

3° CONGRESSO NAZIONALE SIMPeSV / 70° Congresso FIMMG

# DALLA MEDICINA DI PREVENZIONE ALL'AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA

## Il MMG nell'alimentazione e nelle patologie correlate

### Insufficienza Renale Cronica e Dieta

*Francesco F. Morbiato*

**6 – 11 ottobre 2014**

Santa Margherita di Pula (CA) - Forte Village

**SIMP<sup>e</sup>SV**  
Società Italiana di Medicina  
di Prevenzione e degli Stili di Vita

**FI&MG**  
Federazione Italiana  
Medici di Famiglia



# Contenuti

- ✓ prevalenza della malattia renale cronica e fattori che ne influenzano la progressione
- ✓ storia ed evoluzione dell'approccio dietetico come mezzo per rallentare l'evolversi della malattia renale cronica (MRC, CKD) con analisi delle tipologie di diete
- ✓ vantaggi e sicurezza della dieta ipoproteica
- ✓ condizioni necessarie per il successo del trattamento dietetico

# Obiettivi

Acquisire le competenze necessarie per la gestione del paziente con IRC

- ✓ Inquadramento clinico e stadiazione
- ✓ Formulazione del programma dietetico-nutrizionale (accurata anamnesi alimentare – scelta degli alimenti – introduzione di alimenti a proteici “industriali” – monitoraggio e verifica della compliance)
- ✓ Gestione della sinergia tra “attori” del trattamento dietetico

# Stadiazione IRC

				Stadio, descrizione e range dell'albuminuria (mg/g)				
				A1		A2	A3	
				Ottimale e Normale-alta		Alta	Molto alta e Nefrosica	
				<10	10-29	30-299	300-1999	≥2000
Stadio, descrizione e range del GFR (ml/min per 1.73 m <sup>2</sup> )	G1	Ottimale	>105	Green	Green	Yellow	Orange	Red-hatched
			90-104	Green	Green	Yellow	Orange	Red-hatched
	G2	Medio	75-89	Green	Green	Yellow	Orange	Red-hatched
			60-74	Green	Green	Yellow	Orange	Red-hatched
	G3a	Medio-Moderato	45-59	Yellow	Yellow	Orange	Red	Red-hatched
	G3b	Moderato-Severo	30-44	Orange	Orange	Red	Red	Red-hatched
	G4	Severo	15-29	Red	Red	Red	Red	Red-hatched
G5	ESRD	<15	Red-hatched	Red-hatched	Red-hatched	Red-hatched	Red-hatched	

# Progressione naturale della MRC

## Fattori modificabili

- ✓ Pressione arteriosa
- ✓ Albuminuria, Proteinuria
- ✓ Obesità, Sindrome metabolica, Dislipidemie
- ✓ Fumo
- ✓ Fans, Erbe mediche, Piombo, Mdc iodati, Antibiotici e Antivirali

# Progressione naturale della MRC

## Fattori NON modificabili

- ✓ Età
- ✓ Sesso
- ✓ Eziologia della malattia renale
- ✓ Storia familiare
- ✓ Etnia

# Raccomandazioni Terapeutiche

- ✓ Controllo della pressione arteriosa
- ✓ ACE inibitori
- ✓ Antagonisti recettori dell'angiotensina (ARB)
- ✓ Evitare i calcio antagonisti diidropiridinici se non strettamente necessari
- ✓ Controllo dell'introito proteico

# La Dieta Ipoproteica

- ✓ Rallentare la progressione dell'insufficienza renale
- ✓ Ridurre la proteinuria
- ✓ Controllare i sintomi uremici
- ✓ Prevenire la malnutrizione associata al catabolismo proteico (fasi avanzate uremia)
- ✓ Migliorare l'equilibrio acido-base
- ✓ Regolare l'apporto di fosforo
- ✓ Procrastinare l'inizio del trattamento dialitico
- ✓ Ridurre la pressione arteriosa



# Origini della Dieta Ipoproteica

- ✓ Nata negli anni 60 (la dialisi non era ancora disponibile per tutti) per migliorare gli effetti derivati da un eccessivo accumulo di cataboliti azotati (Dieta di Giovannetti)
- ✓ Eliminazione totale delle proteine di origine a basso valore biologico (pane e pasta) sostituendole con alimenti aproteici
- ✓ Apporto calorico elevato
- ✓ Limitazione apporto di proteine animali ad alto valore biologico

**Ridimensionata dalla progressiva diffusione della dialisi**

# Anni 80

- ✓ Disponibilità posti dialisi
- ✓ Diffusione della dialisi peritoneale
- ✓ Trapianto renale  
(nuovi e più efficaci farmaci immunosoppressivi)
- ✓ Controllo dell'acidosi
- ✓ Terapia con Eritropoietina (Epo)
- ✓ Ridotta convinzione dell'efficacia della dieta ipoproteica

# Anni 90

- ✓ Progressivo aumento della popolazione anziana
- ✓ Non parallelo aumento dei posti dialisi

Ritorno in auge della

Dieta Ipoproteica

per posticipare

l'inizio del trattamento dialitico

# Linee guida

- ✓ **Protidi:** 0,6 - 0,8 g/Kg p.c.i. (75% a.v.b.)/die
- ✓ **Glucidi:** 60% delle calorie totali
- ✓ **Lipidi:** 30% delle calorie totali
- ✓ **Calorie:** 35 Kcal/Kg p.c.i. /die  
(vfg<25 ml/min: 35 kcal/kg p.c.i./die <60 anni  
30-35 kcal/kg p.c.i./die >60 anni)
- ✓ **Potassio:** riduzione apporto se > 5,5 mmol/l

# Dieta Ipoproteica convenzionale

0.4 – 0.6 g/kg/die di proteine ad a.v.b.

- ✓ Composizione aminoacidica
- ✓ Digeribilità dell'alimento

# Gli anni d'oro

## Modelli di Dieta Ipoproteica orientati al paziente

- ✓ Dieta Ipoproteica Ipofosforica
- ✓ Dieta Vegetariana con proteine complementari
- ✓ Dieta Vegetariana supplementata con aminoacidi essenziali (AAE) e chetoanaloghi (KA)  
(Very low protein diet)

# Dieta Ipoproteica Ipofosforica

- ✓ Molto simile alla dieta convenzionale, si distingue solo per un minore apporto di fosforo
- ✓ Eliminati latticini, uova (a eccezione dell'albume)
- ✓ Elementi di origine animale selezionati tra quelli a più basso contenuto di P
- ✓ Supplementazione con carbonato di calcio

Clearance Creatinina: 20-65 ml/min  
(stadio II-III IRC)

# Dieta vegetariana con proteine complementari

- ✓ Valida alternativa alla Dieta Ipoproteica Ipofosforica
- ✓ Alternando l'una all'altra per determinati periodi si risolve il problema della monotonia della precedente
- ✓ Le proteine somministrate sono solamente vegetali a “basso valore biologico” (non contengono tutti gli AAE)
- ✓ Il fabbisogno di AA viene soddisfatto mescolando adeguatamente vegetali di varia natura



# Dieta Vegetariana supplementata con AAE e KA (Very low protein diet)

- ✓ Gli AAE sono utilizzati dall'organismo come tali
- ✓ I KA vengono trasformati a livello epatico e muscolare nei corrispondenti AAE

La loro trasformazione riduce  
la resintesi dell'urea

# Validità della terapia dietetica nella MRC

Ad oggi non si può affermare che la dieta rallenti in maniera **significativa** il declino del “volume del filtrato glomerulare”

Tuttavia gli studi hanno dimostrato un “effetto certo”:

- ✓ nella riduzione dei sintomi uremici
- ✓ in un miglior controllo delle alterazione metaboliche

“in pazienti ben motivati trattati con una dieta fortemente ipoproteica è possibile posticipare anche di un anno l’inizio della dialisi”

# Vantaggi della terapia dietetica

- ✓ Marcata riduzione della **proteinuria**
- ✓ Migliore controllo dell'**anemia**
- ✓ Migliore controllo della **pressione arteriosa**
- ✓ Migliore controllo di **fosforo e paratormone**

Modelli di Dieta Ipoproteica al seguente link:

[http://alimentazione.fimmg.org/dieta\\_medico\\_paziente.htm](http://alimentazione.fimmg.org/dieta_medico_paziente.htm)

# Terapie farmacologiche

Gli inibitori del SRA riducono la proteinuria e pertanto sono in grado di rallentare la progressione delle nefropatie croniche

L'uso degli inibitori del SRA è limitato da:

- ✓ Età e MRC avanzate
- ✓ Diabete
- ✓ Effetti collaterali (tosse, Iperpotassiemia)
- ✓ Uso associato  $\beta$  Bloccanti e antialdosteronici

# Dieta Ipoproteica e Malnutrizione

- ✓ La Malnutrizione è un fattore prognostico indipendente di morbidità e mortalità; i sintomi gastrointestinali della MRC (nausea, vomito, inappetenza) ne accentuano il rischio.
- ✓ Un programma dietetico attentamente calibrato e monitorato può ridurre il rischio di malnutrizione.

# Terapia nutrizionale nella malattia renale cronica

Clearance Creatinina	Stadio CKD	Sale */**	Grassi Saturi ***	Energia	Fibra alimentare*	Proteine
≥ 90-60 mL/min	1-2	6 g/die	< 7%energia (<10-15 g/die)	Controllo peso	>12-14 g/1000 Kcal (> 20-25 g/die)	1.2-1.0 g/kg/die
60-30 mL/min	3	“	“	Controllo peso	“	0,8 g/kg/die
<30 mL/min	4-5	“	“	Normocalorica (25-30 Kcal/kg/die)	“	≤ 0,6 g/kg/die

\* Quantità consigliate per la popolazione generale

\*\* per i pazienti ipertesi

\*\*\* per i pazienti cardiopatici, dislipidemici (WHO/FAO)

# Il problema della compliance

## Problemi dell'adesione alla terapia dietetica:

- ✓ rinunciare ad alcuni alimenti abituali
- ✓ abituarsi progressivamente agli alimenti aproteici
- ✓ conciliare il regime alimentare con le proprie abitudini lavorative e sociali

*“è possibile ottenere un'adeguata adesione quando si ottiene la comprensione e la soddisfazione del paziente”*

# Dalla compliance alla concordance

*“La medicina basata sull’evidenza mette in risalto il ruolo centrale del paziente nel trattamento”*

- ✓ La “concordance” prevede un ruolo attivo sia del personale sanitario che del paziente nel perseguire l’adesione al trattamento
- ✓ Ruolo centrale di un dietista/dietologo dedicato (ove possibile)



# Successo del trattamento dietetico

Sotto attenta regia del MMG

## Nefrologo

- 1) Selezione del paziente
- 2) Prescrizione corretta
- 3) Controllo frequente
- 4) Affiancamento farmacologico

## Paziente

- 1) Motivazione
- 2) Informazione

## Dietologo

- 1) Personalizzazione
- 2) Educazione alimentare

# Conclusioni

**“L’inserimento dell’Approccio Dietetico  
in una  
Strategia Terapeutica Globale  
contribuisce inequivocabilmente a prevenire,  
ritardare l’insorgenza e migliorare il decorso delle  
complicanze della Malattia Renale Cronica  
(acidosi – iperpotassiemia – iperfosforemia –  
iperparatiroidismo – sintomi uremici)”**