglutizione) 0 = Grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = Moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = Nessuna riduzione dell'assunzione di cibo	<input type="checkbox"/>
B Perdita di peso recente (<3 mesi) 0 = Perdita di peso > 3 kg 1 = Non sa 2 = Perdita di peso tra 1 e 3 kg 3 = Nessuna perdita di peso	<input type="checkbox"/>
C Motricit� 0 = Dal letto alla poltrona 1 = Autonomo a domicilio 2 = Esce di casa	<input type="checkbox"/>
D Nell'arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici? 0 = S� 2 = No	<input type="checkbox"/>
E Problemi neuropsicologici 0 = Demenza o depressione grave 1 = Demenza moderata 2 = Nessun problema psicologico	<input type="checkbox"/>
F1 Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza) ² in kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE L'IMC NON � DISPONIBILE, SOSTITUIRE LA DOMANDA F1 CON LA DOMANDA F2. NON RISPONDERE ALLA DOMANDA F2 SE LA DOMANDA F1 � GI� STATA COMPLETATA.	
F2 Circonferenza del polpaccio (CP in cm) 0 = CP inferiore a 31 3 = CP 31 o superiore	<input type="checkbox"/>
Valutazione di screening (max. 14 punti)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 punti: stato nutrizionale normale 8-11 punti: a rischio di malnutrizione 0-7 punti: malnutrito	

Per una pi  approfondita valutazione, completa la versione integrale del MNA®, disponibile su www.mna-elderly.com

ref. Villars B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Hanker JO, Salva A, Guigoz Y, Villars B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): Review of the Literature - With does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
   Soci  des produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners.
   Nestlé, 1994, Revision 2009. NEJ200 12/99 10M
 Per maggiori informazioni: www.mna-elderly.com

Figura 1
Mini Nutritional Assessment (MNA).

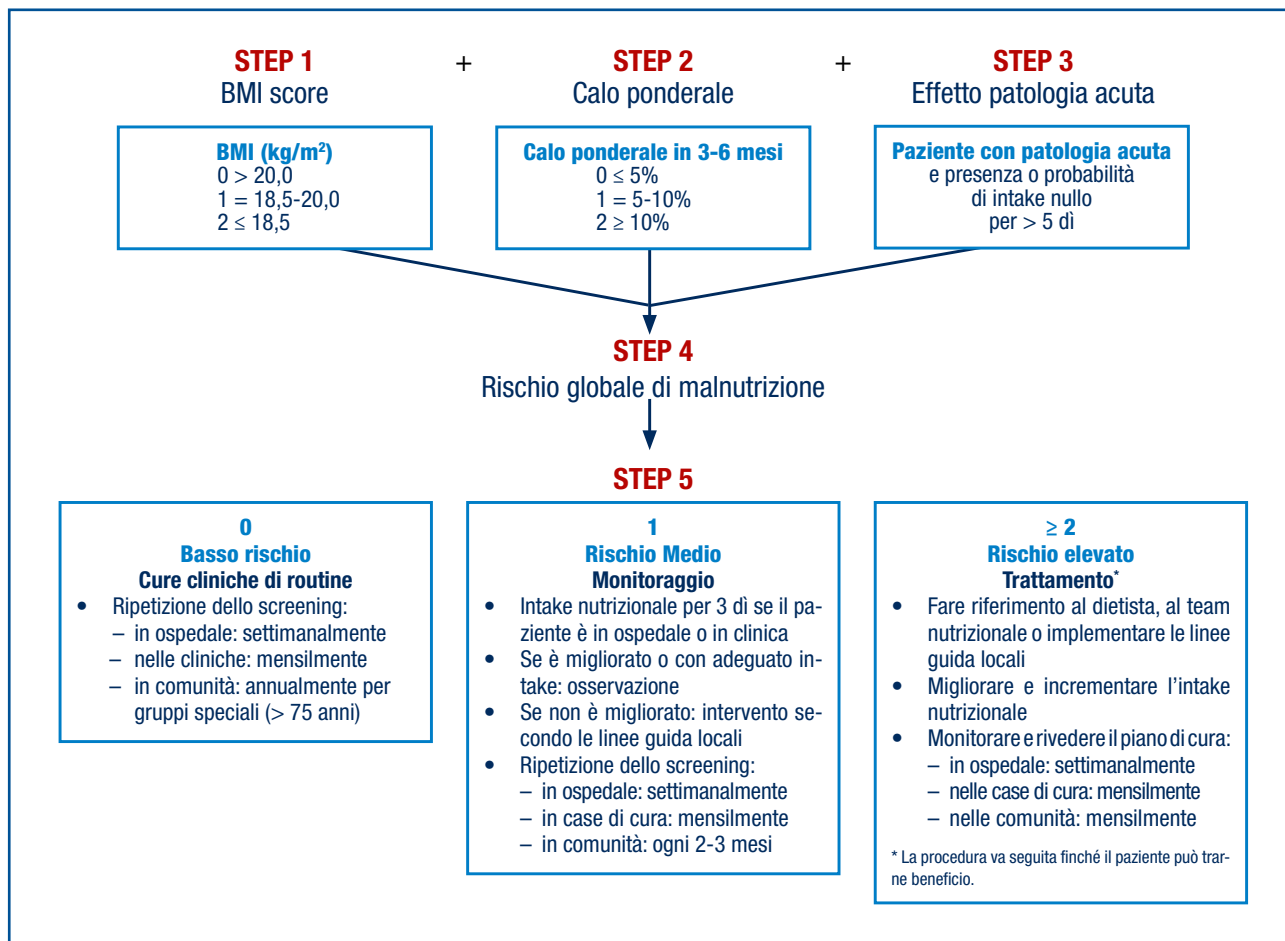


Figura 2
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

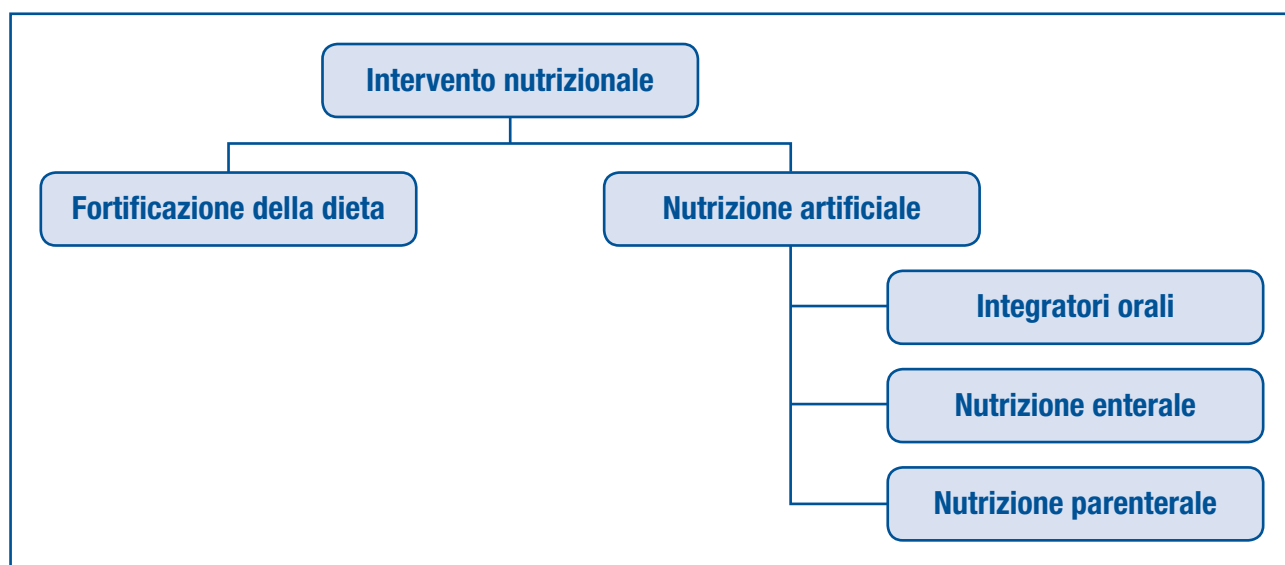


Figura 3
Il trattamento nutrizionale.

ha permesso un impiego nutrizionalmente più mirato e ha favorito la compliance dei pazienti nell'assunzione prolungata.

L'impiego degli ONS viene chiaramente raccomandato (Livello di evidenza A) dalle linee guida per la nutrizione artificiale nel paziente anziano: "la supplementazione orale per os (ONS) è chiaramente raccomandata per garantire l'assunzione di energia, proteine e micronutrienti, mantenere o migliorare lo stato nutrizionale e migliorare la sopravvivenza nei pazienti malnutriti o a rischio di malnutrizione".

Una recente metanalisi, infatti, ha dimostrato in modo statisticamente significativo un aumento del peso corporeo con riduzione della mortalità negli anziani malnutriti trattati con integratori orali proteico-calorici. Inoltre i supplementi orali, in particolare quelli ricchi in proteine, possono ridurre il rischio di ulcere da pressione per cui sono chiaramente raccomandati nelle succitate linee guida.

In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale per via orale è necessario ricorrere alla nutrizione artificiale enterale (NE) e/o parenterale (NP).

Nutrizione enterale

Gli obiettivi che si pone la NE nel paziente geriatrico sono quelli di fornire una sufficiente quantità di energia, proteine e micronutrienti; mantenere o migliorare lo stato nutrizionale, le funzioni, l'attività, le capacità riabilitative e la qualità di vita; ridurre la morbilità e la mortalità.

Lo scopo terapeutico della NE nel paziente geriatrico si differenzia rispetto al paziente giovane in quanto il mantenimento delle funzioni e della qualità di vita è prioritario rispetto alla riduzione della morbilità e della mortalità. Considerata la ridotta capacità

adattativa e rigenerativa dell'anziano, la NE dovrebbe essere intrapresa più precocemente e durare più a lungo rispetto al soggetto giovane ⁴.

Nutrizione parenterale

La NP è indicata e permette una nutrizione adeguata nei pazienti che non riescono a coprire i loro fabbisogni nutrizionali attraverso la via enterale; dovrebbe essere limitata ai casi in cui la NE sia controindicata o scarsamente tollerata. La sedazione farmacologica o il contenimento fisico del paziente per rendere possibile la NP non sono giustificati.

Sia la nutrizione parenterale centrale che periferica possono essere utilizzate nei pazienti geriatrici. La via sottocutanea è possibile per la somministrazione di liquidi al fine di correggere una lieve o moderata disidratazione ma non per somministrare altri nutrienti ⁵.

Bibliografia

- 1 Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. *Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation*. Nutr Rev 1996;54:S59-65.
- 2 Constans T. *Malnutrition in the elderly*. Rev Prat 2003;53:275-9.
- 3 Pezzana A, Borgio C, Rosolin N, et al. *Survey on prevention, early screening and treatment of malnutrition in elderly homes*. Abstract of the 31st ESPEN Congress, Vienna 29th August-1st September 2009.
- 4 *ESPEN Guidelines Enteral Nutrition in geriatrics*. Clin Nutr 2006;25:330-60.
- 5 *ESPEN Guidelines Parenteral nutrition in geriatrics*. Clin Nutr 2009;28:461-6.

Messaggi chiave

- La malnutrizione è un fenomeno frequente nella popolazione anziana, che in particolare interessa l'anziano fragile ed istituzionalizzato
- La malnutrizione ha gravi conseguenze su stato di salute, autonomia e qualità di vita nel soggetto anziano
- La malnutrizione può essere identificata con l'impiego di alcuni semplici strumenti utilizzabili dal medico di medicina generale basati su riconoscimento di calo ponderale non intenzionale, rilevazione dell'indice di massa corporea e presenza di patologie associate
- In presenza di insufficiente assunzione di alimenti possono essere forniti consigli per incrementare l'apporto calorico e proteico dei cibi
- In presenza di malnutrizione sono chiaramente consigliati gli integratori artificiali
- In caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo nutrizionale per via orale è necessario ricorrere alla nutrizione artificiale enterale e/o parenterale