



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA FUNZIONE EDUCATIVA DELL'INFERMIERE NELLA
PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DELLA
MALNUTRIZIONE NEI PAZIENTI EMODIALIZZATI**

Relatore: Prof. Claudio Pagano

Laureanda: Giulia Segato

Anno Accademico 2006/2007

INDICE

RIASSUNTO	pag. 3
INTRODUZIONE	pag. 5
1. LA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE DIALIZZATO.	pag. 7
1.1 Definizione e classificazione della malnutrizione	pag. 7
1.2 Malnutrizione e progressione della malattia	pag. 8
1.3 Le principali cause di malnutrizione nel soggetto in trattamento dialitico	pag. 9
2. ALIMENTAZIONE NEL PAZIENTE DIALIZZATO	pag. 13
2.1 Le cause della malnutrizione nel paziente dializzato	pag. 13
2.2 Fabbisogno idrico, energetico e proteico	pag. 14
2.3 Importanza dei diversi nutrienti nella dieta del dializzato	pag. 15
2.3.1 Assunzione di liquidi	pag. 15
2.3.2 Apporto energetico	pag. 15
2.3.3 Introito di sodio o cloruro di sodio	pag. 16
2.3.4 Introito di potassio	pag. 16
2.3.5 Introito di fosforo	pag. 16
2.3.6 Vitamine	pag. 17
2.3.7 Introito di fibre	pag. 17
2.3.8 Alcool	pag. 17
2.3.9 Spezie	pag. 17
2.3.10 Ferro	pag. 17
2.3.11 Zinco	pag. 17
2.3.12 Conclusioni	pag. 17
3. IL PROBLEMA DELLA MALNUTRIZIONE NEL DIALIZZATO: RUOLO DELL'INFERMIERE	pag. 21
3.1 Ruolo del dietista	pag. 21
3.2 Ruolo degli infermieri	pag. 23
3.3 Ruolo dell'infermiere in nefrologia	pag. 25
3.4 La valutazione soggettiva globale dello stato nutrizionale, uno strumento per l'infermiere	pag. 28
4. PROPOSTA DI TESI	pag. 31
4.1 Opuscolo educativo	pag. 32
CONCLUSIONI	pag. 33
BIBLIOGRAFIA	pag. 35
ALLEGATI	pag. 39

RIASSUNTO

Nei pazienti in trattamento dialitico la malnutrizione è di frequente riscontro. Inoltre i pazienti malnutriti presentano un'aumentata morbidità (che quindi influenza i costi della spesa sanitari) e mortalità. Un attento monitoraggio dello stato nutrizionale dei pazienti in trattamento dialitico può prevenire la malnutrizione. Un uso corretto delle varie metodiche per definire lo stato nutrizionale (dalle più semplici per un uso routinario, alle più costose per i casi più difficili) permette di quantificare correttamente lo stato nutrizionale e definire gli eventuali interventi necessari a normalizzare il quadro. Un attento monitoraggio anche della dose dialitica, per la sua probabile correlazione con lo stato nutrizionale, deve essere di pratica routinaria in ogni centro dialitico.

Parlare di alimentazioni ai pazienti con insufficienza renale cronica (IRC) in emodialisi è un intervento di educazione sanitaria finalizzata al ripristino e/o al mantenimento di un equilibrio indispensabile per un'adeguata qualità di vita.

La dieta è un trattamento terapeutico prescritto dal medico ma è compito dell'infermiere assicurare la corretta applicazione della stessa al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente.

Il ruolo del personale infermieristico della dialisi è particolarmente importante in questo momento così delicato della vita del paziente, caratterizzato dalla nuova, costante dipendenza dalla dialisi e dai drastici mutamenti delle abitudini alimentari, caratterizzati dal passaggio da un'alimentazione povera di proteine e ricca di liquidi ad una ricca di proteine e povera di liquidi.

Se i nuovi principi alimentari non vengono attentamente osservati, si possono sviluppare, in questa fase di passaggio dallo stadio predialitico al trattamento dialitico, gravi conseguenze per il paziente.

Lo scopo della tesi dopo aver analizzato il ruolo dell'infermiere nella gestione nutrizionale del dializzato è fornire ai pazienti e i loro familiari un opuscolo educativo con consigli utili nel gestire l'alimentazione. È stato utilizzato un linguaggio semplice e non tecnico tenendo presente l'importanza della funzione educativa dell'infermiere e quindi della necessità di un opuscolo che sia chiaro, breve e comprensibile.

INTRODUZIONE

La scoperta d'essere affetti da insufficienza renale con conseguente necessità di effettuare un trattamento dialitico per rimanere in vita, rappresenta sicuramente un momento difficile nella vita del paziente.

E' normale sentirsi devastati, confusi ed arrabbiati, ma sapere quello che si può fare e cosa il paziente può fare per se stesso, aiuta; fondamentale è conoscere i differenti tipi di trattamento possibili così da poter svolgere un ruolo attivo nella scelta del trattamento dialitico che li riguarda.

L'emodialisi rappresenta un trattamento che sostituisce la funzione dei reni nel depurare il sangue dalle scorie e riequilibrare i fluidi corporei del sangue attraverso un apposito macchinario, il rene artificiale, costituito da un sistema di filtri.

Ciascuna seduta dialitica ha una durata che va, generalmente, dalle tre alle quattro ore, in alcuni casi può essere, comunque, maggiore; il trattamento è effettuato tre volte alla settimana.

L'Italia è un paese in cui il fabbisogno dialitico può considerarsi pienamente soddisfatto.

La rete italiana dei servizi di dialisi comprende 875 centri di cui 609 pubblici e 266 privati.¹

Tabella I. La dialisi in Italia¹

Popolazione	57.500.000
Centri dialisi	875
N° centro dialisi per 1 milione per abitanti	15,2
Centri dialisi pubblici	609
Centri dialisi privati	266
Rapporto centri pubblici/privati	69,9%

L'educazione gioca un ruolo importante nella prevenzione e gestione delle patologie croniche e delle loro complicanze. Gli interventi educativi nell'insufficienza renale cronica (IRC) sono molto importanti, e in modo particolare nell'emodialisi, che richiede una partecipazione attiva del paziente e dei membri della sua famiglia, per gestire la malattia.

La professione infermieristica ha un ruolo importante nell'educazione. Agli infermieri è richiesta competenze e consapevolezza dei cambiamenti sociali, dei nuovi problemi e

necessità. L'educazione dovrebbe essere individualizzata e continuativa, valutando le capacità del paziente ed indagando la sua compliance alla dialisi.

L'infermiere può far sentire il paziente a proprio agio, chiarendo i suoi dubbi, responsabilizzando di fronte alla gestione della propria malattia e permettendogli di condurre una vita più salutare. Risulta così evidente il ruolo centrale del personale infermieristico nell'assistenza al paziente con IRC.

Un aspetto importante è quello della dieta, argomento supportato da molti studi che dimostrano la necessità di una buona alimentazione. Questa è la base per migliorare la sopravvivenza dei pazienti. I pazienti ottengono le informazioni alimentari, spesso scorrette, dalla pubblicità, dai giornali, dai quotidiani e dai programmi televisivi². Lo scopo dello studio è di fornire un opuscolo a portata dei pazienti e dei loro familiari.

Dagli studi si rileva che i pazienti hanno dimostrato scarsa conoscenza del contenuto dei cibi. Essi spesso non comprendono che una dieta corretta, e l'assunzione costante dei farmaci, possono ridurre i rischi di complicanze. Anche la conoscenza sull'importanza dell'equilibrio idrico è limitata da parte del paziente. Si ha difficoltà a spiegare ai pazienti che l'acqua contenuta in tutti i cibi, è in grandi quantità, e questo vale anche per il metabolismo del potassio.³

Durante il periodo d'addestramento, e non solo in quello, il paziente riceve informazioni riguardo i cibi ricchi di potassio, fosforo e acqua, ma ciò spesso non è sufficiente per diversi motivi: perché il paziente è concentrato sul trattamento dialitico, per l'età e per la difficile comprensione dei termini tecnici. Gli infermieri devono essere a conoscenza che i programmi educativi non devono limitarsi al periodo d'addestramento. E' molto importante coinvolgere i membri della famiglia negli incontri, soprattutto se il partner è la donna la quale sarà poi responsabile della corretta gestione dei cibi. L'educazione avrà successo se l'assistenza infermieristica eviterà comportamenti non adeguati alla prevenzione dell'aggravamento della malattia.

Durante le sedute dialitiche è importante la funzione da educatore dell'infermiere stimola il confronto tra i pazienti per parlare dei problemi comuni, e provare insieme a trovare le soluzioni. Il confrontarsi spinge i partecipanti ad imparare, a rafforzare le loro motivazioni e li aiuta ad accettare i consigli che non vogliono seguire. Dai colloqui con i pazienti si rileva la grande influenza dei media e della pubblicità.

1. LA MALNUTRIZIONE NEL PAZIENTE DIALIZZATO.

1.1 Definizione e classificazione della malnutrizione

Il mantenimento di uno stato nutrizionale ottimale richiede un equilibrio costante tra fattori complessi e integrati tra loro. I principali in grado di influenzare, anche in modo drammatico, gli introiti sono: i fattori economici, lo stato di malattia ed il comportamento alimentare. I fabbisogni nutrizionali d'altro canto sono influenzati dalle diverse necessità legate alla crescita, alla gravidanza e allattamento, alle infezioni e agli stati patologici.

Solamente se l'equilibrio tra i diversi fabbisogni e gli introiti dei vari nutrienti viene mantenuto costantemente si riesce ad avere uno stato di nutrizione ottimale.

Lo svilupparsi di qualsivoglia fenomeno morboso, può infatti, alterare tale equilibrio se non vengono prese in considerazione e soddisfatte le nuove esigenze nutrizionali che si sono venute a creare.

Uno stato nutrizionale ottimale è generalmente associato ad uno stato di buona salute, ad una normale vita di relazione e ad una regolare crescita o mantenimento. Tutte le volte che l'apporto dei nutrienti non corrisponde alle reali necessità energetiche dell'organismo, si può verificare o un eccesso calorico, che conduce ad uno stato di sovrappeso e obesità, oppure al contrario un'iponutrizione che è causa di decadimento organico.

Nel paziente con patologia renale l'apporto diviene inadatto a causa di cambiamenti dei bisogni. I disturbi provocati dalla malattia, e non la malattia renale in quanto tale, determina specifiche alterazioni metaboliche ed ormonali e disordini nutrizionali.

La malnutrizione s'instaura quando esiste nell'organismo uno stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo conseguente alla discrepanza tra fabbisogni nutrizionali che si sviluppa quando non possono essere soddisfatti i bisogni quantitativi e qualitativi di un organismo.

La malnutrizione può essere allora definita come "lo stato derivante da deficit o eccesso primitivo o secondario di nutrienti qualitativamente o quantitativamente insufficienti o eccessivo nel soddisfare i fabbisogni attuali del soggetto".

Gli stati di malnutrizione vengono classificati secondo i seguenti criteri:

- A. Malnutrizione per difetto
 - Malnutrizione calorico-proteica (tipo Kwashiorkor)

- Malnutrizione calorica (tipo marasma)
- Sindromi carenziali (deficit di vitamine, sali minerali ed oligoelementi)

B. Malnutrizione per eccesso

- Sovrappeso e obesità
- Da eccessiva o abnorme assunzione di vitamine, sali minerali ed altri nutrienti.

La malnutrizione calorico-proteica rappresenta la forma più classica di malnutrizione per difetto ed è caratterizzata da una progressiva riduzione della massa magra e del tessuto adiposo. Compare quando l'apporto proteico è severamente ridotto, nonostante un intake calorico adeguato o quasi.

1.2 Malnutrizione e progressione della malattia

Negli ultimi anni è apparso in letteratura un notevole numero di lavori scientifici sui disordini nutrizionali e la terapia dietetica nei pazienti con malattie renali e specificatamente in quelli con IRC.

Il persistere di un deficit nutrizionale (sia calorico che proteico) nelle fasi iniziali determinerà un aumento dell'incidenza d'episodi di morbilità; principalmente determinerà un aumento dell'incidenza degli episodi infettivi e ritardo nella guarigione delle ferite⁴.

Nei pazienti con IRC in trattamento dialitico la malnutrizione è uno dei fattori responsabili della loro elevata mortalità. Un adeguato controllo dello stato nutrizionale del paziente dializzato permette di attuare quegli interventi che possono prevenire la comparsa dello stato di malnutrizione.

In oltre il 40% dei pazienti in dialisi è presente un quadro di malnutrizione proteico-calorica⁵, imputabile a vari fattori, correlati sia dall'uremia (per alterazioni del metabolismo proteico e calorico e della secrezione ormonale), sia a scarsa introduzione di nutrienti per anoressia, nausea o vomito, sia allo stato infiammatorio cronico, sia al trattamento dialitico che è causa d'alterazioni metaboliche e nutrizionali.

Va considerato che il trattamento dialitico comporta la perdita di proteine, aminoacidi e vitamine e l'attivazione di processi catabolici per il contatto fra la membrana dialitica e il sangue in emodialisi extracorporea. Peraltro già all'inizio del trattamento dialitico il paziente può presentare un quadro di malnutrizione, secondario all'anoressia di frequente riscontro nella fase avanzata dell'insufficienza renale o all'uso in maniera non corretta di

diete ipoproteiche e/o alla presenza d'altre patologie, quali il diabete o le malattie cardiovascolari⁶.

Una dieta ipoproteica (quindi anche ipofosforica) si inizia generalmente quando la clearance della creatinina è ridotta a valori inferiori al 30 ml/min. Il fine è di ridurre il carico azotato e quindi prevenire i sintomi dell'intossicazione uremica e l'iperparatiroidismo. Un uso esasperato di queste diete, senza una verifica periodica della reale assunzione di alimenti può determinare un quadro di malnutrizione moderata o grave che sarà presente dall'inizio del trattamento dialitico con ipoalbuminemia.

Un paziente che inizia il trattamento dialitico con un quadro nutrizionale compromesso presenta un maggior rischio di morbidità e/o mortalità rispetto un paziente con normale stato nutrizionale. Pertanto, l'attento monitoraggio del paziente è necessario fin dalle fasi iniziali della malattia renale.

Il quadro di malnutrizione può essere dovuto sia ad un inadeguato introito di nutrienti (proteici e/o calorici) sia ad un aumentato fabbisogno secondario alle alterazioni metaboliche che si riscontrano nei pazienti uremici⁷.

1.3 Le principali cause di malnutrizione nel soggetto in trattamento dialitico

Diverse possono essere le cause di ridotti apporti nutrizionali nel paziente con IRC, che possono avere una genesi sia organica sia sociale. Con il costante progressivo incremento della popolazione anziana con IRC di questi ultimi anni, le cause socio-ambientali rivestono sempre maggior importanza.

Rispetto alle fasce d'età più giovani, la popolazione anziana presenta una maggior incidenza di alcune delle condizioni elencate nella tabella II. In particolare, sempre più facilmente troviamo anziani soli, senza supporto familiare, quindi con gravi problemi d'assistenza.

In tutti questi casi è richiesta una maggiore sorveglianza, anche domiciliare, degli apporti nutrizionali e dei fabbisogni sanitari⁸. Un programma d'assistenza integrato, basato sulla collaborazione tra famiglia (ove presente), infermiere domiciliare, dietisti e medici specialisti, può permettere ai pazienti di affrontare con minori conseguenze alcune delle situazioni riportate nella tabella II.

Tabella II. Fattori che possono contribuire a un basso intake nutrizionale nell'IRC⁹

CAUSE ORGANICHE	CAUSE PSICOSOCIALI E SOCIOECONOMICHE
Patologie dell'apparato gastro-enterico	Condizioni economiche
Digiuno prolungato	Solitudine
Inappetenza	Depressione
Anoressia	Ignoranza
Nausea	Stato dentale insufficiente
Stato infiammatorio cronico	Abuso di alcool e droghe
Neoplasie	
Tossicità uremica (dialisi inadeguata)	
Diete inadeguate o con scarsa palatabilità	
Effetti dell'emodialisi (instabilità cardiovascolare, nausea, vomito, debolezza post-dialisi)	

La nausea e il vomito durante ed immediatamente dopo la seduta emodialitica, frequentemente associati a ipotensione e debolezza, possono spingere in paziente a un ridotto introito di cibo durante i giorni di dialisi.

Mediante una corretta valutazione del paziente (definita dagli anglofoni "Subjective Global Nutritional Assessment", SGNA¹⁰⁻¹¹ è possibile individuare precocemente i soggetti a rischio nutrizionale, identificare i fattori che interferiscono con lo stato nutrizionale e promuoverne, ove possibile, la correzione.

In questi ultimi anni sono stati effettuati numerosi studi clinici per identificare i test necessari per una corretta interpretazione dello stato nutrizionale dei pazienti con IRC e sono stati suggeriti test di tipo clinico, biochimico o strumentale.

Per il monitoraggio del paziente nel tempo è importante la valutazione clinica mediante un'anamnesi generale e dietetica e una determinazione antropometrica. Va eseguita in maniera corretta e rigorosa possibilmente sempre dallo stesso operatore. Il grado di sensibilità e riproducibilità nella determinazione antropometrica è generalmente basso.

La valutazione clinica permette pertanto solo uno screening iniziale della popolazione in esame; per una migliore definizione dello stato nutrizionale dovrà essere integrato con test più sensibili.

Tabella III. Conseguenze della malnutrizione nei vari organi e apparati.

Apparato cardiovascolare	bradicardia, ridotto ritardo venoso e gittata cardiaca, ipotensione lieve, ridotto consumo di O ₂
Apparato respiratorio	riduzione forza muscolare respiratoria, ridotta capacità di chiarificazione alveolare, ridotta capacità vitale, ridotta ventilazione/minuto
Tratto gastro-enterico	ridotta acidità e mobilità gastrica, atrofia mucosa e riduzione massa intestinale
Pancreas	possibile atrofia cellule pancreatiche fino alla fibrosi
Fegato	fibrosi epatica
Rene	riduzione filtrato glomerulare, riduzione capacità di concentrazioni
Muscolatura scheletrica	riduzione della massa muscolare, aumentata affaticabilità, possibile perdita massa ossea

2. ALIMENTAZIONE NEL PAZIENTE DIALIZZATO

2.1 Le cause della malnutrizione nel paziente dializzato

Nonostante i successi della dialisi non vi è dubbio che i risultati a lungo termine del trattamento dialitico cronico dipendano anche da un'alimentazione adeguata.¹²

L'alimentazione errata è uno dei principali fattori condizionanti la progressione dell'insufficienza renale cronica e l'aspettativa di vita del paziente uremico in emodialisi e in dialisi peritoneale.

Le possibili conseguenze di un'alimentazione errata sono le seguenti:

- Influenza negativa sulla riabilitazione, per riduzione dell'efficienza generale e diminuzione della forza muscolare
- Alterazioni delle difese contro le infezioni, conseguenti alla riduzione dei fattori del complemento, della transferrina sierica e delle proteine
- Rallentamento dei processi di guarigione delle ferite.
- Incremento dell'anemizzazione conseguente all'insufficienza renale (il deficit di proteine determina una riduzione della sintesi di emoglobina)
- Stabilizzazione dell'acidosi metabolica
- Aumentato rischio di complicanze gastro-intestinali.
- Peggioramento dell'osteopatia uremica.

Le cause fondamentali di un'errata alimentazione nel paziente in dialisi sono le seguenti:

- Insufficiente apporto energetico.
- Insufficiente apporto proteico conseguente ad un'inadeguata valutazione da parte del paziente della valenza biologica delle proteine.
- Perdita di aminoacidi, peptidi e proteine attraverso l'emodialisi o la dialisi peritoneale.
- Insufficiente reintegrazione di minerali, di ferro, oligoelementi che vengono persi nel corso della dialisi (ad esempio, perdite di ferro e microemorragie conseguenti ai disturbi uremici della coagulazione e perdite di sangue tecnicamente inevitabili).
- Insufficiente reintegrazione delle vitamine perse con la dialisi.
- Ipercatabolismo conseguente ad un'inadeguata biocompatibilità.
- Intossicazione uremica.

- Ipercatabolismo secondario e malattie intercorrenti.

Tabella IV. Gli scopi della dieta nel paziente dializzato :

1. evitare l'ipervolemia;
2. evitare il catabolismo proteico;
3. evitare l'ipercalcemia;
4. evitare l'iperfosforemia;
5. assicurare un sufficiente introito o una sufficiente integrazione di vitamine e minerali.

2.2 Fabbisogno idrico, energetico e proteico

Prima dell'inizio del trattamento dialitico molti pazienti osservano una dieta ipoproteica e ricca di liquidi; con l'inizio della dialisi subentrano dei mutamenti fondamentali. In primo luogo, infatti, il paziente dializzato necessita di un adeguato introito proteico, dato che i metaboliti tossici, prodotti dal catabolismo proteico, vengono eliminati attraverso la dialisi. In linea generale l'introito proteico dei pazienti dializzati adulti, dovrebbe essere pari a 1.2-1.5 gr di proteine per kg di peso corporeo. Poiché nel processo dialitico vengono eliminate sostanze importanti per la sintesi proteica, il paziente dovrebbe assumere almeno una volta al giorno proteine ad alto valore nutrizionale sotto forma di carne, pesce, selvaggina, pollame, uova o latticini. Un'importante causa dell'insufficiente introito di proteine è rappresentata dalla perdita di amminoacidi che si verifica nel corso della dialisi e che è pari a circa 2 gr/h di trattamento. Nell'uremia vi è anche un'alterazione del metabolismo energetico, per cui, oltre, ad un adeguato apporto proteico, è necessario fornire al paziente dializzato, anche un sufficiente apporto di calorie. Altre importanti cause dello scarso introito proteico e, in generale, dell'insufficiente alimentazione del paziente uremico, sono il trattamento dialitico insufficiente, la depressione e l'assunzione di grandi quantità di farmaci, fattori che determinano una riduzione dell'appetito. D'altra parte, un'insufficiente introito proteico è spesso la conseguenza di abitudini alimentari errate. In questo contesto il dosaggio della transferrinemia, che è un sensibile indicatore del deficit proteico, riveste un'importanza particolare.

2.3 Importanza dei diversi nutrienti nella dieta del dializzato

2.3.1 Assunzione di liquidi

Poiché l'escrezione urinaria nei pazienti uremici terminali diminuisce costantemente dopo l'inizio della terapia dialitica è evidente che essi sono tenuti ad osservare un bilancio idrico rigoroso. L'opera di convincimento dei pazienti dializzati circa la necessità di un approvvigionamento idrico controllato fa parte dei problemi di routine della dialisi di più difficile soluzione. Poiché le perdite idriche attraverso la cute, la respirazione e la defecazione sono difficilmente calcolabili, e dipendenti da molti fattori, e poiché l'entità della diuresi residua è variabile, non c'è una regola fissa per determinare la quantità di liquidi da assumere; tuttavia, in generale l'assunzione di liquidi permessa ai pazienti dializzati dovrebbe comportare un aumento peso minore di 500-1000 gr.. Ritenzioni idriche di tale entità possono di solito essere eliminate facilmente con la dialisi, e solo raramente sono fonte di problemi clinici nell'intervallo fra due dialisi. Un importante suggerimento per il paziente consiste nel porre sempre attenzione al contenuto di acqua nei cibi, per esempio: minestre, salse, budini, yogurt, frutta e verdura devono essere incluse nel calcolo dei liquidi. In generale si può dire, che circa il 60% della nostra dieta media è costituito da acqua.

2.3.2 Apporto energetico.

Oltre ad un sufficiente apporto di proteine è necessario anche un adeguato apporto energetico, per evitare il catabolismo proteico. Per il paziente in dialisi è necessario che l'apporto energetico non sia inferiore a 35 kcal/kg di peso corporeo al giorno. Questo è particolarmente necessario in "situazioni cataboliche da stress" quali infezioni, altre malattie intercorrenti o interventi chirurgici. Se necessario, in tali situazioni deve essere presa in considerazione la possibilità di un'integrazione con substrati energetici, somministrati endovena, o all'uso di soluzioni dialitiche contenenti glucosio. Nella dieta del dializzato la percentuale di grassi come fonte di energia dovrebbe ammontare a circa il 35%, quella dei carboidrati a circa il 50%, e quella delle proteine a circa il 10-15%.

2.3.3 Introito di sodio o di cloruro di sodio.

L'accumulo di sodio nell'intervallo tra due dialisi può determinare un aumento del senso della sete e di conseguenza una maggior assunzione di liquidi. Un aumento di sodio e dell'acqua nell'organismo provoca ipertensione ed edemi. Perciò nei pazienti in dialisi può essere necessaria una dieta iposodica. Ciò, tuttavia non è in nessun caso una regola generale, piuttosto, nella prescrizione di una dieta iposodica deve essere considerata anche la perdita del sodio nel dializzato. Pertanto, se si ottiene un'adeguata sottrazione di sodio per mezzo del liquido di dialisi, che è a bassa concentrazione di tale elemento nell'ultrafiltrato, non sarà necessario consigliare una dieta rigorosamente iposodica. Queste considerazioni non devono portare all'errata conclusione di poter utilizzare una dieta ipersodica in quanto essa causa sete e rende più difficile il controllo del bilancio idrico.

2.3.4 Introito di potassio.

Per la maggior parte dei pazienti dializzati è necessaria la stretta osservanza di una dieta a basso contenuto di potassio. L'iperpotassemia può mettere in pericolo la vita del paziente. I pazienti in dialisi dovrebbero rinunciare a cibi con contenuto di potassio particolarmente elevato come frutta secca, noci, frutta e ortaggi. A questo proposito va espressamente richiamata l'attenzione sulla necessità di evitare i sali dietetici, poiché essi contengono quantità elevatissime di potassio. Patate e ortaggi devono essere sminuzzati prima della preparazione e poi devono essere ben lavati; l'acqua per la cottura deve essere sostituita più volte in modo da "dializzare la verdura prima del consumo".

2.3.5 Introito di fosforo.

L'apporto proteico di circa 1.2-1.5 gr/kg di peso corporeo al giorno, raccomandato al paziente in dialisi, si accompagna automaticamente ad un maggiore introito di fosforo; una dieta povera di fosforo è pressoché impossibile per il paziente in dialisi. L'eliminazione del fosforo con il rene artificiale è limitata, essa è realizzabile al meglio utilizzando filtri dotati di superficie estese e di una buona clearance dell'elemento e attraverso una durata della dialisi sufficientemente lunga. Pur tenendo conto di un possibile accumulo di alluminio è spesso necessaria l'assunzione di farmaci che legano il fosforo a livello intestinale. Un'alternativa è rappresentata da un incremento farmacologico del calcio; ciò è raccomandabile, soprattutto, nel caso di una contemporanea ipocalcemia, dopo che è stata

ottenuta la normalizzazione del livello di fosforo attraverso l'uso di chelanti contenenti alluminio e carbonato di calcio o citrato di calcio; tale associazione aiuta a ridurre la dose di chelante.

2.3.6 Vitamine.

Le vitamine idrosolubili vengono perse nel corso della dialisi; per evitare deficit maggiori la maggior parte dei pazienti, assume regolarmente queste vitamine. È necessaria un'integrazione supplementare delle vitamine B1, B2, B6. Un'integrazione ottimale si ottiene con un dosaggio giornaliero di 8 mg di vit. B1; 8 mg di vit. B2 e 10 mg di vit. B6. Il dosaggio raccomandato per la vit. C è di 100 mg nei pazienti in emodialisi e non deve essere somministrata per via endovenosa, poiché ciò può provocare un aumento del livello di acido ossalico nel sangue con conseguente formazione di depositi di ossalati.

2.3.7 Introito di fibre.

Le fibre alimentari sono per lo più contenute negli alimenti vegetali non digeribili o parzialmente digeribili dagli enzimi digestivi. Un importante effetto collaterale del trattamento con chelanti del fosforo e altri farmaci che riducono l'assorbimento del potassio, nonché come conseguenza della necessità di limitare l'introito di liquidi, è la stipsi, la quale, richiede frequentemente l'uso di lassativi. Un abbondante introito di fibre alimentari, pur auspicabile ai fini di un miglioramento dei processi digestivi, nei pazienti dializzati è di fatto impossibile a causa della necessità di osservare una dieta rigorosamente povera di potassio. Infatti, gli alimenti ricchi di fibre sono: verdure, frutta, frumento e cereali, che però contengono molto potassio.

2.3.8 Alcool.

Pur tenendo conto della necessità di un adeguato bilancio idrico e di eventuali malattie concomitanti, come steatosi e pancreatite, non vi sono controindicazioni all'occasionale consumo di alcool.

2.3.9 Spezie.

Erbe e spezie sono per il paziente in dialisi "il sale nella minestra"; esse possono bilanciare la perdita di sapore dei pasti causata dalla necessaria limitazione dell'assunzione del sale.

Poiché erbe e spezie sono usate in minima quantità, non vi sono timori riguardo ad un eccessivo apporto di potassio.

2.3.10 Ferro.

Una manifesta carenza di ferro nei pazienti dializzati è, in generale, un'evenienza più rara rispetto al passato. La valutazione più attendibile sul contenuto di ferro dell'organismo è data dalla determinazione della ferritina sierica: valori inferiori a 15mg/l indicano sempre carenza di ferro. Nel caso di una carenza marziale deve essere presa in considerazione l'eventualità di un'integrazione per via orale; la somministrazione per via parenterale viene riservata a casi di intollerabilità gastrica.

2.3.11 Zinco.

Alla presenza di una carenza di zinco si deve pensare quando si manifestano sintomi come prurito, cute secca e desquamata, disturbi della sensibilità gustativa, rallentata guarigione delle ferite e disturbi sessuali. Il contenuto di zinco nell'organismo è difficilmente dosabile e attualmente la miglior prova della carenza consiste ancora nell'eliminazione o nel miglioramento dei sintomi in seguito alla somministrazione di tale elemento. Questa deve essere effettuata tramite aggiunta nel dializzato, poiché l'assunzione di sali di zinco può spesso causare dolori gastro-intestinali.

2.3.12 Conclusioni.

La compilazione di un piano dietetico personalizzato è una componente fondamentale della terapia individuale. Attraverso una dieta adeguata, migliora la qualità di vita e si riduce l'incidenza delle complicanze, infatti le errate abitudini alimentari costituiscono un fattore di rischio. In caso di peggioramento delle condizioni di salute bisogna effettuare non solo il controllo del regime di dialisi (generalmente si rende necessaria un'intensificazione della terapia dialitica) ma anche della situazione metabolica o nutritiva. Una spiegazione comprensibile è una corretta preparazione del paziente da parte del medico di dialisi, degli infermieri di dialisi e del dietista hanno un'importanza decisiva, per raggiungere un compromesso accettabile.

Infatti, perché la dieta sia accettata sono necessarie:

- alternative alimentari possibili, facilmente gestibili;

- informazioni utili per quanto riguarda i condimenti, l'uso di aromi, metodi di cottura;
- schemi alimentari tali da poter consumare la dieta anche fuori casa, saltuariamente o per motivi di lavoro.

3. IL PROBLEMA DELLA MALNUTRIZIONE NEL DIALIZZATO: RUOLO DELL'INFERMIERE

E' di eccezionale importanza, nella fase introduttiva al programma dialitico, una consulenza dietetica, poiché in questa fase (corrispondente a circa sei mesi) hanno luogo cambiamenti importanti nella vita del paziente.

Il ruolo del personale infermieristico della dialisi è particolarmente importante in questo momento così delicato della vita del paziente, caratterizzato dalla nuova, costante dipendenza dalla dialisi e dai drastici mutamenti delle abitudini alimentari, caratterizzati dal passaggio da un'alimentazione povera di proteine e ricca di liquidi ad una ricca di proteine e povera di liquidi.

Se i nuovi principi alimentari non vengono attentamente osservati, si possono sviluppare, in questa fase di passaggio dallo stadio predialitico al trattamento dialitico, gravi conseguenze per il paziente.

3.1 Ruolo del dietista

Molti reparti di nefrologia impiegano una dietista per fornire consulenza dietetica ai pazienti, e per addestrare il personale infermieristico sui principi dell'alimentazione. Nonostante ciò vari studi hanno rilevato che numerosi centri non hanno un supporto dietologico, che il numero medio di pazienti assistiti da ogni dietista molto elevato.

Dove manca il dietologo questo ruolo viene sostituito dal medico o dall'infermiere di nefrologia. In generale i pazienti dovrebbero ricevere consigli da un team multidisciplinare che, solitamente, comprende un dietista, gli infermieri e i medici.

Secondo le linee guida dell'ANDID (Associazione Nazionale Dietisti)¹³ il dietista impegnato nel trattamento nutrizionale della malattia renale cronica dovrebbe:

1. porre al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze
2. fornire quel supporto nutrizionale che permetta al paziente di raggiungere un adeguato livello di nutrizione.
3. collaborare attivamente con i membri del team nefrologico per attuare il suo ruolo specifico

4. possedere una formazione specifica e un aggiornamento continuo nell'ambito delle malattie renali e
5. valutare costantemente l'efficacia della sua prestazione.

Applicando i principi della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), il dietista impiega il proprio giudizio professionale per adattare la miglior evidenza fornita dalla ricerca alla situazione clinica e personale del singolo paziente. Nel suo lavoro, il dietista applica le indicazioni fornite dalle linee guida nazionali e internazionali.

Nel 2002 è stato pubblicato il documento che riguarda il consenso europeo raggiunto sulla cura dello stato nutrizionale del paziente in emodialisi, in cui viene definita la figura del "dietista renale" e il ruolo pilota che esso riveste nella programmazione e gestione nutrizionale¹⁴.

L'identificazione dei pazienti con malnutrizione calorico-proteico incipiente o conclamata è possibile solo se viene offerta ai pazienti la possibilità di essere supportati dal dietista che ne valuta periodicamente lo stato di nutrizione e svolge periodicamente attività di counselling dietetico; in questo il dietista può ridurre il rischio di un outcome sfavorevole del paziente.

Indirizzando alla scelta dei cibi, il dietista incoraggia il paziente a modulare attivamente con compartecipazione la propria dieta, in modo che risulti il più possibile palatabile.

Le linee guida italiane indicano: " la valutazione e monitoraggio del paziente viene effettuato all'inizio del trattamento, ed in seguito con frequenza almeno semestrale a decisione da parte di un dietista, al fine di ottimizzare l'apporto delle sostanze nutrienti ed in special modo dell'apporto calorico".

Riassumendo sono competenze del dietista esperto in dietetica nefrologica:

- effettuare periodicamente la valutazione nutrizionale del paziente allo scopo di delineare con precisione la condizione individuale del singolo e di diagnosticare precocemente la probabile insorgenza dello stato di malnutrizione;
- Identificare i pazienti a rischio di malnutrizione;
- Elaborare il piano alimentare personalizzato che risulti palatabile e vario;
- Gestire il controllo dell'iperfosfatemia con la dieta;
- Gestire il controllo dell'iperpotassiemia con la dieta;
- Gestire il controllo dell'ipertensione arteriosa e dell'apporto di sodio,
- Valutazione della compliance alla dieta;

- Modulare la dieta in modo da massimizzare la compliance coinvolgendo attivamente il paziente;
- Effettuare il monitoraggio regolare degli intake dei nutrienti e delle calorie tramite l'utilizzo del diario alimentare;
- Svolgere attività di counseling dietetico al paziente e ai familiari che ne hanno cura;
- Organizzare gli incontri di counseling in modo tale da assicurare una valutazione dello stato di nutrizione efficace;
- Motivare il paziente all'autogestione e alla scelta critica degli alimenti;
- Essere quanto più pratica possibile;
- Motivare il paziente ad una regolare, anche se moderata, attività fisica;
- Valutare, in caso di presenza di malnutrizione, la necessità di un intervento di nutrizione artificiale.

3.2 Ruolo degli infermieri

Prima di parlare del ruolo dell'infermiere in nefrologia bisogna introdurre il cambiamento che ha subito l'infermiere in generale dall'abrogazione del mansionario all'introduzione del Codice Deontologico.

L'infermiere collabora con tutte le altre figure professionali, per il proseguimento dell'obiettivo "salute per il paziente". Come citato, nel D.M. 14.09.1994 n. 739, l'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica globale, personalizzata che è di natura tecnica, relazionale, educativa, curativa, riabilitativa, palliativa. Inoltre assicura (in collaborazione con gli altri operatori), interventi di prevenzione, assistenza, educazione e informazione sanitaria al singolo paziente ed al suo nucleo familiare.

Attualmente si sta attuando un passaggio da un'assistenza per compiti ad una per prestazioni, prendendo per modello teorico quello di Dorothea E. Orem, che dà una definizione di azioni infermieristica: "L'assistenza infermieristica nei confronti dei singoli uomini, donne e bambini o nei confronti di unità composte da più persone, quali famiglie, richiede che gli infermieri abbiano competenze specializzate, che consentano loro di assicurare un'assistenza che compensi o aiuti a superare la mancanza di auto assistenza dovute o derivate dalla salute. Queste competenze specializzate sono definite azioni infermieristiche"¹⁵. Secondo la Orem, il concetto di sistemi infermieristici, una volta

stabilita la necessità dell'intervento infermieristico, viene delineato dall'infermiere. I tre sistemi e cioè, quello totalmente compensativo, quello parzialmente compensativo e quello educativo e di sostegno determinano i ruoli sia dell'infermiere che del paziente.

Il lavoro della Orem, illustra la sua interpretazione dei concetti di: essere umano, salute, nursing e società, determinando le tre fasi del processo infermieristico:

1. Individuazione dei problemi;
2. Determinazione di un sistema di nursing e del piano di messa in atto dell'assistenza;
3. Attuazione e conduzione dei sistemi infermieristici.

Attualmente, in Italia, nella maggior parte della realtà, l'assistenza è erogata per compiti, ciò secondo la Cantarelli¹⁶ equivale all'assistenza semplice che presuppone l'utilizzo di tecniche e procedure normali. Questa va superata per passare a un'assistenza complessa, che richiede, da parte dell'infermiere un giudizio autonomo, decisioni ponderate basate sulla conoscenza del proprio lavoro e sulle informazioni che possiede, e con doti di creatività e iniziativa. L'assistenza complessa, per la Cantarelli è il presupposto indispensabile per la personalizzazione dell'assistenza. E' un nuovo modo di leggere l'attività infermieristica, nel tentativo di proporre un'alternativa al "mansionario abrogato", che meglio descrive l'attività infermieristica individualizzata e personalizzata, propria degli infermieri di oggi.

In questa tesi ho voluto così delineare la figura dell'infermiere nell'ambito della propria autonomia, competenza e responsabilità riguardo la realtà del paziente dializzato, e mi sembra importante sottolineare che la qualificazione degli infermieri nei reparti di dialisi, si gioca meno sul terreno tecnico (e questo è un paradosso proprio in un reparto dove ci sono macchinari apparentemente complessi) e più sul terreno umano del rapporto col paziente. L'autonomia e la qualificazione dell'infermiere di dialisi riesce a raggiungere livelli altissimi, poiché l'infermiere si trova di fronte una gamma di pazienti che segue giorno dopo giorno, imparando a conoscerne ogni atteggiamento e cercando di educare il paziente e la famiglia sui migliori atteggiamenti e comportamenti da tenere. Quindi le qualità da possedere sono oltre la professionalità, il saper ascoltare, il saper informare, la competenza e l'affidabilità.

3.3 Ruolo dell'infermiere in nefrologia

L'infermiere di nefrologia è fondamentale per l'assistenza totale dei pazienti dializzati. L'estrema complessità dell'insufficienza renale richiede un'assistenza che risponda ad una vasta varietà di bisogni fisici, psicologici e sociali.¹⁷

E' necessario che gli infermieri nefrologici acquisiscano adeguate conoscenze e sviluppino delle abilità che permettano loro di gestire i problemi sanitari legati all'insufficienza renale.

L'infermiere della nefrologia è un professionista esperto che possiede una sufficiente conoscenza per erogare assistenza sanitaria all'individuo affetto da insufficienza renale a qualsiasi stadio del suo continuum terapeutico. Egli sarà:

- Impegnato a fornire la più elevata qualità possibile di assistenza al paziente e alla sua famiglia. Speciale enfasi sarà sul supporto, la formazione, la prevenzione delle complicanze e sulla riabilitazione, per incoraggiare il paziente verso l'indipendenza e il self-care.
- Membro del team multidisciplinare.
- Esperto clinico in assistenza infermieristica nefrologica, contribuendo positivamente alla soluzione dei bisogni di continuità come membro abile ed affidabile del team assistenziale. Che ha il compito anche di garantire la dignità, le convinzioni, i valori e il background culturale del paziente.
- Interviene come consulente, ricercatore, agente di scambio e insegnante, in modo che, integrando le sue abilità cliniche, le conoscenze in ricerca, gestione e insegnamento, promuoverà degli avanzamenti di qualità sia nella vita dell'individuo con insufficienza renale, sia nell'assistenza erogata nei servizi sanitari.

Un'assistenza adeguata oggi richiede una pianificazione puntuale ed appropriata. La stessa nostra legislazione lo stabilisce: “gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche.. svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva.... Utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza” (legge 10 agosto 2000, n.251 – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione).

L'infermiere di dialisi:

- Deve essere cosciente degli sviluppi nel campo dell'assistenza infermieristica e medica, rilevanti per le necessità assistenziali totali della persona affetta da insufficienza renale.
- Deve essere impegnata/o nell'educazione e training continuo, cooperando in progetti scientifici e nei miglioramenti continui di qualità, allo scopo di ottenere lo sviluppo migliore per l'assistenza infermieristica nefrologica.
- Dovrebbe cercare le opportunità di educazione post-base nei corsi di specializzazione in nursing nefrologico.

Il ministero della Sanità stabilisce che “l’infermiere (ritenuto idoneo dal medico responsabile) che abbia maturato sufficiente esperienza di servizio nei centri di nefrologia e dialitici o che abbia conseguito titolo di specifica qualificazione attraverso corsi appositamente istituiti, su indicazione del medico responsabile sia autorizzato a svolgere i compiti inerenti alle applicazioni delle tecniche dialitiche nel trattamento dell’insufficienza renale”.

L’infermiere di nefrologia svolge un ruolo importante nella comunicazione dei bisogni dei pazienti nefropatici in quanto sviluppa relazioni di lunga durata con i pazienti e le loro famiglie.

I modelli organizzativi di tipo tecnico, da sempre adottati nelle strutture sanitarie, poco si addicono alla necessità del nursing nefrologico proprio perché si basano su precisi processi tecnici, sull’utilizzo degli operatori come esecutori di attività e sui singoli compiti che essi devono svolgere, sulla mansione specifica piuttosto che sul processo assistenziale.

Il modello organizzativo che l’infermiere adotta per il raggiungimento degli obiettivi, deve essere invece di tipo professionale, in cui sono messi in primo piano la personalizzazione dell’assistenza, la qualità del servizio erogato, e l’autonomia decisionale del professionista che eroga la prestazione.

Nel paziente dializzato i bisogni si presentano con diversa intensità o con diverse modalità e rispondervi richiede l’utilizzo di più e diversificate risposte.

Spesso il bisogno non manifesto, in molti casi situazioni d’ansia o di depressione legati alla patologia possono nascondere bisogni o richieste d’aiuto; il dipendere per tutta la vita da una macchina può far scattare nel paziente meccanismi di difesa che potrebbero fuorviare la risposta. È anche a questo livello che si gioca la professionalità e la responsabilità dell’infermiere che con le sue conoscenze deve saper valutare anche questi aspetti del

paziente, individuare la domanda, effettuare un'attenta raccolta di dati, scegliere le azioni finalizzate al risultato da raggiungere, l'approccio infermieristico più adeguato, il tipo, la qualità e quantità delle prestazioni e assumersi la responsabilità di tutto il processo per raggiungere l'obiettivo di fornire la migliore qualità di vita possibile ed il più alto grado di tollerabilità al trattamento dialitico.

Basilare per questi pazienti il trattamento dietetico i cui punti cardinali sono: garantire un adeguato apporto calorico e l'ottimizzazione dell'apporto di acqua e sali.

Inoltre il paziente dializzato può avere dei disturbi legati all'apparato gastroenterico: anoressia e nausea sono pressoché costanti determinando malnutrizione e squilibri elettrolitici.

L'intervento infermieristico fornisce una serie di informazioni ed istruzioni al paziente riguardo il tipo di alimentazione.

Tabella V. Riassumendo il ruolo dell'infermiere

Educare e guidare il paziente all'assunzione di liquidi: <ul style="list-style-type: none">• Limitata assunzione di bevande e cibi ricchi in acqua.• Consigliare metodi per ridurre il senso della sete
Educare ed istruire il paziente circa l'assunzione di cibi solidi: <ul style="list-style-type: none">• Limitare l'assunzione di cibi ad elevato contenuto di potassio e di fosforo• Illustrare le complicanze dell'iperpotassiemia• Distribuire materiale informativo sui cibi ad alto contenuto di P e di K. Utile il supporto del servizio dietetico che verifica le abitudini alimentari, fornisce diete personalizzate e segue il paziente in tutto il percorso cercando di soddisfare i bisogni nelle varie fasi della malattia.

I pazienti in emodialisi sono soggetti a molte restrizioni alimentari, e devono affrontare uno stile di vita a cui devono sforzarsi di aderire a vari regimi dietetici.

L'infermiere deve offrire al paziente e ai familiari l'opportunità di esprimere qualsiasi sentimento di rabbia e di preoccupazione relativo alle limitazioni nutrizionali imposte dalla

malattia e dal trattamento, nonché ai possibili problemi finanziari e di mantenimento del posto di lavoro.

L'infermiere aiuta il paziente a identificare strategie efficaci e sicure e a convivere con problemi nutrizionali e paure irrisolvibili.

L'infermiere deve mantenere un atteggiamento aperto e privo di pregiudizi, permettendo loro di discutere eventuali opzioni di trattamento e i relativi sentimenti.

Ai pazienti sottoposti al trattamento dialitico cronico, viene chiesto di assumere una quantità di liquidi molto ristretta. La mancanza del rispetto di questa regola incrementa il rischio di una morte precoce, o contribuisce alla comparsa di importanti complicanze cliniche. L'aumento del peso interdialitico è il risultato dell'accumulo nel corpo dell'acqua proveniente dal cibo, dalle bevande e dal metabolismo, che non viene smaltito attraverso le vie comuni, come per esempi le urine, le feci, il sudore, la respirazione e la perspiratio. Il volume dei liquidi rimosso con la dialisi dovrebbe corrispondere alla quantità di fluidi in eccesso rispetto al peso secco, che è clinicamente stimato come il peso al quale sono assenti i sintomi di edema extracellulare, e al di sotto del quale compaiono segni di deplezione extracellulare.

Il ruolo degli infermieri di dialisi è identificare i pazienti a rischio di malnutrizione ed indirizzarli al dietista. Questi pazienti richiedono monitoraggio dall'infermiere prima di cominciare la dialisi, durante il trattamento e dopo il completamento del trattamento¹⁸.

Partecipa ad un approccio multidisciplinare condividendo con gli altri professionisti ogni informazione al fine di migliorare la cura del paziente.

3.4 La valutazione soggettiva globale dello stato nutrizionale, uno strumento per l'infermiere

A nostra conoscenza, non sono disponibili in questo campo strumenti diagnostici ad utilizzo specifico degli infermieri. È stato proposto che potrebbe essere usata dagli infermieri la Valutazione Soggettiva Globale (SGA)¹⁹ come mezzo diagnostico per migliorare il monitoraggio, la scoperta e la prevenzione della malnutrizione dei pazienti in dialisi.

Lo studio di Julien et al. è un tentativo di dare risposta alla questione, da una parte portando all'attenzione dei professionisti medici i problemi associati a questo fenomeno, dall'altra parte esplorando l'abilità degli infermieri ad acquisire e utilizzare questo metodo. L'SGA consiste in due parti separate e complementari, che tengono conto sia della storia del paziente sia dell'esame clinico.

La storia del paziente consiste in 4 sezioni (cambiamenti ponderali, dieta, sintomatologia gastrointestinale, e riduzione funzionale in relazione alla nutrizione). Ognuna di queste sezioni consiste in 2 o 3 semplici domande che sollecitano semplici risposte. Queste sono rapidamente accessibili e danno origine ad un punteggio: A, B o C, indicanti rispettivamente, buona, moderata e severa.

L'esame clinico consiste nella valutazione di determinati segni utilizzando movimenti specifici e punti fisici di riferimento, come la perdita di grasso sottocutaneo, l'atrofia muscolare, l'edema della caviglia, l'edema sacrale e la presenza di ascite. Anche qui viene assegnato un punteggio a ogni segno (normale, lieve, moderato, severo), la combinazione dei punteggi ottenuti forniscono la tendenza alla valutazione clinica.

La valutazione finale è ottenuta dal risultato delle 2 sezioni, attraverso il quale il paziente è classificato come A (buona nutrizione), B (malnutrizione) o C (severa malnutrizione).

Il training degli infermieri all'uso di questo metodo non presenta difficoltà in generale, nonostante possa variare il tempo necessario per memorizzare l'approccio clinico.

L'SGA è ben adattato alle condizioni stabili. Con la pratica la valutazione dello stato nutrizionale diviene più facile. Parlare al paziente è un modo eccellente per ottenere informazioni direttamente correlate agli argomenti di rilievo (composizione del pasto, mobilità, presenza di sintomi gastrointestinali), ed è anche un modo di evidenziare le abitudini di vita degli individui e, in alcuni casi migliorare la comprensione di come loro si sentono. Il contatto diretto che si crea con l'esame clinico crea una atmosfera di intimità, che risulta in una maggior confidenza all'infermiere e gli dà l'opportunità di osservare i problemi della pelle. Questo metodo è stato particolarmente bene accettato dai pazienti, perché da loro la possibilità di esprimere la propria opinione sugli argomenti discussi, e possono avere una conversazione appropriata con l'infermiere. Alcuni infermieri hanno affermato che l'SGA fornisce un modo alternativo di comunicare con il paziente in dialisi.

I vantaggi dell'SGA sono essenzialmente nella sua economicità, nel fatto che può essere eseguito in maniera autonoma, è facile da implementare, fornisce una rapida definizione

dello stato nutrizionale, ha un approccio integrato, ed è in grado di indicare non solo le aree problematiche, ma anche le potenziali deficienze, assistendo il personale professionista nella indagine dei possibili trattamenti.

È necessario però sottolineare che sono state osservate alcune aree problematiche in particolare l'identificazione clinica dei segni di malnutrizione, l'assenza di criteri di misura oggettivi, l'impossibilità di distinguere tra la malnutrizione benigna e moderata e le difficoltà a volte incontrate nel raccogliere informazioni attendibili (pazienti con deficienze cognitive, pazienti che non parlano italiano, etc...).

In conclusione, l'SGA può essere considerato come un metodo utile per la valutazione dello stato nutrizionale dei pazienti in emodialisi. Lo staff infermieristico è in grado di imparare il metodo e di utilizzarlo come strumento diagnostico durante la sessione di dialisi, e ciò porta gli ad individuare i segnali di allarme della malnutrizione. Il suo utilizzo generale da parte dello staff infermieristico potrebbe avere come risultato la migliore attenzione tra gli infermieri alle richieste nutrizionali dei pazienti in dialisi ed essere di efficace complemento ai tradizionali metodi di indagine.

Tabella VI. Valutazione Soggettiva Globale (SGA)

Nome del paziente: _____		Data: _____																									
Prima parte: Storia clinica																											
1. Modifiche del peso																											
A. Modifiche del peso negli ultimi 6 mesi:	kg	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SGA</th> </tr> <tr> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SGA			A	B	C	<input type="checkbox"/>																	
SGA																											
A	B			C																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
B. Percentuale di variazione	Perdite di peso < 5%																										
	Perdite tra 5 e 10%																										
	Perdite > 10%																										
C. Modifiche nelle ultime due settimane:	aumento																										
	nessuno																										
	diminuzione																										
2. Dieta																											
A. Modifiche globali:	nessuna																										
	modifiche																										
B. Durata:	settimane																										
C. Tipo di modifiche	regime solido subottimale																										
	regime liquido ipocalorico																										
	regime completamente liquido																										
	malnutrizione importante																										
3. Sintomi gastrointestinali (persistenti oltre 2 settimane)																											
nessuno:	nausea:	vomito:	diarrea: anoressia :																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
4. Disagio funzionale (in correlazione allo stato nutrizionale)																											
A. Disturbi globali:	nessuno																										
	moderato																										
	importante																										
	miglioramento																										
	nessuno																										
	aumento																										
B. Modifiche nelle ultime due settimane																											
Seconda parte: Esame fisico																											
5. Segni di:	Perdita di grasso sottocutaneo	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SGA</th> </tr> <tr> <th>Normale</th> <th>Minore</th> <th>Moderato</th> <th>Grave</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		SGA				Normale	Minore	Moderato	Grave	<input type="checkbox"/>															
SGA																											
Normale	Minore			Moderato	Grave																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
	Atrofia muscolare																										
	Edema delle caviglie																										
	Edema sacrale																										
	Ascite (solo pazienti emodialisi)																										
Terza parte: punteggio SGA (segnare solo un compartimento)																											
A.	<input type="checkbox"/> Buona alimentazione																										
B.	<input type="checkbox"/> Malnutrizione moderata																										
C.	<input type="checkbox"/> Malnutrizione grave																										

4. PROPOSTA DI TESI

4.1 Opuscolo educativo

Lo strumento informativo è rivolto ai pazienti che iniziano il trattamento emodialitico e ai loro familiari, nell'intento di dar loro informazioni utili a gestire le modificazioni alimentari che la dialisi comporta

Dall'esperienza di tirocinio e dagli studi si è rilevato che i consigli dietetici vengono erogati al paziente su base individuale, pochi centri utilizzano l'educazione alimentare ai pazienti in sessioni di gruppi, quasi tutti i centri forniscono ai pazienti dei libretti generali e fogli informativi.

Durante il tirocinio ho potuto rilevare che gli strumenti forniti ai pazienti contengono un linguaggio troppo specialistico e spesso incomprensibile per il paziente soprattutto se teniamo conto che del livello culturale dei pazienti a cui sono rivolti.

La letteratura scientifica evidenzia l'importanza degli strumenti informativi, indicando nella compliance (adesione consapevole alle cure ai trattamenti) uno degli elementi di maggiore importanza per il raggiungimento dei livelli massimi di efficacia del trattamento. Scopo dell'opuscolo è fornire consigli sull'alimentazione del dializzato e sottolineare l'importanza della dieta come strumento adatto a ritardare il più possibile la progressione del danno renale e/o la dialisi.

Lo strumento è formulato utilizzando una modalità comunicativa a forte impronta conativa, cioè utilizzando anche figure illustranti in modo che il paziente e i familiari colgano in maniera inequivocabile il messaggio e che possa permettere loro di memorizzare.

L'opuscolo conterrà alcuni consigli pratici tra i quali:

- Variare il più possibile l'alimentazione giornaliera, alternando tipi di carne, pesce e verdura, rispettando sempre la quantità e qualità degli alimenti indicati con la dieta.
- Suddividere i pasti in maniera equilibrata: colazione, pranzo, spuntino e cena.
- Limitando l'apporto di sodio, è possibile rendere saporiti i cibi utilizzando cipolla, aglio, spezie, erbe aromatiche, succo di limone e aceto.
- Fatta eccezione per la frittura, in cucina possono essere utilizzati tutti gli altri metodi di cottura: al vapore, alla griglia, al forno e al cartoccio.

- Cuocere le verdure in due acque consecutive o in acqua abbondante per diminuire il loro contenuto in potassio e fosforo.
- Allo stesso modo lessare le patate in due acque consecutive.
- Considerare il caffè nel calcolo dei liquidi consentiti.

CONCLUSIONI

Il monitoraggio dello stato nutrizionale, per identificare e trattare l'eventuale presenza di uno stato di malnutrizione, deve essere frequentemente ripetuto, poiché molte delle cause che determinano il quadro di malnutrizione possono essere prevenute o corrette tempestivamente. I pazienti a maggior rischio di ridotta compliance con la terapia dialitica prescritta sono quelli che eseguono trattamenti domiciliari, mentre tutti i pazienti sono potenzialmente a rischio per una scarsa compliance con la dieta consigliata.

Attualmente non sempre tutti i pazienti emodializzati, o perlomeno quelli diagnosticati come più a rischio, beneficiano di un piano dietetico terapeutico. È perciò auspicabile che negli anni futuri vengano compiuti maggiori sforzi, perché prefiggendo come obiettivo sanitario un'ottimale gestione nutrizionale per ogni paziente con IRC, venga realizzato un piano organizzativo standard che possa servire da riferimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Supplemento n° 1 Giornale Tecniche Nefrologiche & Dialitiche Anno XIII 2003; 1: 39.
2. Bordin G., Zuccherato N., Toniato E. *Nutritional education of CAPD patients and media influence*. EDTNA ERCA J. 2000 ; 26: 32-5.
3. Casey J., Johnson V., McClelland P. *The relationship between interdialytic weight gain and patient compliance. A single centred cohort study (n=21)*. EDTNA ERCA J. 2001; 27: 187-9.
4. Kalantar-Zadeh K., Block G., McAllister CJ., Humphreys MH., Kopple JD. *Appetite and inflammation, nutrition, anemia, and clinical outcome in hemodialysis patients*. Am J Clin Nutr. 2004; 80: 299-307.
5. Naicker S. *Nutritional problems associated with end-stage renal disease in the developing world*. Artif Organs. 2002; 26: 757-9.
6. Wolfson M. *Management of protein and energy intake in dialysis patients*. J Am Soc Nephrol. 1999; 10 :2244-7.
7. Manno C., Strippoli G.F.M., Pertosa G., Schena F.P. *Valutazione e trattamento della malnutrizione in emodialisi*. Giornale Italiano di Nefrologia. 2001; 18: 542-551.
8. Wolfson M. *Nutrition in elderly dialysis patients*. Semin Dial. 2002; 15: 113-5.
9. Bossola M., Muscaritoli M., Tazza L., Giungi S., Tortorelli A., Fanelli F.R., Luciani G. *Malnutrition in hemodialysis patients: what therapy?* .Am J Kidney Dis. 2005 ; 46: 371-86.
10. Kalantar-Zadeh K., Kleiner M., Dunne E., Lee G.H., Luft F.C. *A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients*. Nephrol Dial Transplant. 1999; 14:1732-8.
11. Qureshi A.R., Alvestrand A., Danielsson A., Divino-Filho J.C., Gutierrez A., Lindholm B., Bergstrom J. *Factors predicting malnutrition in hemodialysis patients: A cross-sectional study*. Kidney International, 1998; 53: 773-782.
12. Günther Schönweiß *Dialysefibel*. Perimed Fachbuch-verlafs-fessellschaft; Erlangen1990.

13. Fantuzzi A.L.e colleghi. ***Il Dietista e la pratica professionale: Posizione dell'ANDID*** Parma 18/03/2004.
14. Locatelli, Foque, Heimburger, Druke, Cannata-Andia, Horl and Ritz. ***Nutritional status in dialisi patients: a European consensus***, Nephrol. Dial Transplant, ERA-EDTA, 2002.
15. Orem, D. E: ***Nursing. Concetti di pratica professionale***. Summa; Padova.
16. Cantarelli M. ***Il modello delle prestazioni infermieristiche***. Masson; Milano.
17. Atti del seminario ***“Vivere in dialisi. Dalla qualità dei servizi alla qualità della vita*** “ Roma 26 Aprile 2004.
18. Elaine P. Murray ***The nurse’s role in feeding patients with renal disease***
Proceedings of Nutrition Society 2000; 59:487.
19. Julien JP, Combe C, Lasseur C. ***Subjective global assessment of nutrition a useful diagnostic tool for nurses?*** EDTNA ERCA J. 2001 ;27:193-6.
20. Gentile M G. ***Aspetti nutrizionali nel malato in dialisi***. Accademia Nazionale di Medicina; Genova 1999.
21. Brunori G. Pola A. ***Stato nutrizionale nel paziente in trattamento dialitico cronico***. Janssen- Cilag; Milano 1998.
22. Cianciaruso B. Brunori G. ***Terapia nutrizionale nel paziente con insufficienza renale cronica***. Accademia Nazionale di Medicina Collana Aggiornamenti in tema di nefrologia; Genova 2005.

SITI INTERNET

Atti del seminario “Vivere in dialisi, dalla qualità dei servizi alla qualità della vita”

Roma. 26 Aprile 2004.

http://www.ministerosalute.it/resources/static/focus/200/ATTI_per_web.pdf

(data consultazione: 06/05/2007)

Conte F., Salomone M. Report 2002 Registro Italiano di Dialisi e Trapianto.

<http://www.sin-ridt.org>

(data consultazione: 15/06/2007)

Report 2000: Registro Veneto di Dialisi e Trapianto.

<http://www.sin-italy.org>

(data consultazione: 15/06/2007)

ALLEGATI:

Opuscolo educativo

ALLEGATI

CONSIGLI IN CUCINA

Fatta eccezione per la frittura (vietata) si può cucinare in tutti i modi: al vapore, alla griglia, al forno, al cartoccio..



Non eccedere con il sale ed evitare i suoi sostituti (novosal, sale shon, etc)

Non salare l'acqua per la bollitura dei cibi.

Aggiungere il sale a fine cottura.

Il carattere insipido della dieta può essere migliorato utilizzando erbe aromatiche (basilico, prezzemolo, lauro, maggiorana, origano, salvia, rosmarino), aceto e in piccole quantità aglio, cipolla, sedano, succo di limone.

Cuocere le verdure e le patate in due acque consecutive o in acqua abbondante per diminuire il loro contenuto in potassio e fosforo.



Condimenti: privilegiare l'uso di olio di oliva extra vergine oppure scegliere olio di semi.

TIRIAMOCI SU IL MORALE

SPAGHETTI ALL'ERBA CIPOLLINA

Spaghetti, erba cipollina, 1 cucchiaino di cipolla tritata, olio.

Cuocete gli spaghetti in acqua non salata. Nel frattempo fate appassire nell'olio la cipolla e una parte dell'erba cipollina. Condite la pasta con l'olio aromatizzato e cospargete con erba cipollina.

RISOTTO AL ROSMARINO

Riso, rosmarino, cipolla, vino bianco, brodo di carne, olio. Rosolate nell'olio la cipolla tagliata a pezzetti. Aggiungete il riso e fatelo tostare, versandovi una goccia di vino bianco. Aggiungete del brodo aromatizzato con il rosmarino. A cottura ultimata incorporate del rosmarino tritato.

POLLO MARINATO ALL'AMERICANA

Petto di pollo, aglio spremuto, olio, pepe bianco e nero schiacciati, un bicchiere di vino bianco, foglie di timo e alloro.

Preparate in una terrina una marinata con l'olio, pepe bianco e nero schiacciati, un bicchiere di vino bianco, le foglie di timo e alloro spezzettate. Mettete il pollo nella marinata per un'ora circa. La carne così preparata può essere cucinata ai ferri o al forno.

SOGLIOLA AI PEPERONI

Peperoni, pomodori pelati, filetto di sogliola, vino bianco, origano, aglio, cipolla, olio.

Fate soffriggere l'aglio e la cipolla in un tegame con l'olio. Unite al soffritto i peperoni tagliati a listarelle, i pomodori e il vino e portate a ebollizione. Adagiate nel tegame il filetto di sogliola, coprite e cuocete a fuoco basso per una decina di minuti. Durante la cottura scuotete ogni tanto il tegame.



UNITA' OPERATIVA DI NEFROLOGIA E TERAPIA DIALITICA,
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CONEGLIANO
Tel. 0438-663363
Fax 0438-663760
e-mail: nefrologiacn@ulss7.it



CONSIGLI ALIMENTARI PER I PAZIENTI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO

Informazioni e
consigli utili per il
paziente e la famiglia

LA DIETA: DA IPOPROTEICA A IPERPROTEICA

La malnutrizione è un problema frequente nei pazienti dializzati.



Da una dieta povera di proteine vi troverete ad assumere una dieta ricca di proteine, a causa delle nuove necessità nutrizionali legate alla dialisi. Infatti oltre alle sostanze di scarto, la dialisi comporta anche la perdita di proteine.

ATTENZIONE AI LIQUIDI!

Bisogna fare molta attenzione all'eccesso di liquidi perché la funzione dei reni è ridotta e rischiate di gonfiarvi come un pallone...



I liquidi sono contenuti anche nei cibi solidi come pasta e riso. Anche la frutta è ricchissima di liquidi.



Per misurare i liquidi assunti con le bevande durante la giornata utilizza un bicchiere graduato o una bottiglia che contenga esattamente la quantità di liquidi consigliata dal medico.



I CIBI FONDAMENTALI

- Carne bianca, rossa o magra;
- Pesce. Sono consigliati trota, dentice, merluzzo perché hanno minor contenuto di fosforo;
- Uova. Consigliate due volte alla settimana.



SI CONSIGLIA EVITARE

Attenzione all'eccesso di potassio. Contengono elevate quantità di potassio e sono quindi da limitare:

- I funghi, gli spinaci, la zucca;
- I legumi
- Le banane, i kiwi, le castagne;
- La frutta secca, i semi oleosi e la frutta sciroppata;
- Le bevande: vino, birra, superalcolici, sciroppi, spremute, bibite tipo gazzose;
- Tutti i pesci grassi: anguilla, gamberi, vongole, sarda, sgombro, cefalo, murena, aragosta, ostriche, tutto il pesce conservato sott'olio, pesce essiccato;
- I dolci in genere;
- Prodotti confezionati con farina integrale e farina di soia.



Attenzione all'eccesso di sali minerali: provocano sete e fanno salire la pressione:

- Dadi per brodo, estratti di carne, tutti i tipi di salse conservate;
- Grissini, crackers (soprattutto quelli salati in superficie);
- Tutti gli alimenti conservati sotto sale, sott'olio e sott'aceto;
- I dolci in genere;
- I cibi in scatola;
- Le bevande: vino, birra, superalcolici, sciroppi, succhi, bibite.



Caffè: limitare il consumo, se il medico non lo vieta del tutto.

NON RISPETTARE QUESTE
SEMPLICI REGOLE TI PUO'
PORTARE AL RICOVERO ED A
COMPLICANZE DELLA
TUA MALATTIA



Ringraziamenti

Un grazie speciale ai miei genitori, Maria Teresa e Pietro, mio fratello Pierantonio e sua moglie Carla con i loro due angioletti Anna e Fabio che mi hanno sostenuto in questo cammino e contribuito alla realizzazione del mio sogno.

Un grazie mille alla persona che più ha creduto in me e che non è più qui ma che da lassù è diventato il mio angelo custode aiutandomi a fare le scelte corrette e donandomi tanta forza nell'affrontare le difficoltà ... grazie Zio Don Paolo!

Un particolare ringraziamento lo rivolgo al Professor Pagano Claudio che con la sua disponibilità e l'interessamento e avendo fiducia in me ha permesso la realizzazione della tesi.

Un ringraziamento anche a tutto il personale della Unità Operativa di Dialisi e Nefrologia di Conegliano per la loro partecipazione e collaborazione.

Infine ringrazio tutti quelli soprattutto gli amici e i colleghi di Croce Rossa che in questi tre anni hanno creduto in me e mi hanno incoraggiato.