



Ente Ospedaliero Cantonale

Simposio Ticinese di Nutrizione Clinica

Il paziente geriatrico / anziano

Ingo Bolliger

Servizio di Geriatria

Ospedale La Carità

05. ottobre 2022

In Ticino

- Popolazione > 65 anni in Ticino
- 2016 - 79'000
- 2018 - 79'895
- 2021 - 82'355
- 2026 - 100'000



Ufficio federale di statistica

Perché la Malnutrizione è un argomento importante nell'anziano

- Una delle sindromi geriatriche più importanti
- a casa 5%
- CpA 14%
- Geriatria acuta 39%
- Riabilitazione geriatrica 51%

Cereda et. al 2016

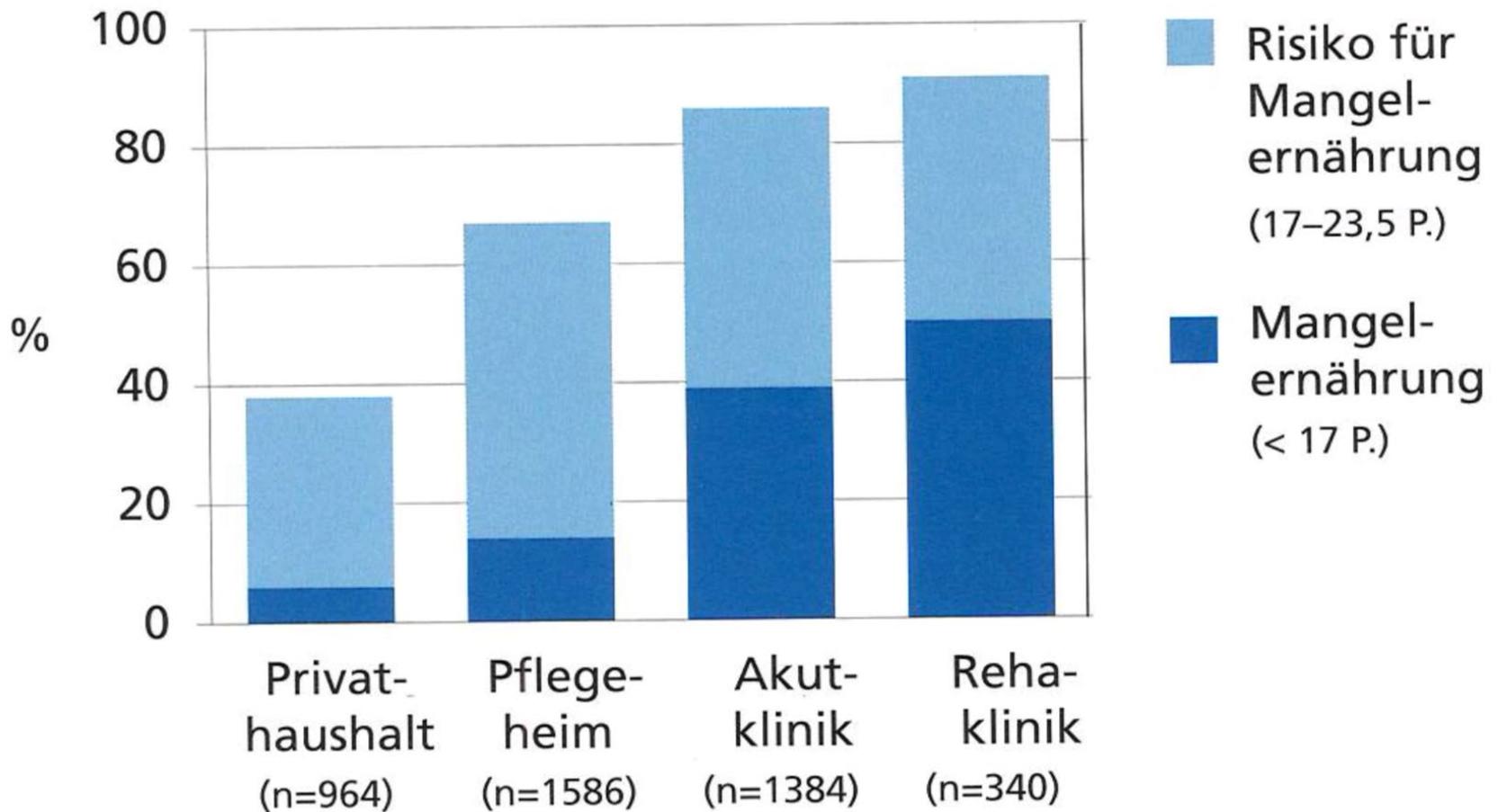
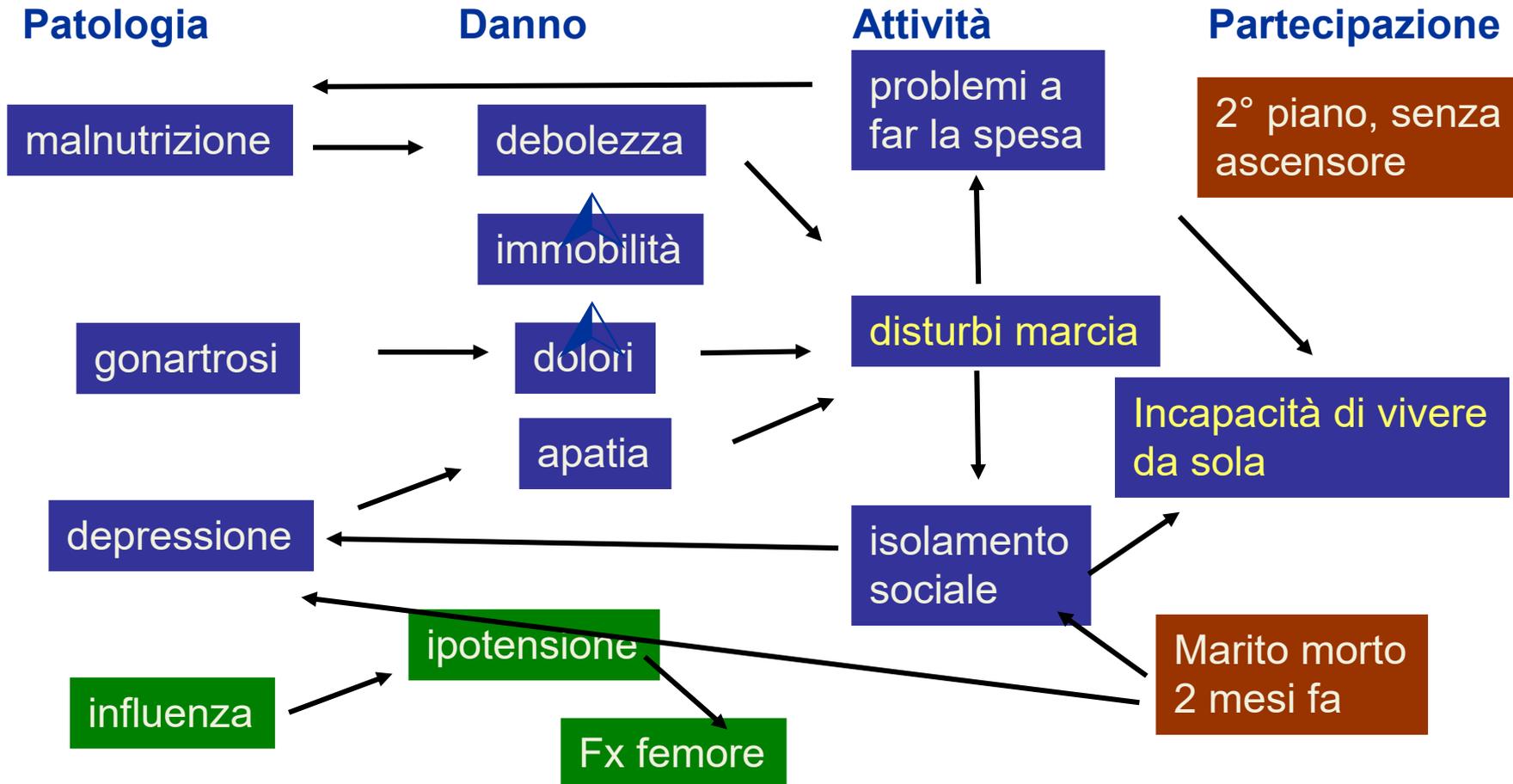
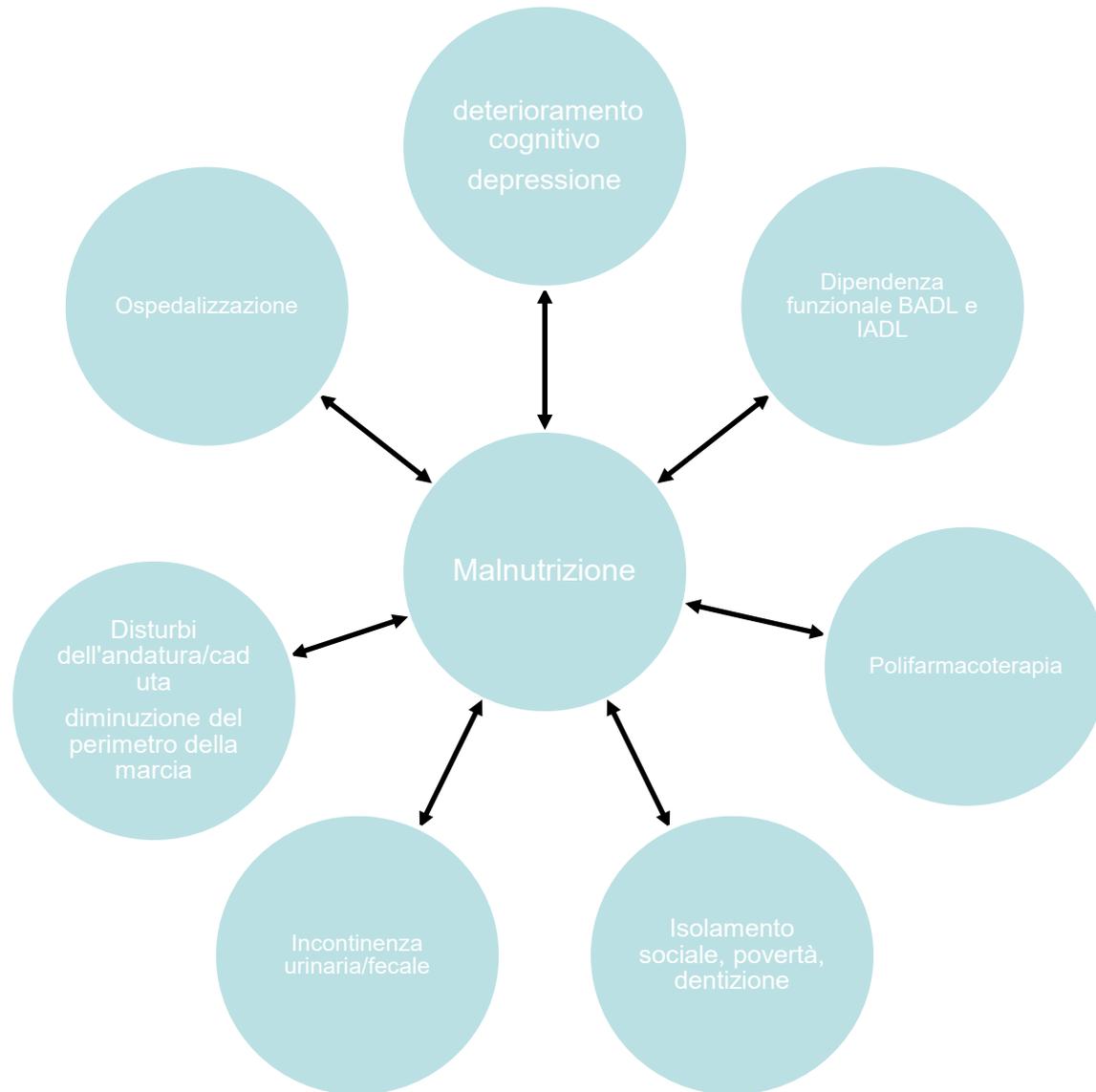


Abb. 10.1: Prävalenz von Mangelernährung bei alten Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen (nach Kaiser et al. 2010; Erfassung mittels MNA)

Paziente geriatrico: La complessità è la norma



Malnutrizione nell'anziano



Le cause

- Cambiamenti fisiologici:
 - Diminuisce l'appetito
 - Cambiamento percezione sensoriale
 - Disturbi di masticare
 - Disturbi di deglutizione
 - Deficit AS
 - Deficit della mobilità
- Situazione sociale ed economico:
 - Solitudine
 - Eventi importanti
 - Mancanza di aiuto (spesa, pasti)
 - Trascuratezza
 - Povertà
 - Ambiente (p.e. in CpA, Ospedale)
- Capacità cognitiva/psichica:
 - Memoria/confusione
 - Demenza
 - Depressione
 - Delirio di avvelenamento / Mania di dimagrire
- Salute generale:
 - Disturbi gastrointestinali
 - Malattie acute o croniche
 - Dolori acuti o cronici
 - Polifarmacoterapia (effetti collaterali)
- Abitudini sfavorevoli:
 - Dieta restrittiva su altra indicazione medica (calorie/sale...)
 - Offerta inadeguata (p.e. CpA)
 - Saltare pasti
 - Dieta monotona, poco variata
 - Consumo inadeguato di alcool

STUDIO SOLINUT: Legame tra solitudine e stato nutrizionale

- 150 anziani (età media: 80,8 anni, estremo superiore 99 anni) in Francia, marzo 2002-maggio 2003
- Da solo a casa
- BMI medio: 24,4 kg/m²
- Il 42,6% dei soggetti ha un'assunzione inferiore a 25 kcal/kg/d (= soglia di malnutrizione)
- Il 21,3% ha dimostrato malnutrizione (< 20 Kcal/kg/d)
- Il 44% dei soggetti non è in grado di portare un carrello della spesa da 5 chili
- Il 32% non condivide mai un pasto con la famiglia o gli amici

BUDGET: Golden age?

Il 16% della popolazione > 65 anni vive in povertà

Secondo il modello del salario di sussistenza, il loro reddito è al di sotto della soglia di povertà assoluta.

Persone sole in pensione: il 25% vive con una pensione al di sotto del livello di sussistenza

A confronto

Tra i 18 e i 64 anni: il 5,9% vive in povertà

Source: http://www.uss.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Dossier/90_DB_JA_Seule_minorite_peut_maintenir_niveau_2012.pdf

Non è così facile....

- Budget
- Mobilità, negozi di quartiere, accesso ai negozi,...
- Cognizione, motivazione
- Solitudine
- Minimo 3 pasti e 1 spuntino

Definizione sarcopenia

Sarcopenia primaria

Sarcopenia legata all'età

Nessun'altra causa riconoscibile oltre all'invecchiamento

Sarcopenia secondaria

Sarcopenia correlata all'attività

Può derivare dal riposo a letto, dallo stile di vita sedentario, dalla riduzione della mobilità

Sarcopenia correlata alla malattia

associata a insufficienza d'organo avanzata (cuore, polmoni, fegato, rene, cervello), Malattia infiammatorio, malignità o malattia endocrina

Sarcopenia correlata alla nutrizione

Assunzione inadeguato / Malassorbimento, disturbi gastrointestinali o uso di farmaci che causano anoressia

Immobilizzazione e riduzione muscolare

Negli adolescenti in buona salute: 500 g dopo 28 giorni

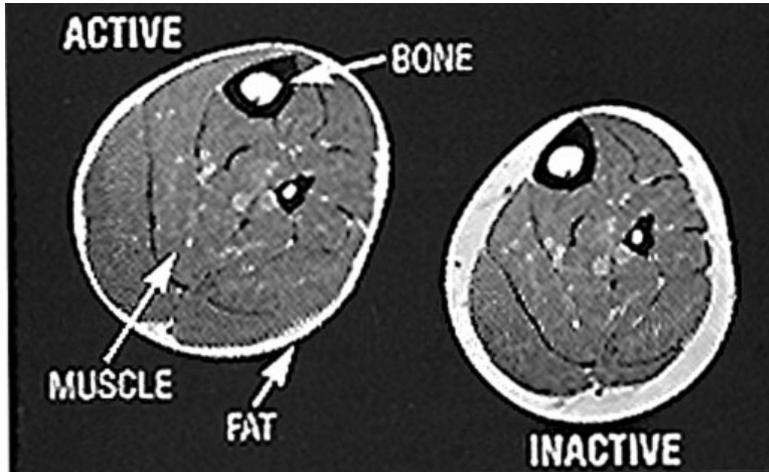
Anziani in buona salute: 1000 g dopo 10 giorni

CAVE: Nonostante l'apporto proteico garantito!

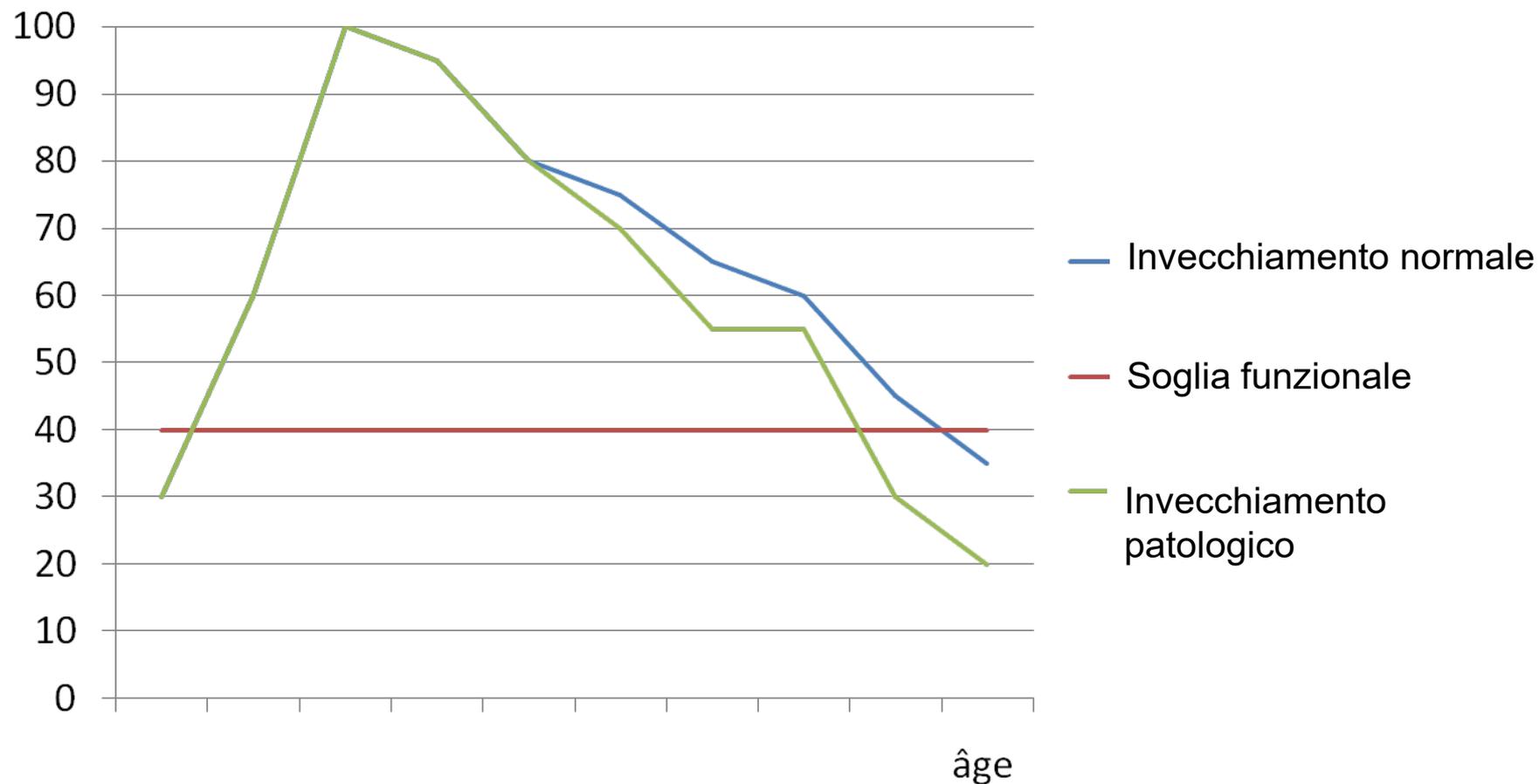
in pazienti anziani "fragile": 1000 g in 3 giorni

Jeffrey R. Stout, University of Oklahoma, EUGMS congress 2010

Malnutrizione.....



Evoluzione della sarcopenia con l'età



LA PERDITA DI PESO NELLE
ANZIANI È DOVUTA
PRINCIPALMENTE A UNA PERDITA
DI MASSA MUSCOLARE ANCHE IN
UN PAZIENTE OBESO!

Screening e Assessment

- Non esiste un Gold Standart
- Anamnesi molto importante (peso, appetito, medicinali, prob. dentari, vita sociale)
- !!Anamnesi con terzi (famigliari, amici, MC,...)
- Stato clinico e labor
- Screening
 - Mini Nutritional Assessment
 - Nutritional Risk Screening
 - Malnutrition Universal Screening Tool
 - Subjectiv Global Assessment
 -

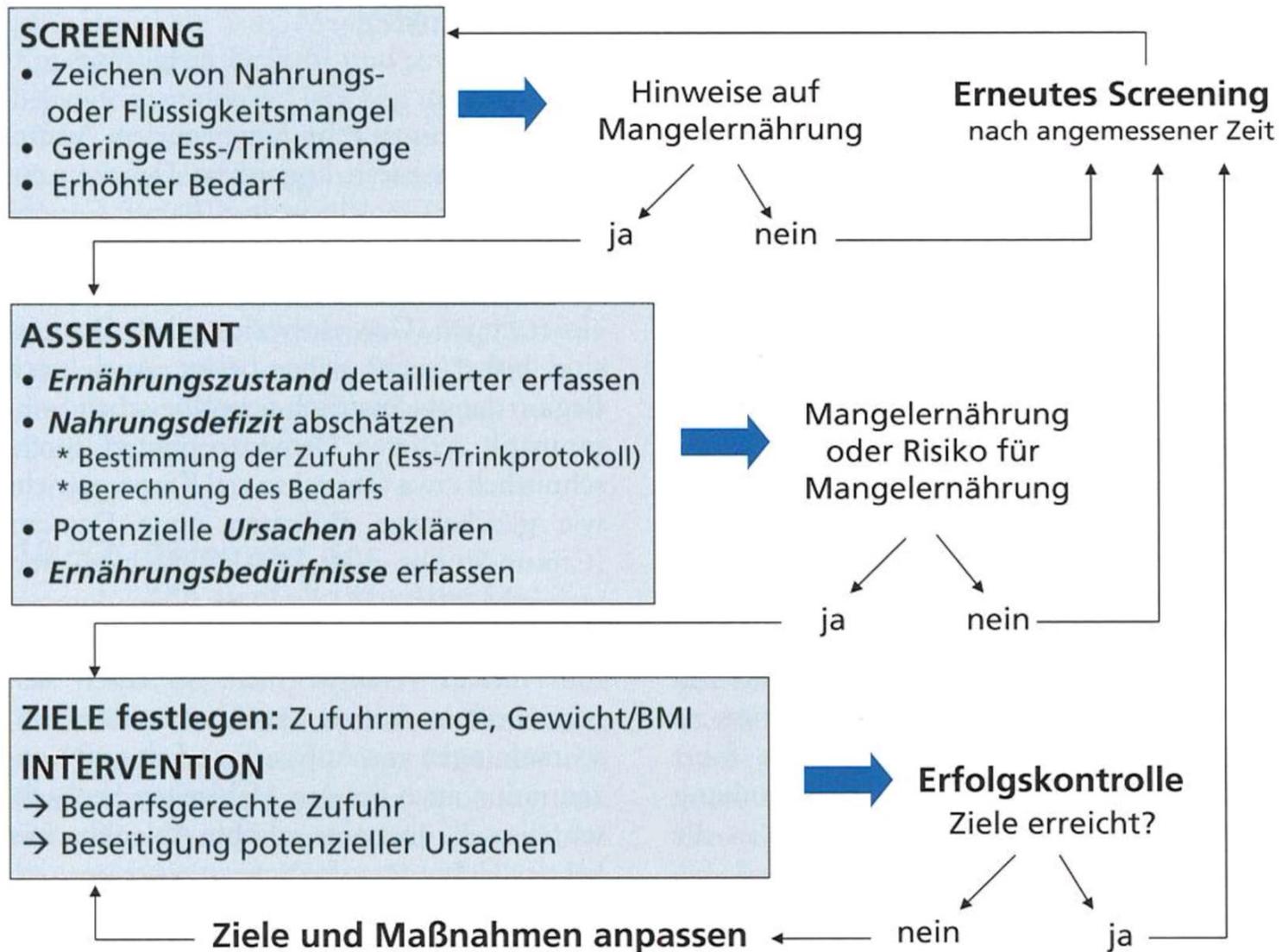


Abb. 10.3: Algorithmus zur Qualitätssicherung der Ernährungsversorgung in geriatrischen Einrichtungen (aus Volkert 2009, S. 77–87) (Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Springer Nature)

Conseguenze della malnutrizione

- Muscolatura scheletrica:
 - Perdita di forza
 - Riduzione della mobilità
 - Aumenta rischio caduta
- Cuore:
 - Riduzione volume sistolico
 - Disturbi del ritmo
- Sistema immunitario:
 - Risposta immunitaria deficitaria
 - Infezioni più frequenti, lunghe, gravi
- Respirazione:
 - Muscolatura respiratoria più debole
 - Capacità Vitale diminuisce
 - Ventilazione peggiora
- Cute:
 - Guarigione rallentata
 - Rischio decubito aumentato
- Sistema gastrointestinale:
 - Atrofia villi intestinali
 - Permeabilità aumenta
 - Assorbimento diminuisce

Conseguenze della malnutrizione

- Aumento della mortalità
- Aumento della durata della degenza ospedaliera
- Aumento delle infezioni nosocomiali
- Aumento delle piaghe da decubito
- Aumento di cadute e fratture
- Associazione di malnutrizione e dipendenza da ADL

POSSIAMO
TRATTARE E
COME?



Obiettivi terapeutici

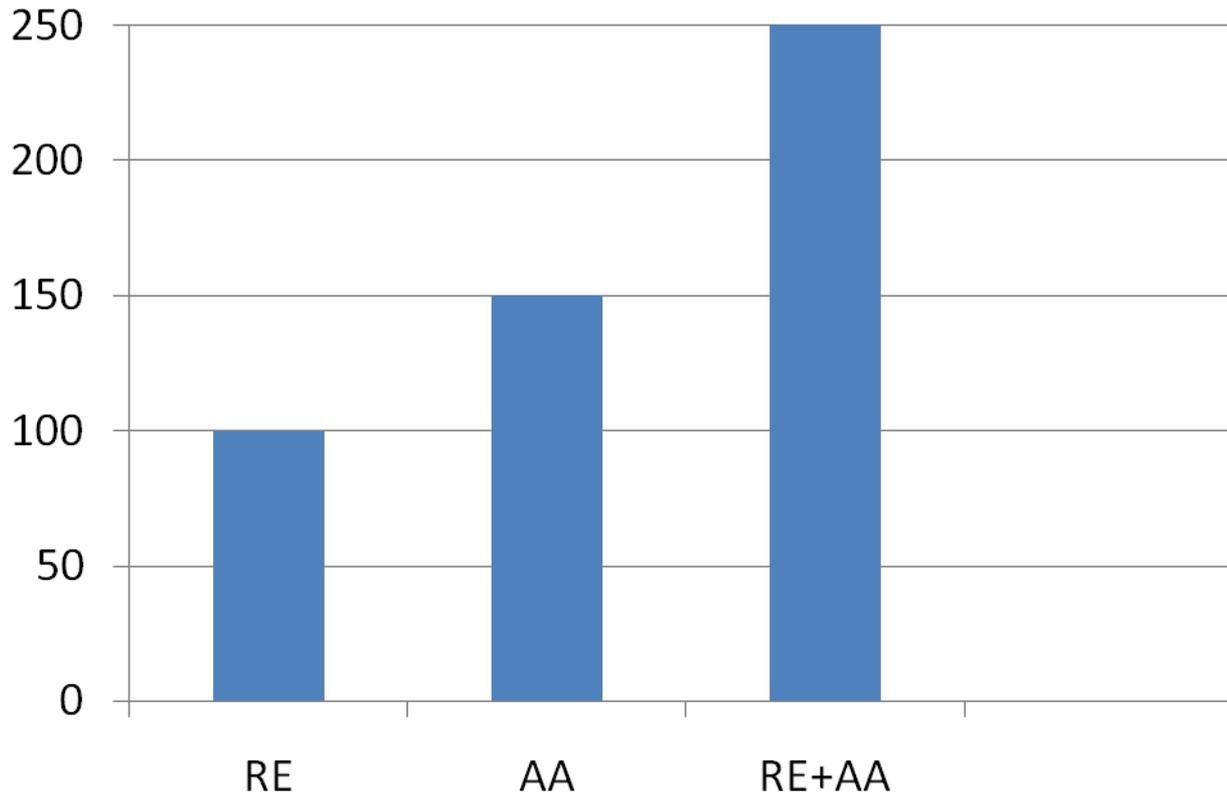
- Migliorare lo stato nutrizionale oppure almeno stabilizzarlo.
- Ottimizzare lo stato generale
- Trattare le cause
 - Medicamenti
 - Igiene orale/denti
 - Disturbi della deglutizione
 - Aiuto per spesa/cucinare
 - Compagnia
 - Limitare diete speciali

Terapia

- Ipogeusia:
 - Condire maggiormente il cibo
 - utilizzare tante erbe
- Sete ridotta:
 - Ricordare di bere
 - Mettere da bere in posizioni strategiche
 - Protocollo
- Disturbi della masticazione:
 - Curare denti
 - Igiene cavo orale
- Disturbi di deglutizione:
 - ev. Logopedia
 - Adattare la dieta
- Difficoltà di mangiare in autonomia:
 - Aiuto
 - Ausili
 - Ergoterapia
- Disturbi della marcia:
 - Fisioterapia
 - Aiuto per fare la spesa
- Dolori:
 - Terapia adeguata
- Polifarmacoterapia:
 - Controllo dosaggi e indicazione
- Diete restrittive:
 - controllo indicazione
- Fattori sociali:
 - Compagnia per i pasti
 - Centri diurni per pranzo

Esercizio di resistenza e nutrizione

% increase protein synthesis



Biolo 1997



■ % increase protein synthesis

RE: resistance exercise
AA: Amino Acids

Integratori alimentari orali

Nutrition clinique et métabolisme 27 (2013) 43–50

- Se l'alimentazione orale è insufficiente, ma ancora > 60% del fabbisogno
- Buona aderenza = miglioramento dello stato nutrizionale
- Migliore aderenza se prescritto come farmaco, al di fuori dei pasti
- Aumento del peso e della massa magra senza impatto sul deterioramento cognitivo o sulla mortalità nei pazienti di Alzheimer
- Alcune evidenze negli studi, ma risultati contraddittori su morbilità, complicanze (piaghe da decubito), mortalità
- Attenzione Finanze

Malnutrizione e demenza

- Demenza è una causa frequente per una perdita di peso
- Porta una debolezza muscolare con **diminuzione dell'autonomia** e peggiora la malattia di base
- Terapia con la demenza ancora più difficile

- Spesso si nota **presto** una perdita di peso (Buchman et al. 2005, Stewart et al. 2005)
- Con la demenza possono perdere 4x di più di peso (Cronin-Stubbs et al. 1997)
- Inizialmente disturbi di attenzione e concentrazione
- Collegamento Demenza - Depressione
- Poi disturbi nelle **IADL**
- Agitazione motoria – aumento del fabbisogno e/o terapia sedativa
- **Tardi aprassia, necessità di aiuto, disfagia**

Malnutrizione e demenza

- Pochi studi demenza, nutrizione – cognizione, funzionalità, qualità di vita, mortalità
- **Iniziare presto lo screening**
- Informare parenti
- Aiutare ai pasti
- Offrire spuntini
- Arricchire pasti
- Ev. supplemento con p.e. Resource
- Nutrizione enterale / parenterale??

Take home messages

- Pensare alla malnutrizione
- Pensare alla malnutrizione
- Pensare alla malnutrizione
- Identificare le cause e trattarle
- Curare gli aspetti di benessere psicofisico attorno all'atto del mangiare
- Tener conto degli aspetti derivanti da comorbidità in tutte e 5 le dimensioni (psichica, fisica, sociale, economica, funzionale)

Take home messages

- La malnutrizione in geriatria e nei pazienti anziani è frequente, ha conseguenze importanti sul piano funzionale e di morbidity
- Screening: NRS (BMI + anamnesi)
- Accertamento multidisciplinare strutturato (team dietistico)
- L'intervento nutrizionale mirato porta vantaggi notevoli in termini di mortalità, morbidity e costi!

Grazie per l'attenzione

