

SINPE

Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale

RIUNIONE MONOTEMATICA SINPE

Palermo, 11-13 Novembre 2004

ABSTRACTS

P7

INSUFFICIENZA CARDIO-RESPIRATORIA INSORTA NEL POST-CONFEZIONAMENTO DEL BY-PASS AORTO-CORONARICO

S. VACCARO

Consulenza Dietetica, Centro Studi per la Valutazione dello Stato Nutrizionale e della Composizione Corporea, Francavilla di Sicilia (ME)

Introduzione. Nei casi in cui sia presente una stenosi coronarica relativamente localizzata ed un alto rischio di complicanze ischemiche - quali infarto, aritmie minacciose, etc - è indicata l'esecuzione di un By-pass Aorto-Coronarico (BAC). Generalmente, tale intervento consiste nel prelevare un tratto di vena safena e successivamente connetterlo da un lato all'aorta e dall'altro a valle del ramo coronarico stenotico.

Materiali e metodi. Su una casistica di n. 17 pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva per Insufficienza Cardio-Respiratoria (ICR) è stato confrontato l'andamento clinico-nutrizionale di n. 4 soggetti in cui l'ICR è insorta in seguito a complicanze nel post-esecuzione del BAC (U: n. 3; D: n. 1; età: 67.5±8.7 anni; peso: 75.68±3.73 kg; BMI: 27.25±2.44 kg/m²; degenza: 19.5±20.63 gg) e di n. 13 individui in cui l'ICR è insorta per altre patologie cardiache (APC) (U: n. 9; D: n. 4; età: 59.57±18.47 anni; peso: 80.87±13.61 kg; BMI: 28.43±4.96 kg/m²; degenza: 20.57±19.35 gg). In entrambe le categorie è stato predisposto un supporto nutrizionale artificiale, controllato in calorie, volume, etc.

Risultati. Dall'analisi statica dei dati raccolti, suddivisi per causa scatenante l'ICR e per tempi di osservazione, sono emerse le seguenti differenze: a) accettazione: i soggetti con BAC presentavano una maggior calcemia (p 0.0322) ed una minor plica coscia (p 0.0005), plica polpaccio (p < 0.0001), area del tessuto adiposo [ATA] della coscia (p 0.0024), ATA del polpaccio (p 0.0001), pCO₂ (p 0.0001), cHCO₃ (p 0.0004), transferrina (p 0.0079), Ht (p 0.0293), Hb (p 0.04) e GR (p 0.0261); b) dimissione: i soggetti con BAC presentavano una maggior calcemia (p < 0.0001) ed una minor plica coscia (p 0.0448), plica polpaccio (p 0.001), ATA della coscia (p 0.0013), ATA del polpaccio (p 0.0028), Na_{EGA} (p 0.0252), iCa_{EGA} (p 0.0397), Glu_{EGA} (p 0.0475), transferrina (p 0.0329) e leucociti circolanti totali (p 0.0122). Al confronto fra i valori rilevati in prima ed in ultima osservazione (tempo n vs. f), sono emerse, al tempo f, le seguenti differenze: a) pazienti con BAC: maggior pCO₂ (p 0.0496); b) pazienti con APC: maggior % di modificazione ponderale (p 0.0006), K_{EGA} (p 0.012), α-1-GPA (p 0.0065) e ferritina (p 0.0372) e minor circonferenza polpaccio (p 0.0112), area muscolare del polpaccio (p 0.024), NRI (p 0.0197), pH (p 0.0086), cHCO₃ (p 0.0505), Glu_{EGA} (p 0.021), Ht (p 0.005), Hb (p 0.0042), GR (p 0.012) e colesterolo totale (p 0.0423).

Conclusioni. Alla prima osservazione si è riscontrato un miglior stato nutrizionale [SN], immunologico del e profilo emocromocitometrico nei soggetti affetti da ICR da APC; nel corso della degenza, grazie alla terapia nutrizionale, si è assistito ad una netta ripresa dello SN negli individui con ICR da BAC, ma non dello stato anemico e di quello immunologico.