

Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente con malattia renale cronica

Anna Laura Fantuzzi, Annalisa Gennari, Franca Pasticci, Margherita Setari, Roberta Tundo

(Gruppo di lavoro ANDID Malattie Renali)

1. Background

L'alimentazione ha un ruolo cruciale in tutte le fasi evolutive dell'insufficienza renale cronica (IRC)¹⁻⁴. Il trattamento nutrizionale durante la fase conservativa contribuisce a controllare le principali alterazioni metaboliche dell'IRC e posticipa la dialisi e il trapianto. Il trattamento nutrizionale durante la fase sostitutiva è di ausilio nel controllo delle alterazioni metaboliche dell'IRC ed è fondamentale per il mantenimento di uno stato nutrizionale soddisfacente.

Il trattamento nutrizionale effettuato da un dietista esperto migliora la qualità di vita del paziente con IRC, aumenta l'efficacia della terapia medica e riduce i costi assistenziali⁵.

2. Posizione

È posizione dell'ANDID che il dietista impegnato nel trattamento nutrizionale della malattia renale cronica: 1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze, 2) collabori attivamente con i membri del team nefrologico (nefrologo, infermiere, tecnico di dialisi, psicologo, ecc.) per attuare il suo ruolo specifico, 3) possieda una formazione specifica e un aggiornamento continuo nell'ambito delle malattie renali e, 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione.

2.1 Centralità del paziente

Applicando i principi della Medicina basata sull'evidenza, il dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente⁶⁻⁷. Nel suo lavoro, il dietista applica le indicazioni fornite dalle linee guida nazionali e internazionali^{2-4-5-8A-8B-9}.

2.2 Ruolo del dietista

Il dietista partecipa all'elaborazione del programma terapeutico valutando lo stato nutrizionale del paziente ed elaborando un piano dietetico personalizzato. Oltre ad essere esperto nella valutazione dello stato nutrizionale e nell'elaborazione di piani dietetici personalizzati, il dietista deve saper valutare gli elementi del quadro clinico e gli esami biochimici che condizionano l'elaborazione del piano dietetico e sono necessari per una valutazione di efficacia della sua prestazione professionale⁵. Il dietista documenta la propria attività su una cartella che mette a disposizione degli altri membri del team⁵. Il dietista interagisce con gli altri membri del team per identificare e promuovere i fattori individuali che possono favorire l'adesione al piano terapeutico complessivo⁵.

La valutazione dello stato nutrizionale comprende la valutazione della composizione corporea, del bilancio energetico e della funzionalità corporea¹⁰. L'interesse del dietista verso la composizione corporea e il dispendio energetico è di tipo funzionale perché entrambi influenzano la funzionalità corporea e lo stato di salute. La tecnica di riferimento per la valutazione della composizione corporea nella pratica clinica è l'antropometria¹¹. Nel caso del paziente con IRC, la valutazione antropometrica di primo livello è rappresentata dalla misurazione del peso corporeo, della statura e della circonferenza della vita⁴. In alcuni casi, può essere utile una valutazione antropometrica di secondo livello che comprende la misurazione della circonferenza del braccio e delle pliche tricipitale e sottoscapolare¹²⁻¹³. In età pediatrica, la valutazione antropometrica comprende la misurazione di parametri auxologici specifici. Il bilancio energetico rappresenta la differenza tra l'introito e il dispendio energetico. Il dietista valuta l'introito energetico utilizzando la storia dietetica e il diario alimentare. La storia dietetica viene condotta con intento sia quantitativo sia qualitativo. Sul versante quantitativo, essa viene utilizzata nel paziente con IRC per investigare: 1) energia, 2) proteine (totali e percentuale ad alto valore biologico), 3) carboidrati (totali, semplici e complessi), 4) lipidi (totali e saturi, monoinsaturi e polinsaturi), 4)



colesterolo, 6) fibra, 7) sodio, 8) potassio, 9) calcio, 10) fosforo, 11) acqua, 12) alcool. Sul versante qualitativo, la storia dietetica viene utilizzata per investigare¹³: 1) appetito, 2) digestione, 3) alvo, 4) storia ponderale, 5) allergie o intolleranze alimentari, 6) interazioni farmaco-nutrizionali, 7) storia dietetica pregressa, 8) attività fisica, 9) presenza di complicanze, 10) supporto psico-sociale, 11) stile di vita. È opinione dell'ANDID che la capacità di coniugare nella giusta misura gli aspetti biologici e psico-sociali della storia dietetica costituisca la capacità centrale del dietista clinico impegnato nel trattamento delle malattie croniche, ivi compresa l'IRC. Il dietista stima il dispendio energetico attraverso l'utilizzo di algoritmi predittivi e sottopone il valore stimato al vaglio critico della storia dietetica e della composizione corporea controllata longitudinalmente. La valutazione della funzionalità corporea comprende l'interpretazione degli esami di funzionalità renale e di quelli bioumorali dello stato nutrizionale⁴⁻⁵.

L'elaborazione del piano dietetico deve applicare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alle caratteristiche del singolo paziente⁷. Il dietista concorda col paziente un programma di educazione alimentare che utilizza strumenti quali / o quanti-tativi volti al raggiungimento degli obiettivi terapeutici⁵. La promozione della *compliance/concordance* al piano dietetico deve essere ottenuta ogniqualvolta possibile attraverso un programma di educazione alimentare fondato sul paziente e coordinato dal dietista⁵. La *compliance/concordance* a breve termine viene valutata attraverso: 1) raggiungimento degli obiettivi concordati, 2) livello di soddisfazione, 3) stato antropometrico. La compliance a lungo termine viene valutata attraverso:

1) andamento del quadro clinico (in collaborazione con gli altri membri del team nefrologico), 2) consolidamento degli obiettivi concordati, 3) livello di soddisfazione, 4) stato antropometrico, 5) stato bioumorale. La *compliance/concordance* a lungo termine è favorita dal continuo adeguamento del piano dietetico alle esigenze del paziente, dall'impiego di strumenti concordati col paziente (ad es.: tavole bromatologiche, liste di scambio, educazione sulle porzioni, ricette e prove di cucina) ed incontri educazionali di gruppo.

2.3 Formazione e aggiornamento

La formazione universitaria del dietista dovrebbe garantire un'adeguata preparazione teorica e pratica in ambito nefrologico. È opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso centri nefrologici ospedalieri con la supervisione di un dietista esperto. È inoltre auspicabile un periodo post-laurea della durata di almeno 6 mesi presso centri di riferimento nazionali e internazionali. Per quanto attiene alla formazione continua in Medicina, l'ANDID auspica che almeno il 50% dei crediti ECM sia ottenuto da eventi relativi alle malattie renali.

2.4. Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il dietista valuta e comunica regolarmente al nefrologo i progressi fatti dal paziente sul versante delle abitudini alimentari. Con la collaborazione del nefrologo, il dietista imposta e valuta gli obiettivi terapeutici specifici per il paziente⁵. Questi obiettivi vengono trascritti sulla cartella dietistica che è messa a disposizione degli altri membri del team. Ciò è essenziale per una valutazione dell'efficacia della prestazione professionale del dietista. La durata della prestazione è un fattore che condiziona profondamente la qualità dell'assistenza nutrizionale del paziente con IRC. L'evidenza disponibile è in netto contrasto con la diffusa tendenza a contrarre la durata della prestazione del dietista, dimostrando che per il paziente con IRC sono necessari 60-90 minuti di tempo per il primo incontro e 45-60 minuti per gli incontri successivi⁵.

La frequenza dei controlli è condizionata dallo stadio dell'IRC e dalla tipologia d'intervento nutrizionale (ad es., nel caso di un trattamento conservativo effettuato con una dieta fortemente ipoproteica supplementata è richiesto almeno un controllo mensile). In base agli studi disponibili, l'ANDID supporta la raccomandazione della National Kidney Foundation che sia disponibile un dietista esperto ogni 150 pazienti nefropatici³.

3. Bibliografia

1. Fouque D. Why is the diet intervention so critical during chronic kidney disease? J Ren Nutr 2003; 13:173.
2. EDTNA/ERCA Dietitians Special Interest Group. European Guidelines for the Nutri-

- tional Care of Adult Renal Patients, 2002.
3. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. K/DOQI, National Kidney Foundation. Am J Kidney Dis 2000; 35:S1-140.
 4. Wiggins KL. Guidelines for nutritional care of renal patients. Chicago: Renal Dietitians Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association, 2003.
 5. American Dietetic Association. Medical Nutrition Therapy: Chronic Kidney disease (non-dialysis). Chicago, 2002 (CD-ROM).
 6. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000.
 7. Gray EG, Gray LK. Evidence-based medicine: applications in dietetic practice. J Am Diet Assoc 2002; 102:1263-1272.
 - 8A. Linee guida della Società Italiana di Nefrologia. Giornale Italiano di Nefrologia 1999; 16:1-86.
 - 8B. Linee guida della Società Italiana di Nefrologia. Giornale Italiano di Nefrologia 2000; 17:1-64.
 9. Engel B, Singh S, James G, Vennegoor M. Setting and achieving optimal nutritional status. Renal Nutrition Group Standards for Adult Renal Patients over 18 years old. London: British Dietetic Association, 1998.
 10. Bedogni G, Borghi A, Battistini N. Principi di valutazione dello stato nutrizionale. Milano: EDRA, 1999:61.
 11. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. World Health Organization Technical Report Series. Vol. 854: Geneva, 1995.
 12. Kopple JD, Levey AS, Greene T, et al. Effect of dietary protein restriction on nutritional status in the Modification of Diet in Renal Disease Study. Kidney Int 1997; 52:778-91.
 13. Fantuzzi AL, Bedogni G. Dieta ipoproteica e insufficienza renale cronica: manuale pratico per il dietista. Milano: UTET, 2003.