

La malnutrizione nell'anziano

Cause, fattori di rischio e complicanze



Il soggetto anziano

Per convenzione, si considera «anziano» un soggetto un soggetto **dopo i 65 anni d'età**, in quanto è intorno a 70-75 anni che bruscamente aumenta l'incidenza dei mutamenti correlati all'invecchiamento.

Il processo di invecchiamento si verifica in realtà in modo individuale, in quanto è fortemente influenzato da fattori genetici, ambientali e sociali.

Un paziente geriatrico non ha quindi un'età ben definita, ma ciò che lo caratterizza è un alto grado di quella che viene definita “**fragilità**”, una condizione che lo rende più esposto a variazioni dello stato di salute.

In particolare, la **nutrizione** è un modulatore determinante della salute e del benessere dell'anziano.

I fabbisogni nutrizionali si modificano con l'avanzare dell'età e così lo stile di vita, le abitudini alimentari e il metabolismo. Dato che le funzioni digestive e di assorbimento rallentano, si possono verificare carenze di alcuni nutrienti fondamentali, che a loro volta possono modificare le funzioni fisiologiche e causare **senso di astenia, affaticamento e problemi motori**.

Uno dei rischi a cui è maggiormente esposta la popolazione anziana è quindi l'instaurarsi di uno stato di **malnutrizione** e **disidratazione** con gravi complicanze per la salute e la qualità di vita.

1. ESPEN guidelines 2018

Modificazioni della composizione corporea nella popolazione anziana

MASSA MUSCOLARE ↓ 40%

VOLUME PLASMATICO ↓ 8 %

ACQUA EXTRACELLULARE ↓ 40%

ACQUA CORPOREA TOTALE ↓ 17%

TESSUTO ADIPOSO ↑ 35%

**Il metabolismo basale inoltre diminuisce
dell'8-10% per ogni decade tra i 60 e i 90 anni.**

Classificazione delle malnutrizioni

MALNUTRIZIONE DA CARENZA

Globale

- Ridotto apporto nutrizionale
- Aumento del dispendio energetico
- Perdita di nutrienti fondamentali

Selettivo

- Carenza di vitamine
- Carenza di Sali minerali
- Carenza di oligoelementi
- Altre carenze

MALNUTRIZIONE DA ECCESSO

Globale (obesità)

- Eccessivo apporto calorico

Selettivo

- Esagerato apporto di vitamine e minerali

Malnutrizione calorico-proteica

La malnutrizione dovuta ad ridotto apporto calorico, malattie croniche o invecchiamento può essere definita come «**uno stato derivante da un'assunzione ridotta di nutrienti e/o da un inadeguato metabolismo degli stessi che porta a uno squilibrio nella composizione corporea, con netta diminuzione della massa magra (>5% in sei mesi) e della massa corporea (BMI <20 Kg/m²) o, con diminuzione delle funzioni fisiche e mentali del soggetto, e compromessa capacità di recupero da una malattia**».

Nelle slide successive ci occuperemo di questo tipo di malnutrizione che è il più frequente nell'anziano.



1. ESPEN guidelines 2018

Forme cliniche di malnutrizione

	MARASMA O CACHESSIA	KWASHIORKOR
Caratteristiche	Deriva da deficit energetico cronico e prolungato.	Dovuta a deficit proteico aggravato da stress (malattia)
Rapidità d'insorgenza	Mesi-anni	Settimane-mesi
Quadro clinico	<ul style="list-style-type: none">• Aspetto emaciato• Peso/altezza <80% dello standard	<ul style="list-style-type: none">• Stato nutrizionale apparentemente buono o discreto• Edemi
Decorso clinico	<ul style="list-style-type: none">• Generalmente favorevole	<ul style="list-style-type: none">• Ritardata guarigione delle ferite• Immunodepressione• > incidenza di complicanze e infezioni• Ipersensibilità cutanea ritardata
Mortalità	<ul style="list-style-type: none">• Bassa (legata alla malattia di base)	<ul style="list-style-type: none">• Elevata (in parte indipendente dalla malattia di base)
Dati di laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• albuminemia > 2.8 g/dl• transferrinemia > 150 mg/dl• Linfociti emetici > 1200 mm³	<ul style="list-style-type: none">• albuminemia < 2.8 g/dl• transferrinemia < 150 mg/dl• Linfociti emetici > 1200 mm

Esiste poi una forma di **malnutrizione mista**.

Caratteristiche cliniche della malnutrizione calorico - proteica

- Riduzione del peso corporeo
- Atrofia muscolare e riduzione della forza
- Riduzione della capacità muscolare cardiaca e respiratoria
- Assottigliamento della pelle
- Rallentamento del metabolismo
- Ipotermia
- Apatia
- Edema
- immunodeficienza

Epidemiologia

La prevalenza della malnutrizione per difetto di nutrienti (detta anche **malnutrizione calorico-proteica**), non è rara e aumenta in funzione dell'età in entrambi i sessi. Si stima ne siano a rischio in media il 50% degli anziani nel mondo.

Tra i **pazienti ospedalizzati**, l'incidenza è molto variabile, con valori che oscillano tra il 30% e il 60%, a seconda dei Paesi considerati. Mentre nelle strutture di lungo-degenza o nelle case di riposo sale fino all'85%, con i casi più gravi nei soggetti femminili o di età più avanzata².

Secondo le “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale” del Ministero della Salute, i pazienti ospedalizzati ultraottantenni hanno una probabilità 5 volte superiore di andare incontro a uno stato di malnutrizione rispetto a quelli di età inferiore ai 50 anni.

La **malnutrizione per eccesso (o obesità)**, invece, nell'anziano è aggravata dalla sedentarietà e dal progressivo rallentamento del metabolismo e aumenta l'incidenza di fratture e disturbi vascolari periferici³.

2. Bosello et al. 2011, 3. Holman 2005

Cause e fattori di rischio

Le cause di malnutrizione nell'anziano sono molteplici e si possono distinguere in mediche e sociali:

Cause mediche	Cause sociali
Invecchiamento stesso	Vivere da soli
Cattiva dentizione	Incapacità di uscire
Difficoltà di deglutizione	Irregolarità nei pasti
Difficoltà di salivazione	Bassa classe sociale
Malattie acute	Povertà
Malattie croniche	Depressione
Polifarmacoterapia	Basso livello cognitivo

4. Bissoli L et al. 2001

Invecchiamento

Nella popolazione anziana si verifica gradualmente una riduzione dell'attività fisica e dell'assunzione di cibi energetici.

Con l'avanzare degli anni, l'apporto calorico e nutrizionale tende a diminuire portando in genere a dimagrimento. Sono stati riscontrati infatti modificazioni del meccanismo di regolazione dell'appetito con alterato senso di fame e/o sazietà.

La malnutrizione può essere correlata a due tipi di modificazioni che avvengono fisiologicamente in età avanzata:

- **Modificazioni dell'assunzione di cibo** – riduzione del gusto e dell'olfatto, diminuita secrezione gastro-intestinale, riduzione del senso di fame
- **Modificazioni del metabolismo** – diminuita sintesi proteica ed aumentato catabolismo delle proteine (da cui deriva la necessità di un maggior apporto proteico nella dieta).

Presenza di patologie

La relazione tra malnutrizione e un cattivo stato di salute è bilaterale.

- Lo **stato di malnutrizione** altera le difese immunitarie, esponendo maggiormente l'anziano ad alcune malattie (infezioni, etc.)
- Molte **malattie soprattutto croniche** (es. tumori, depressione, problemi alla tiroide, BPCO, malattie GI) possono causare malnutrizione per inappetenza, diminuzione dell'apporto calorico-proteico e perdita di peso.

Anche i **problemi dentali** che provocano difficoltà di masticazione, la **difficoltà di salivazione** e i disturbi di deglutizione (**disfagia**) possono essere causa di una inadeguata e insufficiente nutrizione che può portare a malnutrizione.

Altri fattori predisponenti

FATTORI NEURO-PSICHIATRICI

- Depressione
- Demenza

Possono causare perdita dell'appetito, dimagrimento e anoressia

FATTORI SOCIALI

- Solitudine
- Difficoltà economiche
- Diminuita autonomia

Sono tutti fattori che favoriscono la malnutrizione, in particolare se l'anziano ha solo a disposizione cibi freddi e poco appetibili

TERAPIE FARMACOLOGICHE

- Nausea
- dispepsia

Molti farmaci possono provocare effetti collaterali che influenzano negativamente la nutrizione

Principali complicanze

L'impatto della malnutrizione sulla salute e nella prognosi del paziente anziano è negativo e comporta in particolar modo: maggiore suscettibilità alle infezioni, lento recupero dopo una malattia e diminuzione dell'aspettativa di vita.

Aumentato rischio di:

- Disabilità motoria
- Infezioni nosocomiali
- Stato confusionale
- Cadute e fratture ossee
- Ridotta autonomia
- Complicazioni intra e post-operatorie
- Tempi di ricovero prolungati
- Maggiori spese sanitarie
- Morbilità e mortalità

1. ESPEN guidelines 2018

Valutazione dello stato nutrizionale nell'anziano

Formulare la **diagnosi** di malnutrizione quando essa è ormai conclamata può essere troppo tardivo, in quanto se sono già presenti complicanze può essere molto difficile ripristinare condizioni di salute soddisfacenti.

Sono state realizzati quindi dei **questionari** in grado di valutare il «**rischio**» di **malnutrizione** assegnando punteggi ad alcune variabili cliniche o ad altri aspetti relativi allo stato nutrizionale del soggetto anziano.

Il **Mini Nutritional Assessment (MNA)**, è uno strumento di facile e veloce compilazione - validato scientificamente a livello internazionale – che permette di valutare lo stato nutrizionale dei pazienti anziani su larga scala. Può essere proposto anche dal medico di famiglia o da altro professionista sanitario o compilato direttamente dal paziente o da chi se ne prede cura. Il risultato va comunque condiviso con uno specialista.

Tra i parametri di laboratorio, invece, l'**albuminemia** rappresenta l'indice che meglio correla la malnutrizione con la morbilità e mortalità del paziente anziano.

4. Bissoli L et al. 2001

Bibliografia

1. Volkert D et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2018 Jun 18. pii: S0261-5614(18)30210-3
2. Bosello O, Zamboni M (2011).“Manuale di gerontologia e geriatria”. Piccin, Padova
3. Holman C., Robert S., Nicol M. (2005).“Promoting adequate nutrition”. Nurs older people, Vol 17, °6, pag 31-32
4. Bissoli L. et al. “Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell’anziano”. Giorn Geront 2001, 49, 4-12.