

PREVENIRE LA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE NEFROPATICO DURANTE LA DEGENZA RIDUCIAMO LO SPRECO ALIMENTARE, CALORICO E PROTEICO

VRENNIA GIADA, ERMINIA BRANCATI, ROMOLO DI CONCILIO, CARLA VIVES BENEDI
ASST GOM NIGUARDA MILANO

INTRODUZIONE

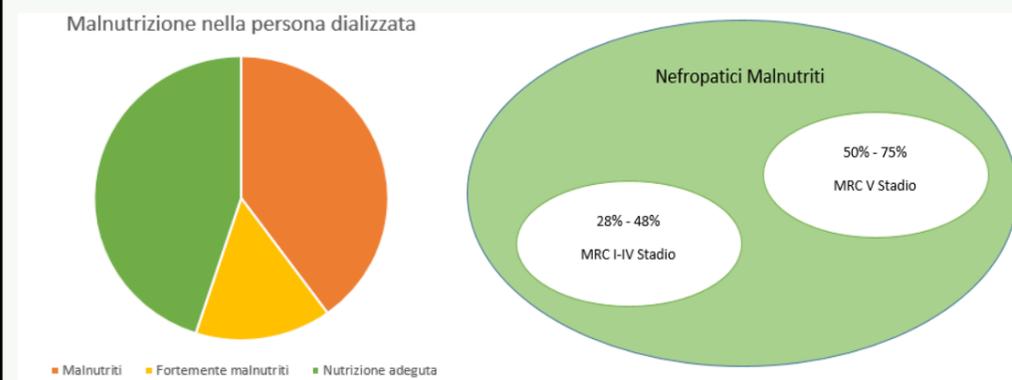
Il paziente nefropatico è complesso, spesso caratterizzato da un'estrema "fragilità", frequentemente affetto da più comorbidità e costretto a modificare la propria quotidianità e alimentazione in base alle sedute emodialitiche. Una corretta alimentazione è fondamentale per mantenere un adeguato stato nutrizionale, per garantire una buona riuscita del trattamento dialitico e per prevenire le complicanze. Tuttavia, le restrizioni alimentari a cui sono sottoposti sono notevoli e rappresentano una fonte di elevato stress per la persona. I momenti più critici si riscontrano durante l'ospedalizzazione; è importante adeguare il regime dietetico e così evitare lo spreco alimentare, calorico e proteico.

Background

La malattia renale cronica rappresenta una patologia molto prevalente ed in crescita, in Italia ne è affetta il 7-8% della popolazione generale.

In corso di CKD (Cronic Kidney Disease) si può manifestare la progressiva riduzione del patrimonio proteico ed energetico dell'individuo, una condizione definita deplezione proteica calorica (PEW).

I motivi che possono concorrere ad aggravare questa situazione possono essere causati da condizioni patologiche acute e/o da fragilità emotiva dovute al cambiamento dello stile di vita durante l'ospedalizzazione, andando ad esacerbare la condizione di malnutrizione e/o iperidratazione.



Obiettivo

Le ultime Linee Guida ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) per la Nutrizione Ospedaliera hanno evidenziato come la malnutrizione ospedaliera impatta su tutti gli aspetti della cura: "un'alimentazione non adeguata e corretta influenza l'insorgenza di complicazioni, la durata della degenza e la reazione stessa alle cure". Scopo di questo lavoro è aprire il dibattito su quanto non venga considerato a sufficienza l'aspetto nutrizionale dei ricoverati, a partire dallo screening iniziale dell'individuo. È necessaria una maggiore sensibilizzazione, cambiare paradigma per mettere al centro la terapeutività dell'alimentazione all'interno delle strutture sanitarie. Il primo passo è l'utilizzo di scale di valutazione; aiutano nella scelta adeguata dell'alimentazione durante il periodo di ospedalizzazione. Il secondo obiettivo è l'applicazione del controllo quotidiano dei reali consumi dei pasti con l'utilizzo di sistemi visivi di registrazione.

METODOLOGIA

È stata effettuata una ricerca in letteratura usando i database Pubmed e Cochrane con i termini di ricerca (Key Words).

Consultazione delle scale di valutazione: criteri GLIM, MUST, NRS-2002, Renal iNUT. Consultazione della scala visuo-analogica SEFI.

RISULTATI

La fisiopatologia dei disturbi nutrizionali nei pazienti con malattia renale (MR) è complessa e coinvolge sia la ridotta assunzione di cibo o l'assimilazione alterata dei nutrienti, sia l'ipermetabolismo associato alla malattia e alle comorbidità. Non esiste un chiaro consenso su come definire questi disturbi e le definizioni disponibili si basano su studi su pazienti stabili con malattia renale cronica (MRC) gestiti in regime ambulatoriale.

Recenti criteri **GLIM** (Global Leadership Initiative on Malnutrition), correntemente utilizzati per la diagnosi di malnutrizione in setting clinici, includono criteri fenotipici ed eziologici. L'uso del BMI (Indice di Massa Corporea) può rappresentare una limitazione nei pazienti iperidratati poiché possono portare a sottostimare la malnutrizione nei soggetti ospedalizzati con MRC.

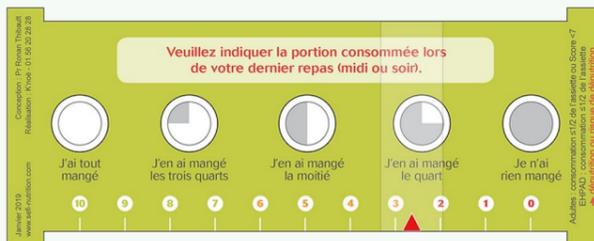
Il Malnutrition Universal Screening Tool (**MUST**) è uno screening nutrizionale generico validato e ampiamente utilizzato. Comprende un punteggio derivato dal BMI, perdita di peso e qualsiasi malattia acuta con digiuno per più di cinque giorni. In uno studio sui ricoveri nei reparti nefrologici, il MUST non ha identificato il rischio di malnutrizione in quasi la metà dei pazienti con malnutrizione secondo SGA (Valutazione Globale Soggettiva). È stato riscontrato che il punteggio MUST ha una bassa sensibilità in questi pazienti, forse a causa della natura complessa e multifattoriale della malnutrizione nei pazienti con malattie renali. Lo screening MUST riconosce la fame acuta ma omette alcuni fattori di rischio specifici della Kidney Failure come l'anoressia e il deficit nutrizionale.

Lo strumento di screening del rischio nutrizionale Nutritional Risk Screening (**NRS**) del 2002 è utilizzato per identificare adeguatamente i pazienti considerati malnutriti da SGA e per prevedere esiti clinici peggiori. Grazie a tale strumento è possibile valutare con rapidità e semplicità il rischio di una carenza nutritiva. Lo scopo principale è individuare la presenza di malnutrizione e il rischio di svilupparla in ambiente ospedaliero. Rispetto al MUST prevede due ulteriori fattori di rischio nutrizionale: la severità della malattia di cui è affetto il paziente e l'età del paziente stesso.

È stato dimostrato che i sintomi legati alla nutrizione hanno un ruolo importante nel predire il rischio di malnutrizione nei pazienti con patologie renali e, tra questi, la perdita di appetito ha il più alto potere prognostico.

Recentemente, un nuovo strumento di screening nutrizionale ospedaliero, **Renal iNUT** è stato sviluppato specificamente per i pazienti ospedalizzati con MR, mostrando una buona sensibilità, specificità e valore predittivo positivo contro l'SGA. Oltre ai componenti del MUST, l'iNUT renale include domande sull'appetito, sull'assunzione alimentare, sull'uso di integratori alimentari e dettagli specifici sul peso (peso target a secco o peso target senza edema) e la perdita di peso stimata oltre l'altezza e al BMI. Classifica i pazienti in categorie di malnutrizione ad alto (punteggio ≥ 2), medio (punteggio 1) e basso (punteggio 0) con un piano d'azione appropriato. Tuttavia, per stabilire se l'iNUT renale possa essere uno strumento adeguato per lo screening dei pazienti ospedalizzati con malattie renali è necessaria una validazione esterna.

Nell'ottica di prevenzione della malnutrizione bisogna dunque porre grande attenzione a cosa è presente sul vassoio del degente e quanto di questo venga effettivamente consumato. In questo senso, la valutazione dello scarto da vassoio al momento del suo ritiro è una metodica utilissima per rilevare i reali ed effettivi introiti dei degenti.



La **Simple Evaluation of Food Intake SEFI**® valuta l'assunzione alimentare secondo due diverse procedure: una scala visuo-analogica a 10 punti ed una valutazione visiva delle porzioni consumate secondo il sondaggio NutritionDay®.

CONCLUSIONI

Dopo una revisione della letteratura si conferma l'importanza di utilizzare e di divulgare il corretto uso delle scale di valutazione per lo stato di malnutrizione del paziente ricoverato. In quest'ottica risulta essenziale eseguire lo screening del rischio nutrizionale attraverso procedure validate e approvate dalla comunità scientifica.

Non si è a conoscenza di studi che confrontino l'affidabilità degli strumenti di screening esistenti in questi pazienti. Pertanto, concludiamo che fino a quando tali studi non saranno condotti, tutti gli strumenti di screening dovrebbero essere considerati ugualmente preziosi. Inserire, se mancanti o sfruttare al meglio i sistemi di monitoraggio del consumo del pasto con l'utilizzo di metodi visivi di registrazione dei consumi, quindi la verifica da parte del personale sanitario anche con l'aiuto di familiari/ caregiver dell'assunzione di cibo durante la degenza ospedaliera.

PROPOSTE

Promuovere percorsi formativi (Gruppi di miglioramento interdisciplinari, corsi di aggiornamento ECM organizzati dall'OPI, corsi aziendali) Identificare degli indicatori affidabili per il monitoraggio della malnutrizione.

Take Home message: Lo scarto non è solo il mero avanzo di alimenti, il cosiddetto spreco alimentare, ma costituisce soprattutto un avanzo calorico e proteico che impatta notevolmente sulla prognosi clinica.

Bibliografia:

- Ministero della Salute, Documento di indirizzo per la malattia renale cronica, 2023.
- Linea Guida ESPEN, La nutrizione ospedaliera, 2022.
- Linee Guida ESPEN, Nutrizione Clinica in pazienti ospedalizzati con malattia renale acuta o cronica, 2021.
- Ministero Della Salute, Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica 2021.
- KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD, T. Alp Ikizler, Lilian Cuppari, Review 2021
- MDPI, Sharmela S., et al. Comprendere lo sviluppo della malnutrizione nei pazienti in emodialisi: una revisione narrativa, 2020.
- Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia Agraria, Linee guida per una sana alimentazione, 2019.
- Cupisti et al. La terapia dietetica nutrizionale nella gestione del paziente con Malattia Renale Cronica in fase avanzata per ritardare l'inizio e ridurre la frequenza della dialisi, e per il programma di trapianto pre-emptive Consensus Document della TDN. Review, 2018.
- Nueva herramienta de cribado nutricional para pacientes hospitalizados con enfermedad renal crónica: traducción, adaptación transcultural del iNUT Renal al castellano y comparación con cuestionarios clásicos. Bárbara Romano-Andrioni et al. 2023.
- <https://www.sefi-nutrition.com/>

Tabla I. Versión en lengua castellana del cuestionario de Jackson y cols. (iNUT Renal)

A. Cribado al ingreso		
Información para registrar		
1. Peso al ingreso (kg)		
2. Peso seco (pacientes en diálisis) o peso habitual (pacientes sin diálisis) (kg)		
3. Altura (m)		
4. Índice de masa corporal (IMC) usando el peso más bajo de los dos registrados (kg/m ²)		
Preguntas de cribado al ingreso		Sistema de puntuación
1. ¿Ha perdido peso el paciente de manera involuntaria, con respecto a su peso seco o habitual?	No = 0 Sí = 1	
2. ¿Tiene el paciente aspecto malnutrido o un IMC igual o inferior a 20 kg/m ² ?	No = 0 Sí = 1	
3. ¿Toma suplementos nutricionales actualmente o ha recibido indicaciones para aumentar su dieta en energía o proteínas?	No = 0 Sí = 1	
4. ¿Cómo es la ingesta dietética del paciente, comparada con la habitual?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	
5. ¿Cómo es el apetito del paciente, comparado con el habitual?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	
Puntuación total	Clasificación	Plan de acción
0	Bajo riesgo	Continuar con el cribado semanal
1	En riesgo	Continuar con el cribado semanal Monitorizar al paciente en riesgo
2 o más	Alto riesgo	Derivar a dieta-nutricionista
B. Cribado semanal		
Información para registrar		
1. Peso esta semana (kg)		
2. IMC esta semana (kg/m ²)		
3. Variación de peso desde el ingreso (kg)		
Preguntas de cribado al ingreso		Sistema de puntuación
1. ¿Ha perdido el paciente 3 kg de peso o más desde el ingreso?	No = 0 Sí = 1	
2. ¿Tiene el paciente aspecto malnutrido o un IMC igual o inferior a 20 kg/m ² ?	No = 0 Sí = 1	
3. Comparado con la semana pasada, ¿cómo es la ingesta dietética del paciente?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	
4. Comparado con la semana pasada, ¿cómo es el apetito del paciente?	Mejor/Similar = 0 Peor = 1	

[Nutr Hosp 2023;40(3):1192-1198]