

Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente obeso trattato con terapia chirurgica

Giovanna Alpigiano, Valentina Antognozzi, Alessandra Fedi, Lorena Sartini, Maria Luisa Masini, Patrizia Toschi

(Gruppo di lavoro ANDID Chirurgia Bariatrica)

1. Background

La chirurgia Bariatrica è una possibile strategia di intervento per soggetti attentamente selezionati con obesità morbigena (BMI>40 o con BMI>35 e patologie concomitanti) quando i metodi meno invasivi si sono rivelati inefficaci 1,2,3,19,21,23,25.

L'approccio chirurgico, oltre a determinare una sostanziale perdita di peso, permette anche di ottenere tempi più lunghi di mantenimento del peso perduto, e si è rivelato in grado di ridurre i fattori di rischio e le patologie associate con l'obesità 1,4,5,22.

Il team multidisciplinare è fondamentale per far fronte alla cura pre e post operatoria del paziente obeso 6,7,8,20,21,23.

L'ottenimento di risultati ottimali richiede una attenta selezione dei pazienti ed un team multidisciplinare con sufficiente esperienza nelle dimensioni medica, chirurgica, dietistica e sociale 6,9,10,21,23.

Il dietista risulta essere la figura più qualificata per la valutazione nutrizionale che include l'inquadramento pre-operatorio, l'educazione postoperatoria, il counseling e il follow-up 6,12,21,23.

2. Posizione

E' posizione dell'ANDID che il dietista impegnato nella gestione nutrizionale del paziente obeso trattato con terapia chirurgia: 1) ponga al centro del proprio intervento il paziente e le sue esigenze, 2) collabori attivamente con i membri del team dell'obesità (chirurgo, medico, psicologo, infermiere, ecc.) per attuare il suo ruolo specifico, 3) posseda una formazione specifica e un aggiornamento continuo nell'ambito dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare e, 4) valuti costantemente l'efficacia della sua prestazione.

2.1 Centralità del paziente

Applicando i principi della Medicina basata sull'Evidenza 13,14,23, 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 15,16,17,21.

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 bio-umorali che condizionano l'elaborazione del piano dietetico e sono necessari per una valutazione d'efficacia della sua prestazione professionale. Il dietista documenta la propria attività su una cartella che mette a disposizione degli altri membri del team 25.

La valutazione dello stato nutrizionale comprende la valutazione della composizione corporea e del bilancio energetico. La tecnica di riferimento per la valutazione della composizione corporea nella pratica clinica è l'antropometria. Nel caso del paziente con obesità grave la valutazione antropometrica di primo livello è rappresentata dalla misurazione del peso corporeo e della statura e dal calcolo del BMI 24. Il bilancio energetico rappresenta la differenza tra l'introito e il dispendio energetico. Il dietista valuta l'introito energetico utilizzando la storia dietetica e/o il diario alimentare. La storia dietetica viene condotta nel paziente obeso con intento quali-quantitativo, bio-psico sociale e culturale. Sul versante quantitativo, essa viene utilizzata nel paziente con obesità per investigare: 1) energia, 2) proteine, 3) carboidrati (quantità, qualità, distribuzione nella giornata), 4) lipidi, 5) colesterolo, 6) fibra, 7) alcool, 8) acqua e altre bevande. Sul versante qualitativo, la storia dietetica viene utilizzata per investigare: 1) storia ponderale 2) esperienze dietetiche pregresse, 3) attività fisica, 4) modalità di assunzione del cibo (velocità, grado di masticazione, distribuzio-



ne dei pasti, ecc.), 5) presenza di complicanze, 6) eventuale trattamento farmacologico, 7) appetito, 8) digestione, 9) alvo. Sul versante bio-psicologico vengono indagati la percezione della fame e della sazietà, il grado di iperfagia, il rapporto con il cibo, il tono dell'umore, lo stato emotivo complessivo, il grado di egodistonia rispetto alla malattia, eventuali sintomi che possano essere correlati con disturbi del comportamento alimentare. Sul versante socio-culturale e cognitivo, vengono rilevati gli eventi familiari e sociali, la presenza di idee disfunzionali, le aspettative rispetto all'intervento chirurgico e le conoscenze relative ad alimentazione, peso, dieta, obesità, tecniche chirurgiche.

L'elaborazione del piano dietetico deve applicare la migliore evidenza fornita dalla ricerca alle caratteristiche del singolo paziente.

Dopo le fasi iniziali di rialimentazione graduale post-intervento necessaria alla prevenzione delle complicanze associate al tipo di intervento, il piano dietetico a lungo termine deve essere individualizzato, nell'ambito di scelte obbligate che riguardano la struttura del pasto, le modalità di assunzione dei cibi, la distribuzione delle bevande.

Gli obiettivi vengono concordati con il paziente in base alla sua storia dietetica e devono tener conto delle opinioni, della disponibilità del paziente e della difficoltà a controllare il consumo dei cibi.

La compliance/concordance a breve termine viene valutata attraverso: 1) raggiungimento degli obiettivi concordati in termini di calo ponderale 2) livello di soddisfazione e benessere 3) percezione dello stimolo fame/sazietà (riduzione della spinta iperfagica), 4) adattamento delle scelte alimentari al nuovo sistema terapeutico, 5) livello adeguato di svolgimento di attività motoria. La compliance/concordance a lungo termine viene valutata attraverso: 1) andamento del quadro clinico (in collaborazione con gli altri membri del team), 2) consolidamento del calo ponderale raggiunto, 3) livello di soddisfazione, 4) stato bioumorale, 5) abilità di gestione delle scelte alimentari nel quotidiano e in particolari situazioni a rischio, 6) riduzione del grado di iperfagia. Essa è favorita dalla possibilità di mantenere un contatto con i componenti del team sulla base di un percorso terapeutico strutturato e condiviso con il paziente fin dalle prime fasi del trattamento, dal continuo adeguamento del piano dietetico alle esigenze del paziente e da una azione di educazione terapeutica attraverso incontri educativi individuali e/o di gruppo.

Il dietista interagisce e collabora attivamente con gli altri membri del team per:

- 1) eseguire la valutazione dietetica del paziente e contribuire alla scelta collegiale della strategia terapeutica più adeguata (tipo di intervento chirurgico, posizionamento pallone intragastrico, eventuale percorso terapeutico non chirurgico),
- 2) identificare e promuovere i fattori individuali che possono favorire la motivazione al cambiamento e l'adesione al piano terapeutico complessivo, 3) favorire la modificazione dello stile di vita del paziente, necessaria a raggiungere e mantenere nel tempo i risultati del calo ponderale post intervento

Il dietista che svolge la propria attività nell'ambito della chirurgia dell'obesità deve essere in grado di: 1) valutare lo stato metabolico e nutrizionale del paziente tenendo conto del quadro clinico e degli esami bio-umorali 2) identificare e valutare le conoscenze del paziente relative alla propria situazione clinica e le abilità relative alla gestione della nuova condizione 3) identificare e condividere con il paziente le modificazioni terapeutiche dello stile di vita, dell'alimentazione e gli obiettivi relativi al calo ponderale 4) impostare il piano nutrizionale secondo criteri educativi, in accordo con il paziente, tenendo conto del quadro clinico e del tipo di trattamento effettuato, 5) monitorare l'adesione del paziente al piano nutrizionale e valutarne i risultati, 6) conoscere le tecniche di intervento, i relativi rischi e complicanze e le modalità di rialimentazione specifiche relative al percorso terapeutico scelto, 7) gestire il follow up a lungo termine del paziente per il mantenimento del calo ponderale raggiunto, prevenire e correggere eventuali complicanze nutrizionali, favorire il mantenimento dello stato di salute e della qualità di vita 18,25.

2.3. Formazione e aggiornamento

La formazione universitaria del dietista deve garantire una adeguata preparazione teorica e pratica nell'ambito della chirurgia dell'obesità. E' opportuno che l'attività di tirocinio pratico sia svolta presso centri ospedalieri o convenzionati con l'Università, con la supervisione di un dietista esperto.

Per quanto attiene alla Formazione continua in Medicina, dei dietisti che svolgono la propria attività nell'ambito della chirurgia dell'obesità, l'ANDID auspica che almeno il 50% dei crediti ECM sia ottenuto da eventi relativi a obesità, chirurgia dell'obesità e disturbi del



comportamento alimentare.

2.4. Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il dietista valuta:

- il raggiungimento degli obiettivi terapeutici relativi alle modificazioni del comportamento alimentare
- l'andamento del peso corporeo e la comparsa di eventuali complicanze correlate all'alimentazione
- le modificazioni / miglioramento dello stile e della qualità di vita

Tutti i dati raccolti vengono trascritti nella cartella dietistica che è messa a disposizione degli altri membri del team: ciò è essenziale per una valutazione dell'efficacia della prestazione professionale.

Il dietista comunica regolarmente ai componenti del team gli elementi utili ad effettuare una valutazione complessiva del trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. AAVV, LIGIO '99: Linee Guida Italiane per l'Obesità, Edizioni Petragon, Bologna, 1999
2. 1991 National Institutes of health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults; executive summary. Arch Intern Med 1998; 158:1855-1867
3. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. Ann Intern Med 1991;115:956-61
4. Parkes E. Nutrition management of patient after bariatric surgery. Am J Med Scien 2006;4:207-213
5. Garza SF. Bariatric weight loss surgery. Clin Care Nurs Q 2006; 26:101-104
6. Saltzman E, Anderson W, Apovian CM, et al. Criteria for patient selection and multidisciplinary evaluation and treatment of the weight loss surgery patient. Obes Res.2005; 13(2):234-243
7. Kelly J, Tarnoff M, Shikora S, Thayer B, Jones DB, Amour Forse R, Hutter MM, Fanelli R, Lautz D, Buckley F, Munshi I, Coe N. Best Practice Recommendations for Surgical Care in Weight Loss Surgery. Obesity Research 2005; 13:227-233
8. Santry HP, Chin MH, Cagney KA, Alverdy JC, Lauderdale DS. The use of multidisciplinary teams to evaluate bariatric surgery patients: results from a national survey in the U.S.A. Obes Surg. 2006; Jan;16(1):59-66
9. Whittemore A, Kelly J, Shikora S et al. Specialized staff and equipment for weight loss surgery patients: best practice guideline. Obes Res. 2005 Feb;13(2):283-9. Review
10. ASBS Consensus Conference 2004. J Am Coll Surg 2005;200:593- 604
11. Balsiger BM, Murr MM, Poggio JL, Sarr M. Bariatric surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. Med Clin North Am 2000 Mar;84(2):477-89
12. Cummings S, Parham ES, Strain GW. American Dietetic Association, Position of American Dietetic Association: weight management. J Am Diet Assoc. 2002 Aug;102(8):1145-55
13. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000
14. Gray EG, Gray LK. Evidence-based Medicine: applications in dietetic practice. J Am Diet Assoc 2002; 102:1263-1272



15. Malinowski S. Nutritional and metabolic complications of bariatric surgery. *Am J Med Sci.* 2006 Apr;331(4):219-25. Review
16. Dwyer J, DSc, RD, Allison D, Coates P. Dietary supplements in weight reduction. *J Am Diet Assoc.* 2005;105:S80-S86
17. Elliot K. Nutritional considerations after bariatric surgery. *Crit Care Nurs Q* 2003;26:133-138
18. Fujioka K. Follow-up of nutritional and metabolic problems after bariatric surgery. *Diabetes Care* 2005;28:481-484
19. Wilding JP. Treatment strategies for obesity. *Obes Rev.* 2007 Mar; 8 Suppl 1:137-44
20. Thompson WG, Cook DA, Clark MM, Bardia A, Levine JA. Treatment of obesity. *Mayo Clin Proc.* 2007 Jan;82(1):93-101
21. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, Greve JW, Horber F, Mathus-Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K; Bariatric Scientific Collaborative Group Expert Panel. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg.* 2007 Feb;17(2):260-70
22. Salameh JR. Bariatric surgery: past and present. *Am J Med Sci.* 2006 Apr;331(4):194-200
23. Sauerland S, Angrisani L, Belachew M, Chevallier JM, Favretti F, Finer N, Fingerhut A, Garcia Caballero M, Guisado Macias JA, Mittermair R, Morino M, Msika S, Rubino F, Tacchino R, Weiner R, Neugebauer EA; European Association for Endoscopic Surgery. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Endosc.* 2005 Feb;19(2):200-21. Epub 2004 Dec 2
24. Wright JD, Borrud LG, McDowell MA, Wang CY, Radimer K, Johnson CL. J. Nutrition assessment in the National Health And Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Am Diet Assoc.* 2007 May;107(5):822-9
25. Cunningham E. What is the registered dietitian's role in the preoperative assessment of a client contemplating bariatric surgery? *J Am Diet Assoc.* 2006 Jan;106(1):163

