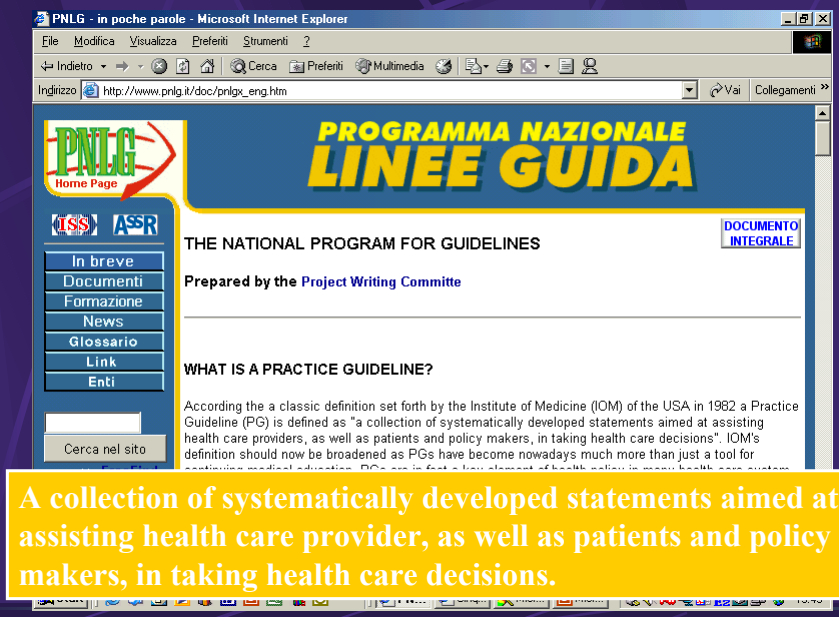
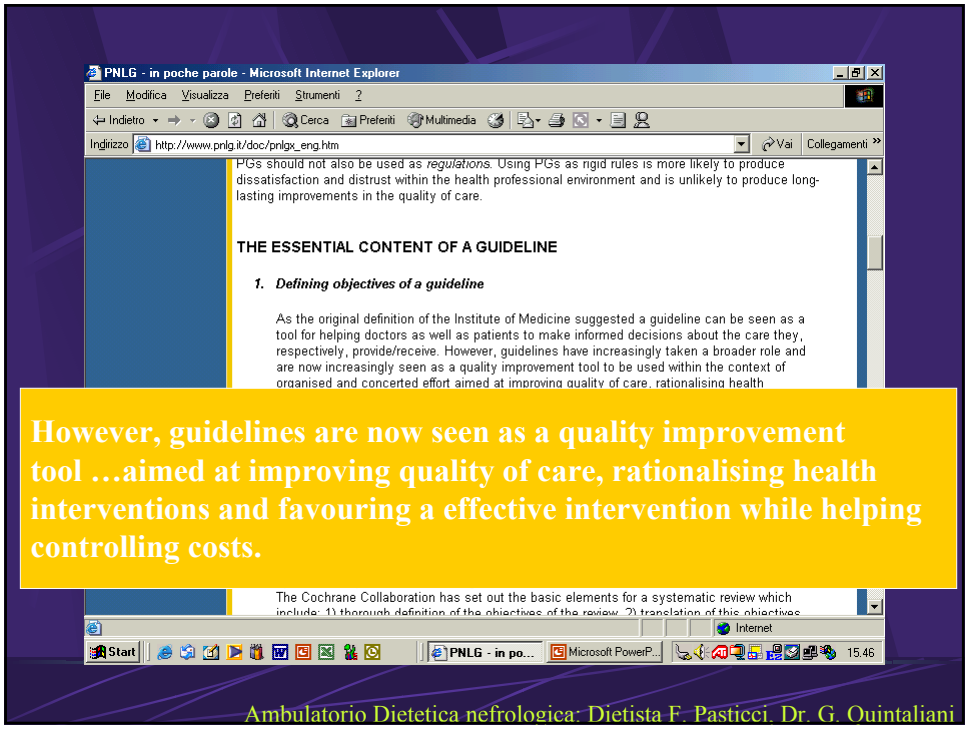
Qual è il ruolo della dieta ipoproteica nella terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica?

Linee Guida a confronto

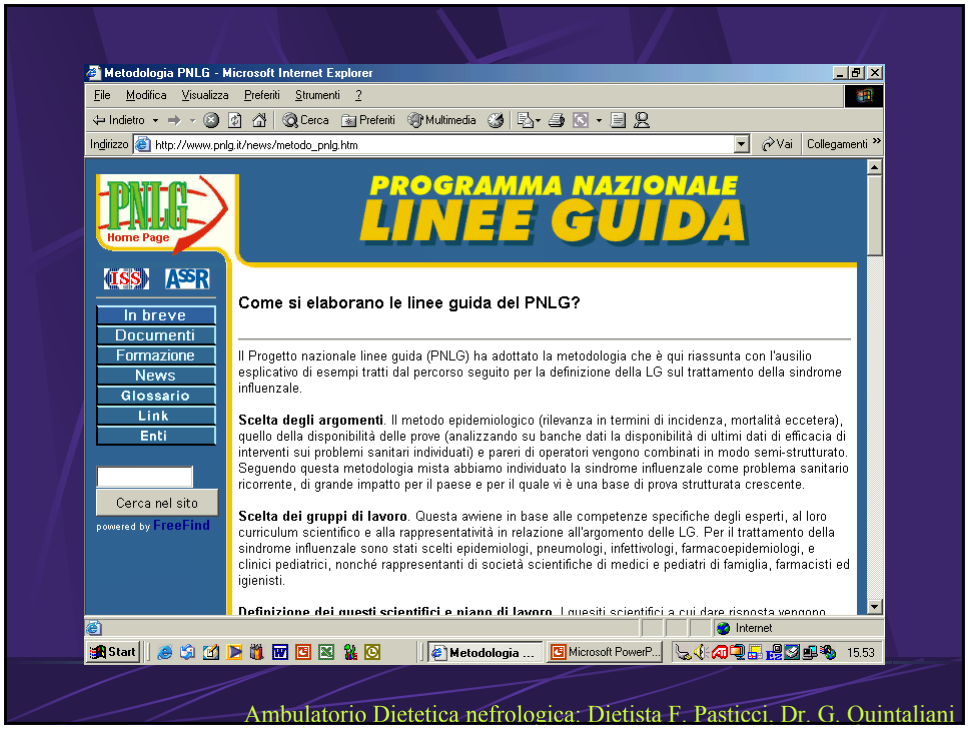
Dietista Franca Pasticci



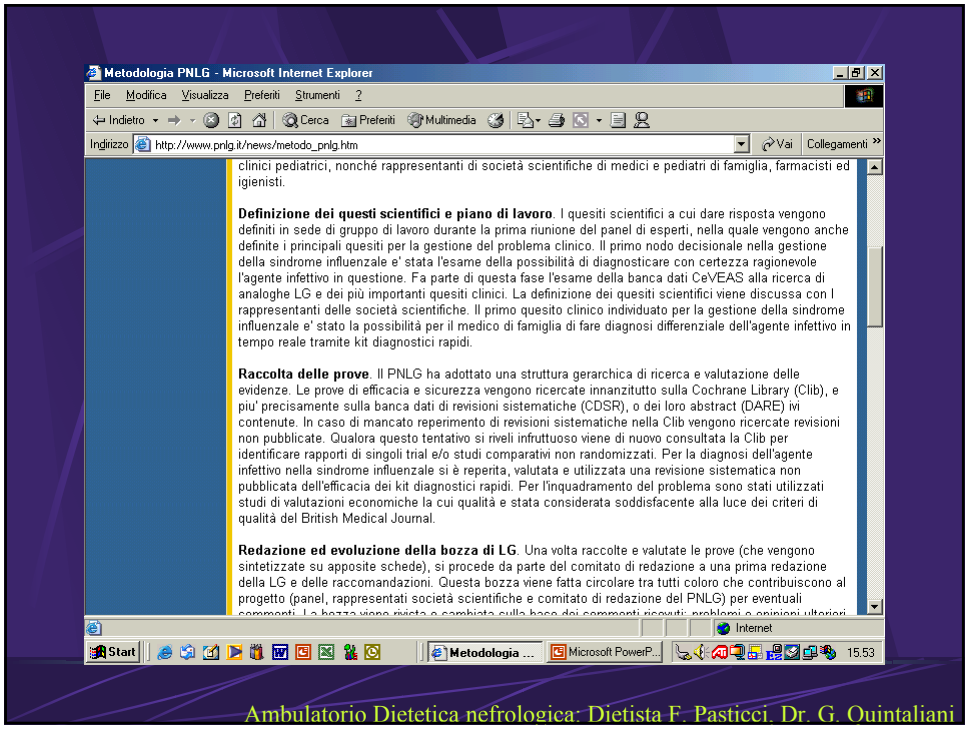
A collection of systematically developed statements aimed at assisting health care provider, as well as patients and policy makers, in taking health care decisions.

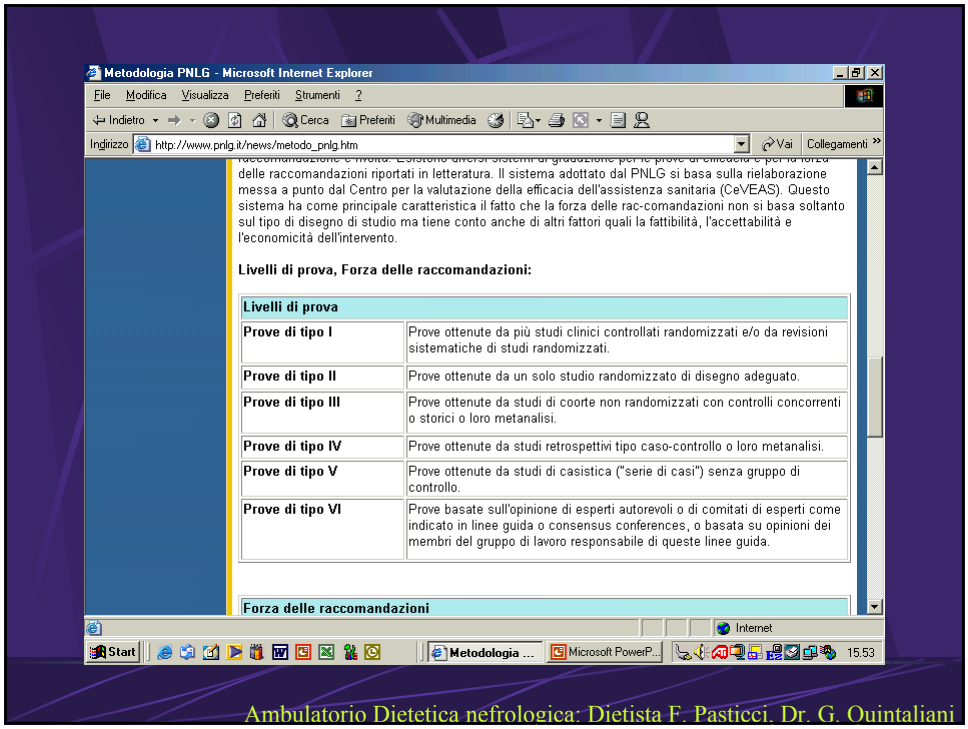


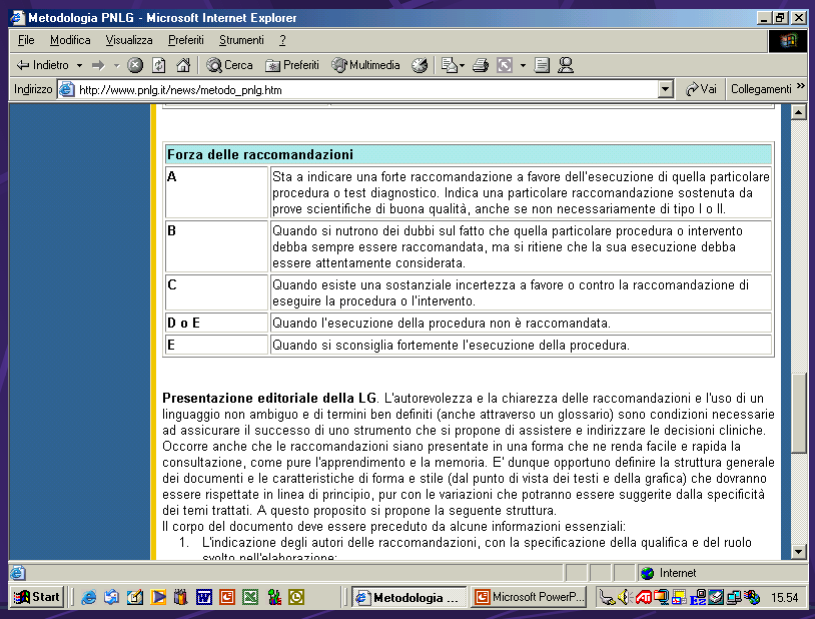
Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci, Dr. G. Quintaliani



Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci, Dr. G. Quintaliani


Metodologia PNLG - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?
Indietro Cerca Preferiti Multimedia
Indirizzo http://www.pnlg.it/news/metodo_pnlg.htm
Vai Collegamenti
clinici pediatrici, nonché rappresentanti di società scientifiche di medici e pediatri di famiglia, farmacisti ed igienisti.
Definizione dei questi scientifici e piano di lavoro. I quesiti scientifici a cui dare risposta vengono definiti in sede di gruppo di lavoro durante la prima riunione del panel di esperti, nella quale vengono anche definite i principali quesiti per la gestione del problema clinico. Il primo nodo decisionale nella gestione della sindrome influenzale e' stata l'esame della possibilità di diagnosticare con certezza ragionevole l'agente infettivo in questione. Fa parte di questa fase l'esame della banca dati CeVEAS alla ricerca di analoghe LG e dei più importanti quesiti clinici. La definizione dei quesiti scientifici viene discussa con I rappresentanti delle società scientifiche. Il primo quesito clinico individuato per la gestione della sindrome influenzale e' stato la possibilità per il medico di famiglia di fare diagnosi differenziale dell'agente infettivo in tempo reale tramite kit diagnostici rapidi.
Raccolta delle prove. Il PNLG ha adottato una struttura gerarchica di ricerca e valutazione delle evidenze. Le prove di efficacia e sicurezza vengono ricercate innanzitutto sulla Cochrane Library (Clib), e piu' precisamente sulla banca dati di revisioni sistematiche (CDSR), o dei loro abstract (DARE) ivi contenute. In caso di mancato reperimento di revisioni sistematiche nella Clib vengono ricercate revisioni non pubblicate. Qualora questo tentativo si riveli infruttuoso viene di nuovo consultata la Clib per identificare rapporti di singoli trial e/o studi comparativi non randomizzati. Per la diagnosi dell'agente infettivo nella sindrome influenzale si è reperita, valutata e utilizzata una revisione sistematica non pubblicata dell'efficacia dei kit diagnostici rapidi. Per l'inquadramento del problema sono stati utilizzati studi di valutazioni economiche la cui qualità e stata considerata soddisfacente alla luce dei criteri di qualità del British Medical Journal.
Redazione ed evoluzione della bozza di LG. Una volta raccolte e valutate le prove (che vengono sintetizzate su apposite schede), si procede da parte del comitato di redazione a una prima redazione della LG e delle raccomandazioni. Questa bozza viene fatta circolare tra tutti coloro che contribuiscono al progetto (panel, rappresentati società scientifiche e comitato di redazione del PNLG) per eventuali
Internet
Start
Metodologia ...
Microsoft PowerP...
15.53


Metodologia PNLG - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?
Indietro Cerca Preferiti Multimedia
Indirizzo http://www.pnlg.it/news/metodo_pnlg.htm
Vai Collegamenti
delle raccomandazioni riportati in letteratura. Il sistema adottato dal PNLG si basa sulla rielaborazione messa a punto dal Centro per la valutazione della efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS). Questo sistema ha come principale caratteristica il fatto che la forza delle rac-comandazioni non si basa soltanto sul tipo di disegno di studio ma tiene conto anche di altri fattori quali la fattibilità, l'accettabilità e l'economicità dell'intervento.
Livelli di prova, Forza delle raccomandazioni:
Livelli di prova
Prove di tipo I
Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
Prove di tipo II
Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
Prove di tipo III
Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
Prove di tipo IV
Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
Prove di tipo V
Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.
Prove di tipo VI
Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o consensus conferences, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee guida.
Forza delle raccomandazioni
Internet
Start
Metodologia ...
Microsoft PowerP...
15.53

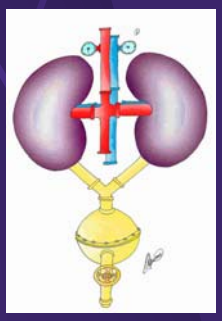


Nonostante gli sforzi compiuti per la stesura delle Linee Guida, ben poco è stato fatto per incoraggiare il loro impiego. ***Locatelli 2000***

- **PLAN: valutazione dei sistemi in uso e verifica se attengono alle linee guida. Quindi modifica della pratica in direzione di un miglioramento dei risultati.**
- **DO: impiego pratico delle Linee guida**
- **STUDY: i risultati clinici derivanti dalla nuova pratica vengono misurati per verificare se hanno prodotto un miglioramento.**
- **ACT: in base ai risultati si effettuano le necessarie rifiniture. Kliger 1999**

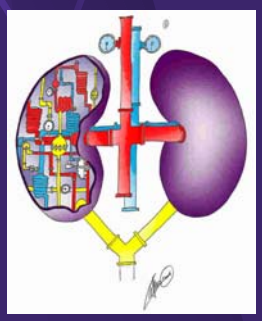
La dieta in conservativa

- L'anoressia è uno dei sintomi comuni
- i pazienti sono a rischio di malnutrizione
- sono presenti complicanze metaboliche



Scopi della dieta

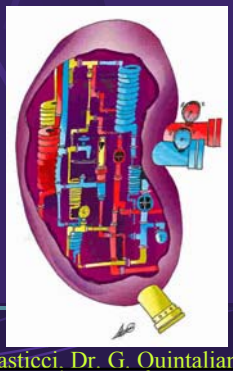
- Limitare la produzione dei prodotti di scarto
- prevenire le complicanze metaboliche
- mantenere lo stato nutrizionale
- ritardare la progressione



Pro-contro

Low protein diet in the conservative management of renal patients: NKF/DOQI say YES, what do you say?

- **G.Hartley**
- **A.M. Sowerbutts**



Energia

EDTNA/ERCA

- **Occorre definire le richieste energetiche per: promuovere un peso ideale/prevenire la malnutrizione.**
- **Adeguato apporto energetico = bilancio azotato positivo. !!! se l'intake proteico è ristretto.**
- **Richieste energetiche simili a quelle della popolazione generale.**
- **La dieta con 35 kcal/kg/die mantiene l'albumina e gli indici antropometrici.**
- **Individui sedentari / > 60 anni - 30 kcal/kg/die.**
- **Precoce intervento e regolare counseling dietetico.**

The recommended DEI for individuals with chronic renal failure (CRF; GRF <25 mL/min) who are nor undergoing maintenance dialysis is 35 kcal/kg/d for those who are younger than 60 years old and 30-35 kcal/kg/d for individuals who are 60 years of age or older (*Evidence and Opinion*)

The dietitian/nutrition advisor will advice the pre-dialysis patients on an appropriate energy intake of 35 kcal/kg IBW/day. Reduced intakes (30-35 kcal/kg IBW/day may be appropriate in the elderly and/or with reduced activity (*Evidence and Agreed best practice*)

Energy requirements in CRF can be calculated in the normal, standardised way. In the absence of contraindications such malnutrition, the principles of healthy eating regarding macronutrients, fibre and sodium should be promoted and the advice calorie intake should help to achieve ideal body weight.

Kilocalories – individualized to maintain reasonable weight; use basal energy expenditure X activity factor (1,2-1,3) + stress factor; or use 35 kcal/kg IBW or adjusted weight.

Proteine

- In corso di IRC sono evidenti anormalità del metabolismo proteico ed aminoacidico, per esempio: acidosi metabolica, iperparatiroidismo, resistenza all'effetto anabolico dell'insulina.
- Altri stress metabolici sono in relazione a malattie comorbide come diabete, infezioni.
- Spesso si assiste alla riduzione spontanea dell'apporto proteico.
- Diversi studi indicano che la riduzione delle proteine alimentari riduce la progressione della IRC

For individuals with CRF (GFR<30mL/min) the institution of a planned low-protein diet providing 0,60 g protein/kg/d should be considered. For individuals who will not accept such a diet or who are unable to maintain adequate DEI, an intake of up to 0,75 g protein/kg/d may be prescribed. ***At least 60% of HBV*** ***(Evidence and Opinion)***

The dietitian/nutrition advisor will educate the pre-dialysis patient on an appropriate dietary protein intake of 0,6-1,0 g/kg IBW/day *If < 0,8.* *At least 55% of HBV*
(Evidence % Agreed best practice)

The dietitian educates the patient on the necessity of meeting protein requirement and on appropriate sources of protein in order to supply the correct balance of amino acids without exascerbating hyperlipidaemia or hyperphosphatemia. 0,6-1 g/kg

At least 60% of protein intake should be comprised from foods of HBV.

Protein - based on creatinine clearance, GFR, urinary protein losses
0,6 to 1 g/kg/IBW or adjusted wieght.
50% from HBV proteins
fats for lipid abnormalities: fats, cholesterol and CHO adjusted per severity of risk factor

Fosforo

600-1000 mg/day (19-31 mmol/day)

individualized (8-12 mg/kg/IBW)

0,3-0,55 mmol/kg/day

N/D

Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

Potassio

2000-2500 mg/d (1mmol/kg/IBW)

individualized per lab values

< 1 mmol/kg/d

N/D

Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

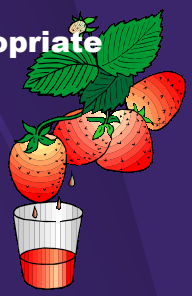
Liquidi

Reduced if oedematous or medically indicated

As desired to maintain appropriate hydration status

N/D

N/D



Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

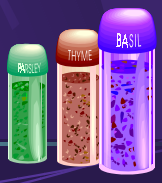
Sodio

1800-2500 mg/day - individually managed

Individualized or 1-3g/day

80-100 mmol/day - individually managed

N/D



Vitamine e sali minerali

Rimane argomento di dibattito.

!! alla riduzione degli intake

!! alla interazione con la terapia

vitamina D

Composizione della dieta per pazienti con IRC (CrCl<60ml/min)

proteine	0,7 g/kg/IBW - 75% HBV
glucidi	60% delle calorie (zuccheri complessi, alimenti a basso indice glicemico)
lipidi	30% delle calorie totali (acidi grassi polinsaturi:saturi > 1,2; col 300-350 mg/die)
calorie	> 35 Kcal/kg peso ideale /die
potassio	introito libero per VFG > 10 mil/min
sodio	2-4 g/die

Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

Dieta con proteine complementari

Energia 35 kcal / IBW

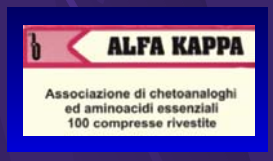
Proteine 0,7g / kg /die	**Potassio 1.09 mEq / kg /die**
Lipidi 26 %	**Fosforo 550-600 mg /die**
Glicidi 66 %	

Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

Dieta vegetariana supplementata

Raccomandazione (C)
rischio malnutrizione

proteine	0,3 g/kg/IBW
calorie	35/kg/IBW
fosforo	300-400 mg/die
potassio	1 mEq/kg/die
sodio	0.15 mEq/kg/die
cheto-analoghi	



Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

Sindrome nefrosica

Raccomandazione B

proteine	0,7-0,8 g/kg + 1 g/grammo proteine urinarie; consigliato uso della soia
calorie	mantenimento IBW
carboidrati	60% calorie totali; complessi 45-50%
lipidi	25-28% calorie totali; ac. grassi saturi 4-5%; moninsaturi 10-12%; polinsaturi 8-10%
colesterolo	< 50-100 mg/die
fibra	30-40 g/die
sodio	800-900 mg/die

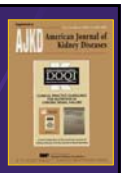
Ambulatorio Dietetica nefrologica: Dietista F. Pasticci. Dr. G. Quintaliani

Panels of Nutritional Measures for Nondialyzed Patients

Guideline 23

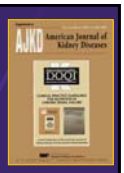
For individuals with CRF (GFR <20 mL/min) protein-energy nutritional status should be evaluated by serial measurements of a panel of markers including at least one value from each of the following clusters: (1) serum albumin; (2) edema-free actual body weight, percent standard (NHANES II) body weight, or subjective global assessment (SGA); and (3) normalized protein nitrogen appearance (nPNA) or dietary interviews and diaries. *(Evidence and Opinion)*

Appendix IV. Role of the renal dietitian



Implementation of many of the guidelines concerning nutritional assessment (anthropometry, subjective global assessment, dietary interviews and diaries, and integration of the results of nutritional measurements) **and nutritional therapy** (developing a plan for nutritional management, counseling the patient and his/her family on appropriate dietary protein and energy intake, monitoring nutrient intake, educational activities, and encouragement to maximize dietary compliance) **is best performed by an individual who is trained and experienced in these tasks. Although occasionally a physician, nurse, or other individual may possess the expertise and time to conduct such activities, a registered dietitian, trained and experienced in renal nutrition, usually is best qualified to carry out these tasks**.

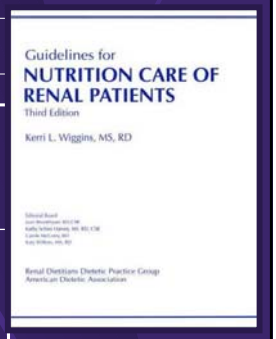
Appendix IV.
Role of the renal dietitian

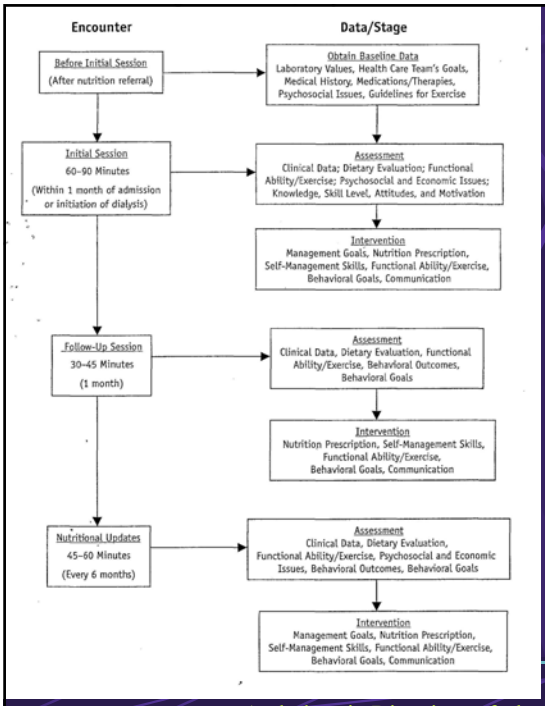


Here appears to be a general sense among renal dietitians, based on experience, that **an individual dietitian should be responsible for the care of approximately 100 MD patients** but almost certainly **no more than 150 patients** to provide adequate nutritional services to these individuals. Because, in many dialysis facilities, the responsibilities of the renal dietitian are expanded beyond the basic care described in these guidelines (eg, monitoring protocols and continuous quality improvement), these facilities should consider a higher ratio of dietitians to patients.

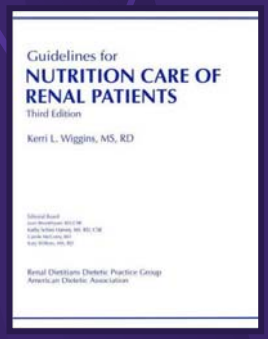
Summary of nutritional care

Encounter	Length of contact	Intervals between encounter
Initial	60-90 minutes	within 1 months of referral
Follow-up	30-45 minutes	3-4 weeks or as necessary
Nutritional update	45-60 minutes	quarterly





Flow chart



Conclusioni

Un aspetto importante delle Linee Guida è che sottolineano le aree di incertezza scientifica in maniera esplicita.

In queste aree di incertezza le decisioni del medico dettate dall'esperienza e dalla "sua saggezza clinica" sono insostituibili.

Prof. C. Ponticelli