

Otyłość a ryzyko niedożywienia w późnej starości – opis przypadku

Obesity and risk of malnutrition in advanced old age – case report

Agnieszka Wojskowicz^{1,2}, Zyta Beata Wojszel^{1,2}, Ewa Gułaj³, Piotr Wojskowicz⁴
Agnieszka Kasiukiewicz², Katarzyna Klimiuk²

¹ Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Oddział Geriatrii, Szpital ZOZ MSW w Białymstoku

³ Podlaski Ośrodek Kardiologiczny

⁴ I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wstęp. Otyłość i niedożywienie to problemy zdrowotne częste w starości. Ten pierwszy stan, jak się okazuje, nie wyklucza jednak ryzyka występowania niedoborów składników pokarmowych u osób starszych. Sprzyja temu współwystępowanie zarówno szeregu chorób przewlekłych, zmian zależnych od procesu fizjologicznego starzenia się, niekorzystnych czynników socjo-ekonomicznych, niesprawności czy politerapii. **Opis przypadku.** Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjentki z otyłością (wskaźnik masy ciała BMI: 31 kg/m²), u której na podstawie instrumentu oceny SCALES można było stwierdzić ryzyko niedożywienia. Jednocześnie chcielibyśmy zwrócić uwagę na fakt, iż trzeba być świadomym ograniczeń związanych ze stosowaniem różnych metod oceny stanu odżywienia w populacji osób starszych. Dotyczy to także BMI, jednego z najczęściej wykorzystywanych w ocenie stanu odżywienia wskaźników. *Geriatrics 2013; 7: 51-55.*

Słowa kluczowe: otyłość, niedożywienie, ludzie starzy

Abstract

Background. Obesity and malnutrition are common health problems in old age. The first condition, as it turns out, does not exclude the risk of nutrient deficiency in the elderly. Facilitated by the co-existence of both the number of chronic diseases, changes depending on the physiological process of aging, adverse socio-economic factors, disabilities or polytherapy. **Case report.** The aim of this study is to present the case of a patient with obesity (BMI: 31 kg/m²), in which, based on the assessment instrument SCALES the risk of malnutrition could be found. At the same time we would like to draw attention to the fact that one have to be aware of the limitations associated with the use of different methods for assessing nutritional status in the elderly population. This also applies to BMI, one of the most commonly used in the assessment of nutritional status indicators. *Geriatrics 2013; 7: 51-55.*

Keywords: malnutrition, old people

Wstęp

Otyłość to problem zdrowotny coraz częstszy w populacji osób starszych [1,2]. Polskie badania populacyjne PolSenior, zrealizowane w ostatnich latach na próbie reprezentacyjnej osób po 65. roku

życia wykazały, iż prawidłowy stan odżywienia – zdefiniowany jako wskaźnik masy ciała (BMI) między 18,5-24,9 – występuje jedynie u ok. 1/4 badanych [3]. Zdecydowanie częściej mamy do czynienia z problemem nadwagi (BMI = 25-29,9), którą stwierdza się

u 48% osób starszych zamieszkujących w środowisku, i otyłości (BMI ≥ 30 ; w tym – otyłości olbrzymiej – BMI ≥ 40) – stwierdzanej u 33,9% badanych. Częstość występowania otyłości zmniejsza się istotnie wśród osób w wieku 85-89 lat i osób powyżej 90. roku życia.

Niedożywienie białkowo-kaloryczne występuje znacznie rzadziej niż otyłość. W cytowanych wcześniej badaniach zdefiniowane ono zostało jako BMI $< 18,5$ i występowało u niecałych 2% probantów [3]. Występowanie niedowagi istotnie częstsze było u osób po 90. roku życia (zarówno kobiet, jak i mężczyzn). Wydaje się jednak, że częstość występowania niedożywienia może być w badaniach PolSenior niedoszacowana, gdyż duże trudności w pozyskiwaniu wylosowanych osób starszych do wzięcia udziału w projekcie poskutkowało osiągnięciem wskaźnika efektywności sumarycznej wynoszącego jedynie 43%. Powszechnie wiadomo, iż niedożywienie to problem zdecydowanie częstszy wśród osób starszych hospitalizowanych i mieszkańców instytucji opiekuńczych [4].

Jak się jednak okazuje, otyłość nie wyklucza ryzyka występowania niedoborów składników pokarmowych i niedożywienia białkowo-kalorycznego u osób starszych. Często zresztą towarzyszy jej sarkopenia (względna i bezwzględna) [5] oraz zespół słabości [6] i niesprawność fizyczna [7]. Sprzyja temu współwystępowanie zmian zależnych od procesu fizjologicznego starzenia się, chorób przewlekłych i politerapii, niekorzystnych czynników socjo-ekonomicznych [8].

Warto przy tym pamiętać, iż częstość stwierdzenia zaburzeń stanu odżywienia zależy od wskaźnika, na którym będziemy opierać się przy ocenie stanu odżywienia. Do tego celu można wykorzystywać metodę wywiadu żywieniowego, badania antropometryczne [9], biochemiczne, immunologiczne [10], a także złożone skale oceny ryzyka niedożywienia, takie jak SCALES (Sadness, Cholesterol, Albumin, Loss of weight, Eatings problems, Shopping) [11], czy Krótka Kwestionariusz Oceny Stanu Odżywienia-Mini Nutritional Assessment (MNA) [12]. Trzeba być ponadto świadomym ograniczeń związanych ze stosowaniem różnych metod oceny stanu odżywienia w populacji osób starszych. Dotyczy to także BMI, jednego z najczęściej wykorzystywanych w ocenie stanu odżywienia wskaźników. Coraz częściej się mówi, iż w przypadku osób starszych jako wskaźnik prawidłowego stanu odżywienia powinniśmy traktować wyższe wartości BMI, niż stosowane dla osób młodszych, z zakresu 24-29 kg/m², a w przypadku wartości niż-

szych niż 24 kg/m² należałoby już podejrzewać możliwość niedożywienia białkowo-kalorycznego [13,14].

Celem pracy jest prezentacja przypadku pacjentki z otyłością (wskaźnik masy ciała BMI: 31 kg/m²), u której na podstawie skali SCALES można było stwierdzić ryzyko niedożywienia.

Opis przypadku

Pacjentka (M.G.) lat 81 z nadciśnieniem tętniczym, uogólnioną chorobą zwyrodnieniową stawów, po przebytych usunięciu tarczycy i pęcherzyka żółciowego przed wieloma laty, z bólami kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, została przyjęta do Kliniki Geriatrii UMB w dniu 15.02.2010r. z powodu nasilonych dolegliwości bólowy kręgosłupa szyjnego i okolicy potylicy, a także powtarzających się upadków bez utraty przytomności. W domu pacjentka przyjmowała bisoprolol, kwas acetylosalicylowy, a ze względu na bóle głowy i dolegliwości kostno-stawowe kwas acetylosalicylowy w połączeniu z kofeiną i etoksybenzamidem, ketoprofen, paracetamol, ibuprofen.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono otyłość (wskaźnik masy ciała BMI: 31 kg/m²), brak użębienia własnego, całkowicie niemiarową czynność serca o częstości 90/min (w ekg migotanie przedsionków z czynnością QRS: 75-140/min), cechy zastojów nad polami płucnymi, zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, ograniczenie ruchomości w stawach biodrowych, bolesność uciskową w prawym podżebrzu i śródbrzuszu, żyłaki kończyn dolnych. W zakresie samoobsługowych czynności dnia codziennego chora wymagała pomocy w przemieszczaniu się z łóżka na fotel i z powrotem oraz we wchodzeniu i schodzeniu po schodach – uzyskała 90/100 pkt. w skali Barthel. W zakresie instrumentalnych czynności dnia codziennego chora była niezdolna do samodzielnego wykonywania prac domowych i chodzenia po zakupy, a także wymagała pomocy w przygotowywaniu sobie posiłków (Duke I-ADL = 7 pkt). Według relacji córki, matka czasem błądziła, gubiła się w domu lub poza domem, zachowywała się w sposób zagrażający własnemu bezpieczeństwu. Rzadko natomiast miała trudności w prowadzeniu zwykłej rozmowy lub współpracy w wykonywaniu poleceń (chora uzyskała 3 pkt. w skali BISID – Behavioural and Instrumental Stressors In Dementia) [15].

Przeprowadzona 15-punktowa Geriatryczna Skala Depresji sugerowała podejrzenie depresji (14/15pkt), a skryningowy test oceny upośledzenia funkcji

poznawczych wg Katzmana wskazywał na ich zaburzenia na poziomie umiarkowanym (13 pkt.).

Wykonane badania laboratoryjne wykazały prawidłowy poziom TSH (1,71 uIU/mL), wartości parametrów morfotycznych, przemiany azotowej oraz elektrolitów. Zwracał uwagę obniżony nieznacznie poziom albumin (3,88 g/dl) oraz cholesterolu całkowitego (149 mg/dl), mimo braku leczenia hipolipemizującego. Radiogram klatki piersiowej uwidoczniał poszerzoną sylwetkę serca oraz zmiany zastoinowe, a USG serca uogólnioną hipokinezę ścian lewej komory z obniżoną frakcją wyrzutową (EF: 40%). W 24-godzinny zapisie EKG metodą Holtera poza migotaniem przedsionków nie stwierdzono istotnych zaburzeń rytmu i przewodnictwa. W badaniach radiologicznych obserwowano nasilone zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie szyjnym, lędźwiowo-krzyżowym, a szczególnie stawach kolanowych. W czasie hospitalizacji w terapii stosowano wlewy kroplowe z lignokainą, perindopril, indapamid, spironolakton, digoksynę, bisoprolol, acenocumarol, sertralinę. Z uwagi na laboratoryjne cechy niedożywienia wykonano skalę SCALES, w której pacjentka uzyskała 6 pkt. (tabela 1). Chora została zakwalifikowana do grupy ryzyka, tj. osób zagrożonych niedożywieniem. Pacjentkę i jej opiekunów poinstruowano o konieczności zmiany

nawyków żywieniowych oraz stosowania zbilansowanej diety o zmniejszonej kaloryczności i większej zawartości białka oraz konieczności podejmowania dostosowanej do ogólnego stanu zdrowia aktywności fizycznej.

Dyskusja

Prezentowany przypadek jest przykładem pacjentki, która po wstępnym badaniu i ocenie wskaźnika BMI, została zakwalifikowana do grupy osób otyłych. Otyłych – ale czy dobrze odżywionych?

W przypadku przedstawionej chorej mieliśmy do czynienia z szeregiem nakładających się na siebie czynników ryzyka niedożywienia. Pacjentka była osobą z ograniczoną sprawnością fizyczną – nie gotowała samodzielnie, poruszała się o lasce i nie była w stanie samodzielnie robić sobie zakupów. Jak wiadomo, niedożywieniu sprzyja sam proces fizjologicznego starzenia (pacjentka miała 81 lat), a z drugiej strony starzenie patologiczne. U chorej współwystępowało szereg schorzeń, w sytuacji których zdecydowanie częściej mamy do czynienia z niedożywieniem białkowo-kalorycznym (schorzenia układu sercowo-naczyniowego, zespół bólowy związany z chorobą zwyrodnieniową stawów, stan po cholecystektomii, depresja i obniżona

Tabela 1. Skala oceny ryzyka niedożywienia SCALES pacjentki M.G.

Table 1. The scale of the risk of malnutrition SCALES of patient M.G.

SCALES	Przypadek	Punktacja
Sadness – smutek, oceniany według Yesavage'a Geriatric Depression Scale (wersja 30-punktowa GDS) <ul style="list-style-type: none"> • 10-14 – 1 pkt • ≥ 15 – 2 pkt. 	14 (wersja 15-punktowa GDS)	2
Cholesterol – stężenie cholesterolu <ul style="list-style-type: none"> • < 160 mg/dl – 1 pkt 	149 mg/dl	1
Albumin – stężenie albumin <ul style="list-style-type: none"> • 3,5 – 4 g/dl – 1 pkt • < 3,5 g/dl – 2 pkt. 	3,88 mg/dL	1
Loss of weight – utrata masy ciała <ul style="list-style-type: none"> • 1 kg w ciągu 1 miesiąca – 1 pkt • 3 kg w ciągu 6 miesięcy – 2 pkt. 	brak	0
Eatings problems – trudności w jedzeniu <ul style="list-style-type: none"> • Pacjent wymaga pomocy – 1 pkt 	konieczna pomoc przy jedzeniu	1
Shopping and food preparation problems – trudności w robieniu zakupów i przygotowywaniu jedzenia <ul style="list-style-type: none"> • Pacjent wymaga pomocy – 1 pkt 	trudności w poruszaniu się	1
Suma Punktów Wynik ≥ 3 pkt. – pacjent należy do grupy ryzyka	pacjentka należy do grupy ryzyka	6

sprawność funkcji poznawczych prawdopodobnie w przebiegu choroby). Należy również wskazać na możliwość niekorzystnego wpływu zażywanych leków (jednocześnie przyjmowała kilka preparatów z grupy NLPZ-ów!), zły stan jamy ustnej (brak uzębienia) oraz uwarunkowania socjo-ekonomiczne niedożywienia (samotność, zamieszkiwanie w domu bez „wygód” – brak bieżącej wody, toalety, brak środków finansowych na zakup pełnowartościowych produktów).

Jak się okazuje, otyłość nie wyklucza ryzyka niedoborów składników pokarmowych. Casando i Pravasco w jednym ze szpitali portugalskich ocenili stan odżywienia u 531 pacjentów powyżej 65. roku życia, posługując się wskaźnikiem BMI, odsetkową wielkością spadku masy ciała oraz takimi narzędziami badawczymi, jak MNA (Mini Nutritional Assessment) i MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Na podstawie wskaźnika BMI większość pacjentów (82%) w chwili przyjęcia do szpitala była dobrze odżywiona i należała do grupy osób z nadwagą, bądź otyłością. W oparciu o skalę MNA, w tej samej grupie jedynie około 22% pacjentów stanowiło przypadki, u których nie stwierdzono ryzyka niedożywienia, natomiast 51,3% osób zagrożonych było niedożywieniem, a prawie 27% stanowili pacjenci niedożywieni. Badanie to potwierdza jak rozbieżne mamy wartości w zależności od metody, na której będziemy opierać się przy ocenie stanu odżywienia osób starszych [16].

Wielu autorów podkreśla fakt, że w diagnozowaniu stanu odżywienia ludzi starszych nie ma „złotego standardu” [17], że tylko kombinacja różnych metod pośrednich, takich jak badania antropometryczne (pomiar wzrostu, pośrednia ocena grubości tkanki tłuszczowej, wskaźnik BMI), badania laboratoryjne (wartość stężenia albuminy, prealbuminy, transferyny, liczba limfocytów we krwi obwodowej), a także subiektywna ocena stanu ogólnego (SGA, subjective global assessment), łącznie z takimi narzędziami badawczymi jak MNA i SCALES mogą właściwie ocenić stan odży-

wienia pacjenta geriatrycznego [18]. Prezentowana pacjentka na podstawie badań antropometrycznych kwalifikowała się do grupy osób otyłych. Wyniki badań laboratoryjnych (albumina, cholesterol) wskazywały natomiast na cechy niedożywienia. Istotne jest zatem jakich narzędzi badawczych użyjemy do oceny stanu odżywienia.

Wnioski

1. Otyłość jest stanem, który nie wyklucza występowania niedożywienia białkowo- kalorycznego i niedoborów pokarmowych u osób starszych. W przypadku występowania u starszego pacjenta czynników ryzyka niedożywienia także w przypadku osób z wysokim BMI należy przeprowadzić dokładną ocenę stanu odżywienia i wdrożyć odpowiednią interwencję żywieniową.
2. Diagnozując stan odżywienia pacjentów starszych należy pamiętać o konieczności opierania się na łącznej ocenie wyników różnych metod diagnostycznych, z uwagi na brak pojedynczego „złotego standardu” tej oceny w starości.

Praca zrealizowana w ramach projektu badawczego UMB Nr 123-01652P.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Agnieszka Wojskowicz
Oddział Geriatrii SP ZOZ MSW
Klinika Geriatrii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Fabryczna 27; 15-471 Białystok
☎ (+48 85) 869 45 67
✉ agnieszkaslom@wp.pl

Piśmiennictwo

1. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA* 2001;286:1195-200.
2. Arterburn DE, Crane PK, Sullivan SD. The coming epidemic of obesity in elderly Americans. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1907-12.
3. Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J, Kołajtis-Dołowy A. Stan odżywienia i uzębienia u osób w wieku podeszłym w Polsce. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wydanie 1.* Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012. str. 335-57.
4. Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *J Gerontol* 2003;58A(2):159-64.
5. Roubenoff R. Sarcopenic obesity: the confluence of two epidemics. *Obes Res* 2004;12:887-8.
6. Villareal DT, Banks M, Siener C. Physical frailty and body composition in obese elderly men and women. *Obes Res* 2004;12:913-20.
7. Jensen GL, Friedmann JM. Obesity is associated with functional decline in community-dwelling rural older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:918-23.
8. Gabrowska E, Spodarek M. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zachowań żywieniowych starszych mieszkańców Krakowa. *Gerontol Pol* 2003;11:35-37.
9. Roszkowski W, Chmara-Pawlińska R. Somatometria osób starszych jako wskaźnik stanu odżywienia. *Roczn PZH* 2003;54(4):399-408.
10. Szczygieł B. Niedożywienie: występowanie, przyczyny, następstwa, rozpoznanie i leczenie. *Przegląd medycyny laboratoryjnej* 2007;2(7):3-11.
11. Galus K., Kocemba J (red.). *Odżywianie.* W: MSD Podręcznik geriatry. Wrocław: Urban& Partner; 1999. str. 8-9.
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontol* 1994;4 (suppl 2):15-59.
13. Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K (eds). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology.* 7th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 678-684.
14. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clin Nutr* 1998;17:195-8.
15. Keady J, Nolan M. Behavioural and Instrumental Stressors in Dementia (BISID): refocussing the assessment of caregiver need in dementia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1996;3(3):163-72.
16. Cansado P, Ravasco P, Camilo M. A longitudinal study of hospital undernutrition in the elderly: comparison of four validated methods. *J Nutr Health Aging* 2009;13(2):159-64.
17. Wojszel ZB. Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatry. *Post N Med* 2011;24(8):649-57.
18. Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko- i długoterminowej. *Gerontol Pol* 2008;16:18-24.