



ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Giuseppe MALFI (Cuneo)
presidente@adiitalia.net

PAST PRESIDENT

Antonio CARETTO (Brindisi)

SEGRETARIO GENERALE

Carmela BAGNATO (Matera)
segretario@adiitalia.net

VICE-SEGRETARIO GENERALE

Massimo VINCENZI (Faenza)
vicesegretario@adiitalia.net

TESORIERE

Filippo VALORIANI (Modena)
tesoriere@adiitalia.net

CONSIGLIERI

Maria Grazia CARBONELLI (Roma)
Odette Misa-Sonia HASSAN (Roma)
Valeria LAGATTOLLA (Brindisi)
Claudio MACCA (Brescia)
Alessandra TEOFRASTI (Terni)

SEDE LEGALE

Via Chiana, 48
00198 Roma
P.IVA 03846441008

www.adiitalia.org

SEGRETERIA DELEGATA

**VIVA VOCE**
congressi & comunicazione

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
tel. 0763 39 36 21
fax 0763 34 48 80

segreteria@adiitalia.net

Certificata per la qualità da



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2015
IQ-0714-02

INDICAZIONI ADI PER LA GESTIONE NUTRIZIONALE DEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI AFFETTI DA COVID

L'infezione da COVID-19 si manifesta, nelle sue forme che necessitano ricovero ospedaliero, come malattia ad andamento acuto con importante componente infiammatoria ed evoluzione frequente (10-15 %?) in insufficienza respiratoria acuta, con necessità di ventilazione assistita.

Al momento non è ancora chiara la fisiopatologia della malattia che, comunque, si presenta con iperpiressia stato catabolico con compromissione della massa e dell'efficienza muscolare, aumentato fabbisogno energetico. Sono citati iporessia, alterazioni dello stato di coscienza, interessamento gastrointestinale con prevalente diarrea, talvolta nausea, vomito. Il conseguente stato di malnutrizione rischia di aggravarsi ulteriormente in terapia intensiva e ripercuotersi sulla fase di recupero successiva.

A ciò si aggiunga un sicuro incremento del consumo di substrati antiossidanti, legato alla severa componente infiammatoria, e alla necessaria ossigenoterapia.

La prognosi più sfavorevole si ha nei soggetti più anziani e affetti da comorbidità, soggetti notoriamente più fragili, frequentemente malnutriti e sarcopenici nei quali un corretto assessment nutrizionale e un suo adeguato trattamento hanno dimostrato, in altri contesti clinici, di ridurre complicità, durata della degenza e migliorare la prognosi.

Per meglio inquadrare l'aspetto gestionale sotto il profilo nutrizionale, riteniamo sia opportuno fare alcune considerazioni, sia di tipo **clinico** che di tipo **organizzativo**.

Per quanto riguarda le prime, è necessario sottolineare come l'espressione clinica della malattia, nel paziente ospedalizzato, possa variare da forme che non necessitano di alcun supporto ventilatorio, forme che necessitano di NIV o di terapia intensiva.



ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Giuseppe MALFI (Cuneo)
presidente@adiitalia.net

PAST PRESIDENT

Antonio CARETTO (Brindisi)

SEGRETARIO GENERALE

Carmela BAGNATO (Matera)
segretario@adiitalia.net

VICE-SEGRETARIO GENERALE

Massimo VINCENZI (Faenza)
vicesegretario@adiitalia.net

TESORIERE

Filippo VALORIANI (Modena)
tesoriere@adiitalia.net

CONSIGLIERI

Maria Grazia CARBONELLI (Roma)
Odette Misa-Sonia HASSAN (Roma)
Valeria LAGATTOLLA (Brindisi)
Claudio MACCA (Brescia)
Alessandra TEOFRASTI (Terni)

SEDE LEGALE

Via Chiana, 48
00198 Roma
P.IVA 03846441008

www.adiitalia.org

SEGRETERIA DELEGATA


VIVAVOCE
congressi & comunicazione

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
tel. 0763 39 36 21
fax 0763 34 48 80

segreteria@adiitalia.net

Certificata per la qualità da



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2015
IQ-0714-02

Frequente è l'uso della pronazione che può costituire una complicanza nella gestione di una nutrizione enterale.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, potrebbe essere necessario, in funzione dei contesti in cui si opera e delle risorse umane disponibili in questa fase emergenziale, semplificare i percorsi diagnostico-terapeutici rispetto a quelli utilizzati nella comune pratica clinica e non dimenticare l'assoluta necessità di ridurre il rischio di contagio al minor numero possibile di operatori sanitari, disegnando interventi terapeutici più facilmente gestibili a distanza.

Screening della malnutrizione.

Per quanto sempre auspicabile l'identificazione dei soggetti maggiormente a rischio con test di screening validati (soggetti anziani, già sottopeso al momento del ricovero, oncologici, cronici con pluripatologie), è necessario considerare che la malattia di per sé costituisce un rischio di malnutrizione e impone comunque l'opportunità di intraprendere fin dall'inizio quanto necessario per ridurre il catabolismo proteico e il consumo di vitamine e oligoelementi.

Modalità di intervento.

Os. L'alimentazione per os deve essere ottimizzata, iniziando dalla composizione di base dei pasti, nei quali è auspicabile un incremento della concentrazione proteico-calorica.

Deve essere segnalata la disponibilità di usufruire di pasti a consistenza modificata, cremosa o semiliquida, destinati non solo a pazienti chiaramente disfagici, ma anche a tutti i pazienti con difficoltà masticatorie e deglutitorie, facilmente affaticabili e dispnoici.

In tutti i pazienti è necessario garantire una supplementazione vitaminica e di oligoelementi. In particolare è opportuno un dosaggio della 25OHD e una sua supplementazione in caso di carenza.



ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Giuseppe MALFI (Cuneo)
presidente@adiitalia.net

PAST PRESIDENT

Antonio CARETTO (Brindisi)

SEGRETARIO GENERALE

Carmela BAGNATO (Matera)
segretario@adiitalia.net

VICE-SEGRETARIO GENERALE

Massimo VINCENZI (Faenza)
vicesegretario@adiitalia.net

TESORIERE

Filippo VALORIANI (Modena)
tesoriere@adiitalia.net

CONSIGLIERI

Maria Grazia CARBONELLI (Roma)
Odette Misa-Sonia HASSAN (Roma)
Valeria LAGATTOLLA (Brindisi)
Claudio MACCA (Brescia)
Alessandra TEOFRASTI (Terni)

SEDE LEGALE

Via Chiana, 48
00198 Roma
P.IVA 03846441008

www.adiitalia.org

SEGRETERIA DELEGATA

**VIVA VOCE**
congressi & comunicazione

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
tel. 0763 39 36 21
fax 0763 34 48 80

segreteria@adiitalia.net

Certificata per la qualità da



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2015
IQ-0714-02

La difficoltà ad effettuare una presa in carico individuale dei pazienti, associata a un sicuro incremento dei fabbisogni calorico-proteici può suggerire una **supplementazione sistematica** con integratori proteico-calorici (ONS) a densità energetica >1 kcal/ml con quota proteica di almeno 20 g /die. (ricordarsi di contenere la quota proteica nei pazienti con IRC).

Per gli stessi motivi, si suggerisce di adottare delle semplici modalità di intercettazione dei soggetti con alimentazione per os inferiore al 50% del pasto, nei quali aumentare la supplementazione con integratori orali.

Pur non esistendo evidenze a proposito, si raccomanda di raggiungere un apporto calorico di 25 kcal/kg peso/die (30 kcal /kg per pazienti severamente malnutriti) e un apporto proteico di almeno 1g/kg peso/die (1.0-1.2 g/kg/peso). **Si consiglia di utilizzare il peso attuale per i pazienti normopeso e il peso corporeo corretto per i pazienti in sovrappeso o obesi (peso corporeo ideale + 25% del peso attuale).**

Nei pazienti estubati è presente un'elevata incidenza di disfagia che può prolungarsi anche per settimane e che limita significativamente l'assunzione di nutrienti orali. Pertanto è raccomandabile una precoce valutazione della deglutizione associata alla modifica delle consistenze degli alimenti. Se l'alimentazione spontanea è ad elevato rischio di aspirazione può essere indicata una NE tramite SNG.

Nutrizione artificiale.

I pazienti che non sono in grado di soddisfare i fabbisogni proteico-calorici con la sola alimentazione per os supplementata con gli ONS, devono essere avviati a nutrizione artificiale.

La **NUTRIZIONE ENTERALE (NE)** è sempre preferibile, quando attuabile. In casi particolari (disfagia con elevato rischio di aspirazione, nausea, vomito, pronazione) può essere opportuno valutare un accesso post-pilorico, dopo avere effettuato trattamento con farmaci procinetici.



ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Giuseppe MALFI (Cuneo)
presidente@adiitalia.net

PAST PRESIDENT

Antonio CARETTO (Brindisi)

SEGRETARIO GENERALE

Carmela BAGNATO (Matera)
segretario@adiitalia.net

VICE-SEGRETARIO GENERALE

Massimo VINCENZI (Faenza)
vicesegretario@adiitalia.net

TESORIERE

Filippo VALORIANI (Modena)
tesoriere@adiitalia.net

CONSIGLIERI

Maria Grazia CARBONELLI (Roma)
Odette Misa-Sonia HASSAN (Roma)
Valeria LAGATTOLLA (Brindisi)
Claudio MACCA (Brescia)
Alessandra TEOFRASTI (Terni)

SEDE LEGALE

Via Chiana, 48
00198 Roma
P.IVA 03846441008

www.adiitalia.org

SEGRETERIA DELEGATA

**VIVA VOCE**
congressi & comunicazione

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
tel. 0763 39 36 21
fax 0763 34 48 80

segreteria@adiitalia.net

Certificata per la qualità da



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2015
IQ-0714-02

Si raccomanda l'utilizzo di miscele con densità di 1.25 -1.5 kcal/ml. Concentrazioni superiori (2 kcal/ml) sarebbero da evitare (ritardato svuotamento gastrico, diarrea), se non in casi particolari in cui sia necessaria una maggiore restrizione idrica.

La NUTRIZIONE PARENTERALE (NP) di supporto alla NE deve essere considerata fino a quando non siano raggiunti i target nutrizionali desiderati. In tali casi l'entità della supplementazione dovrà essere valutata caso per caso.

Un minimo apporto di NE (250 ml nelle 24 ore) è sempre comunque consigliabile per mantenere il trofismo intestinale ed evitare la traslocazione batterica intestinale.

Qualora la NE non fosse comunque percorribile, una NP di supporto, anche periferica, può essere considerata in situazioni di un'alimentazione per os che non raggiunga i target nutrizionali prefissati.

Si ricorda il rischio di REFEEDING nelle fasi iniziali dell'alimentazione per os e della NA nei pazienti malnutriti.

Nei pazienti ventilati in terapia intensiva vale quanto già descritto nelle Linee Guida ESPEN 2019, che confermano l'opportunità di un incremento graduale della quota calorica nei primi 3 giorni di supporto, che non superi il 70% circa dell'Energy Expenditure (EE) con il raggiungimento del 80-100% solo dopo tale intervallo.

Anche la quota proteica dovrebbe essere raggiunta progressivamente per arrivare a circa 1.3 g/kg peso corporeo/die.

Anche in corso di Nutrizione Artificiale deve essere garantita la **supplementazione vitaminica e di oligoelementi**.

Per quanto riguarda le tipologie di substrati da utilizzare sia in enterale che parenterale, è razionale l'utilizzo degli acidi grassi omega-3, in quanto precursori di mediatori prostaglandinici, resolvine e protectine, con azione modulanti l'azione infiammatoria e conseguente riduzione dell'IL6.



ADI ONLUS

Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica

PRESIDENTE

Giuseppe MALFI (Cuneo)
presidente@adiitalia.net

PAST PRESIDENT

Antonio CARETTO (Brindisi)

SEGRETARIO GENERALE

Carmela BAGNATO (Matera)
segretario@adiitalia.net

VICE-SEGRETARIO GENERALE

Massimo VINCENZI (Faenza)
vicesegretario@adiitalia.net

TESORIERE

Filippo VALORIANI (Modena)
tesoriere@adiitalia.net

CONSIGLIERI

Maria Grazia CARBONELLI (Roma)
Odette Misa-Sonia HASSAN (Roma)
Valeria LAGATTOLLA (Brindisi)
Claudio MACCA (Brescia)
Alessandra TEOFRASTI (Terni)

SEDE LEGALE

Via Chiana, 48
00198 Roma
P.IVA 03846441008

www.adiitalia.org

SEGRETERIA DELEGATA


congressi & comunicazione

Via Angelo da Orvieto, 36
05018 Orvieto (TR)
tel. 0763 39 36 21
fax 0763 34 48 80

segreteria@adiitalia.net

Certificata per la qualità da



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2015
IQ-0714-02

Monitoraggio.

Si effettua secondo le linee guida e in funzione del setting terapeutico

Si raccomanda, oltre agli esami comunemente utilizzati in questo contesto clinico, la valutazione iniziale e periodica di alcuni **indici di sintesi proteica** (almeno 1 volta alla settimana transferrina, prealbumina), e di alcuni **indici carenziali** (ferro, zinco, folati, B12, 25 OHD, laddove possibile selenio, Vit A).

Da non dimenticare Na, K, Mg, P soprattutto nel rischio di sindrome da renutrizione e nella nutrizione artificiale.

Importante il dosaggio della trigliceridemia per monitorare l'apporto lipidico in nutrizione parenterale.

Utile, quando possibile, la valutazione periodica del grado di catabolismo proteico (azoturia).