

## **La dieta in terapia conservativa: applicazioni**

Anna Laura Fantuzzi

Modulo di Dietetica e Scienza dell' Alimentazione  
Azienda USL Modena

## **Razionale**

- Il trattamento nutrizionale durante la fase conservativa contribuisce a controllare le principali alterazioni metaboliche dell' IRC e posticipa la dialisi e il trapianto

Fouque D. *J. Ren. Nutr.* 2003; **13**:173.

## **Il dietista**

- Gestisce il programma dietetico personalizzandolo in base alla situazione clinica e alle *caratteristiche individuali* del paziente
- Promuove e verifica la compliance del paziente rivalutandone periodicamente l' alimentazione e il grado di soddisfazione

ANDID. *Ruolo del dietista nel trattamento del paziente con malattia renale cronica - posizione ANDID, 2004.*

## **Cosa fa il dietista ?**

- Valutazione dello stato nutrizionale
- Elaborazione del piano dietetico

ANDID. *Ruolo del dietista nel trattamento del paziente con malattia renale cronica - posizione ANDID, 2004.*

## **Cosa fa il dietista ?**

- Valutazione dello stato nutrizionale
  - Storia dietetica (DH)
  - Antropometria
  - Esami bioumorali (interpretazione)
- Elaborazione del piano dietetico

## **Cosa fa il dietista ?**

- Valutazione dello stato nutrizionale
  - Storia dietetica (DH)
  - Antropometria
  - Esami bioumorali (interpretazione)
- Elaborazione del piano dietetico

### La storia dietetica: cosa è ?

- Intervista strutturata relativa all' alimentazione nel corso dei 7-30 gg precedenti
- L' alimentazione a lungo termine è valutata attraverso la ripetizione della DH
- Lo studio MDRD ha dimostrato il *ruolo centrale* della DH nella gestione del paziente con CRF

Kopple JD et al. *Kidney Int.* 1997; 52:778.

### La storia dietetica: perché ?

- La *personalizzazione* del piano dietetico implica la conoscenza delle abitudini alimentari del paziente
- La valutazione dell' introito di energia e la storia ponderale forniti dalla DH consentono di interpretare criticamente il valore del *dispendio energetico* ottenuto dagli algoritmi predittivi
- La DH offre un importante *strumento pedagogico* e fonda la relazione dietista-paziente

Fantuzzi AL, Bedogni G. *Dieta ipoproteica e insufficienza renale cronica: manuale pratico per il dietista.* UTET, 2003.

### La storia dietetica: come ?

- Anamnesi nutrizionale
- Valutazione delle abitudini alimentari
- Valutazione dello stile di vita

### La storia dietetica: come ?

- Anamnesi nutrizionale
- Valutazione delle abitudini alimentari
- Valutazione dello stile di vita

### Anamnesi nutrizionale

- Appetito
- Digestione
- Alvo
- Storia ponderale
- Allergie o intolleranze alimentari
- Interazioni farmacologiche nutrizionali
- *Trattamenti dietetici pregressi*
- Attività lavorativa
- Attività fisica
- *Complicanze della CRF*
- Stato civile
- *Supporto familiare*

### La storia dietetica: come ?

- Anamnesi nutrizionale
- Valutazione delle abitudini alimentari
- Valutazione dello stile di vita

### **Valutazione delle abitudini alimentari**

- Qualitativa
  - Modello alimentare
- Quantitativa
  - Energia, proteine (% alto valore biologico), lipidi, carboidrati, fibra, colesterolo
  - Sodio, potassio, calcio, fosforo

### **La storia dietetica: come ?**

- Anamnesi nutrizionale
- Valutazione delle abitudini alimentari
- Valutazione dello stile di vita

### **Valutazione dello stile di vita**

- Con che frequenza consuma i pasti fuori casa ?
- Dove consuma i pasti fuori casa ?
- Chi prepara i pasti a casa ?
- Come è il supporto dei familiari ?
- Quali sono le abilità culinarie ?
- Qual è l' autonomia nell' acquisto degli alimenti ?
- Qual è la disponibilità dei prodotti dietetici ?
- Quali sono gli alimenti preferiti / non graditi ?

### **Cosa fa il dietista ?**

- Valutazione dello stato nutrizionale
  - Storia dietetica (DH)
  - Antropometria
  - Esami biumorali (interpretazione)
- Elaborazione del piano dietetico

### **Antropometria: cosa ?**

- Primo livello
  - Peso (BW)
  - Statura
  - Indice di massa corporea (BMI)
- Secondo livello
  - Pliche tricipitale e sottoscapolare
  - Circonferenze del braccio e della vita
  - Aree muscolare e adiposa del braccio

### **Antropometria: perché ?**

- Primo livello
  - Assicurare valori di BMI compresi tra 20.0 e 25.0 kg / m<sup>2</sup>
- Secondo livello
  - Descrivere le modificazioni della *composizione corporea* e del *rischio di malattia* (metabolica e cardiovascolare) durante il trattamento

Wiggins KL. *Guidelines for nutritional care of renal patients*. Chicago: Renal Dietitians Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association, 2003.

### **Cosa fa il dietista ?**

- Valutazione dello stato nutrizionale
  - Storia dietetica (DH)
  - Antropometria
  - Esami bioumorali (interpretazione)
- Elaborazione del piano dietetico

### **Esami bioumorali**

- Creatininemia, azoto ureico plasmatico, kaliemia, fosfatemia, calcemia
- Albuminemia, glicemia, emoglobina glicata, trigliceridemia, colesterolemia totale/LDL/HDL
- Clearance della creatinina, escrezione urinaria dell' azoto ureico

Wiggins KL. *Guidelines for nutritional care of renal patients*. Chicago: Renal Dietitians Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association, 2003.

### **Cosa fa il dietista ?**

- Valutazione dello stato nutrizionale
- Elaborazione del piano dietetico

### **Elaborazione del piano dietetico**

- La *personalizzazione* è essenziale per promuovere la *compliance* e garantire l' effetto terapeutico
- La personalizzazione comporta la considerazione *sistematica* dei limiti della dieta ipoproteica e i problemi specifici del singolo paziente

Milas NC *et al.* *J Am Diet Assoc* 1995; **95** :1295.  
Coyne T *et al.* *J Am Diet Assoc* 1995; **95**:1301.

### **Limiti della dieta ipoproteica**

- Riduzione o eliminazione degli alimenti abituali
- Riduzione della scelta di alimenti
- Introduzione di nuovi alimenti
- Introduzione dei prodotti aproteici
- Difficoltà di integrazione della cucina tradizionale con quella dietetica
- Difficoltà di integrazione della vita professionale e di relazione con la terapia dietetica

Fantuzzi AL, Bedogni G. *Dieta ipoproteica e insufficienza renale cronica*. Milano: UTET, 2001.

### **Razionale di un piano dietetico "a scambio"**

- La nostra prima scelta per la personalizzazione del piano dietetico è un sistema "a scambio" degli alimenti basato sul loro contenuto in nutrienti "critici"
- Un piano "a scambio" promuove l' *autonomia* del paziente e può essere utilizzato nel contesto di un programma di educazione alimentare

Fantuzzi AL, Bedogni G. *Dieta ipoproteica e insufficienza renale cronica: manuale pratico per il dietista*. UTET, 2003.

**PIANZO**

g

Oppure una delle seguenti alternative

Pasta di semola	g	_____
Rice	g	_____
Pasta all'uovo fresca	g	_____
Pasta all'uovo secca	g	_____
Gnocchi di pasta al dente	g	_____
Gnocchi di semola di cotone	g	_____
Tortelloni freschi	g	_____
Tortelloni secchi	g	_____
Pulverino cotta	g	_____
Pane comune	g	_____
Pane integrale	g	_____
Fette biscottate	g	_____
Fette biscottate integrali	g	_____
Grisine	g	_____
Cracker (senza sale)	g	_____
Tigelle	g	_____
Pizza con pomodoro	g	_____
Pizza	g	_____
Legumi freschi	g	_____
Legumi in scatola	g	_____
Legumi secchi	g	_____
Legumi surgelati	g	_____


**Carni tipo A** g \_\_\_\_\_

Agnello magro, capretto, cinghio magro, salsicci magri, vitello magro, vitellone magro

Oppure una delle seguenti alternative

**Carni tipo B** g \_\_\_\_\_

Agnello demagratto, manzo, pollai, maiale semigrasso, pollo (carcio), tacchino (carcio), vitello semigrasso, vitellone semigrasso



## Razionale di un piano dietetico "a scambio"

- L' 88% dei pazienti dello studio MDRD ha dimostrato di gradire un programma di educazione alimentare fondato sull' *autogestione* e coordinato dal dietista Gillis BP *et al.* *J. Am. Diet. Assoc.* 1995; **95**:1288.
- Lavorare per *obiettivi* è essenziale per promuovere la *compliance* come in altre malattie croniche
- L' *Evidence-based Dietetics* nasce dall' integrazione della miglior ricerca disponibile con la situazione clinica e le caratteristiche uniche del paziente  
Gray EG *et al.* *J. Am. Diet. Assoc.* 2002; **102**:1263.

## Le nostre opzioni dietetiche

- Protocollo ipoproteico "classico"
- Protocollo fortemente ipoproteico supplementato

## Il nostro protocollo "classico"

- Proteine
  - GFR 25 – 55 mL / min: 0.8 g / kg peso ideale (IBW) / die
  - GFR < 25 mL / min: 0.6 g / kg IBW / die
  - 50 – 60% HBV
- Energia
  - In base al dispendio energetico basale (BEE; FAO / WHO) corretto per il livello di attività fisica (PAL) rivisto in base ai risultati della storia dietetica e della composizione corporea

## Il nostro protocollo "classico"

- Fosforo
  - 500 – 800 mg / die
- Potassio
  - 1500 – 2500 mg / die
- Sodio
  - individualizzato
- Altri sali e vitamine
  - Individualizzati

## Follow-up a breve termine

- Verifica del raggiungimento degli obiettivi specifici concordati col paziente
- Valutazione della compliance alla dieta (con stima dei nutrienti introdotti)
- Valutazione antropometrica

### Follow-up a lungo termine

- Andamento del quadro clinico - come da valutazione del nefrologo
- Verifica dati biochimici
- Rilevazione dati antropometrici
- Rivalutazione del grado di adesione al protocollo dietetico
- Individuazione punti critici dell' alimentazione corrente (*diario alimentare*)
- Eventuale adeguamento del programma alimentare

LUNEDI	MARTEDI	MERCOL	GIOVEDI	VENERDI	SABATO	DOMENICA
colazione	colazione	colazione	colazione	colazione	colazione	colazione
g. 100 latte 1 caffè 100 g. frutta al panuolero	g. 100 latte 2 caffè 100 g. frutta comune al panuolero	100 g. latte 1 caffè 100 g. frutta al panuolero	g. 100 latte 1 caffè 100 g. frutta al panuolero	g. 100 latte 1 caffè 100 g. frutta al panuolero	g. 100 latte 1 caffè 100 g. frutta al panuolero	g. 100 latte 1 caffè 100 g. frutta al panuolero
pranzo	pranzo	pranzo	pranzo	pranzo	pranzo	pranzo
50 g. pane con insalata 50 g. sugo 50 g. patate 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta
cena	cena	cena	cena	cena	cena	cena
50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta	50 g. pane al panuolero 50 g. pane con insalata 50 g. sugo 100 g. verdure 150 g. frutta

### Interventi per migliorare la compliance

- Illustrare l' impiego dei *prodotti aproteici* e valutarne l' inserimento in dieta in relazione a età, preferenze, supporto familiare ecc.
- Suggestire la preparazione di *piatti tradizionali* (tigelle, pizza, focacce, lasagne, ecc.) utilizzando i prodotti aproteici a disposizione.
- Cercare la collaborazione dei *familiari*

**Grazie**