

# Uremia cronica e nutrizione

# La terapia dietetica dell'IRC

I fini della terapia dietetica sono:

- mantenere un buono stato nutrizionale e una buona crescita staturale
- minimizzare l'effetto delle tossine uremiche
- ritardare la progressione dell'IRC
- limitare la mortalità cardiovascolare

# Dieta e IRC in bambini

- I tentativi di manipolazione dietetica sono più difficili, in perché i bambini hanno comportamenti alimentari più variabili e meno influenzati dalla volontà
- Inoltre si hanno **problemi specifici**
  - Accrescimento staturò-ponderale
  - Metabolismo osseo
  - Sviluppo psicomotorio

# L'accrescimento

- Per ottenere un adeguato accrescimento staturoponderale devono essere evitate carenze nutrizionali precoci
- E' fondamentale un adeguato apporto calorico
- Talvolta è necessaria la nutrizione forzata

# Strategie di alimentazione

Per i bambini uremici anoressici possono essere usate metodiche di nutrizione artificiale per assicurare un'adeguata alimentazione

- Nutrizione per tubo naso–gastrico
- Nutrizione tramite gastrostomia (PEG)
- Supplementazione calorica con prodotti modulari
- Nutrizione Parenterale ciclica

# La dieta: le calorie

- L'introito calorico dovrebbe essere superiore almeno del 10 % ai RDA
- In una dieta ipoproteica, è necessaria la supplementazione con grassi e carboidrati (trigliceridi a catena media, acidi grassi polinsaturi o carboidrati complessi)

# La dieta: le calorie

- 100/Kcal/die fino a 3 anni
- 90/Kcal/die fino a 6 anni
- 70/Kcal/die fino a 10 anni
- 47 - 55/Kcal/die fino a 14 anni
- 38 - 45/Kcal/die fino a 18 anni

# La dieta: le proteine

- Nei bambini gli introiti proteici non devono essere inferiori al RDA (non sono stati dimostrati effetti benefici sulla crescita di diete in cui l'apporto proteico era di 0,8 – 1,1 g/Kg/die).

Arch. Dis. Child. 1993; 68: 371

# La dieta: le proteine

- **Lattanti** con IRC alimentati con formule aventi un apporto proteico di 1,4 g/Kg/die crescono più lentamente di coetanei alimentati con 2,4 g/Kg/die

Uuay R et al *Pediatr Nephrol* 1994; 8:45

# La dieta: le proteine

2.2 g/Kg/die fino a 1/2 anno

1.6 g/Kg/die fino a 1 anno

1.2 g/Kg/die tra 1 e 6 anni

1.1 g/Kg/die tra 7 e 10 anni

1 g/Kg/die tra 11 e 14 anni

0.8 – 0.9 g/Kg/die tra 15 e 18 anni.

# Vantaggi della dieta ipoproteica

- Riduzione dell'acidosi
- Riduzione dell'apporto di fosforo con minori effetti sull'osteodistrofia
- Riduzione dell'anemia

# La dieta: il sodio

- I bambini con uropatia ostruttiva e danno tubulare distale, hanno una perdita obbligata di sodio elevata
- Sono predisposti alla contrazione del volume extracellulare che nel tempo causa un difetto di crescita
- Occorre pertanto una supplementazione di sodio nella dieta

# L'acqua

- L'equilibrio idrico è mantenuto fino alle fasi più avanzate dell'IRC
- Nella precoce IRC è spesso perduta la capacità di concentrazione urinaria
- Nell'IRC avanzata è perduta la capacità di diluizione
- Pertanto l'apporto di liquidi nell'evoluzione dell'IRC è soggetto a variazioni

# La dieta iperconservativa

E' definita dieta iperconservativa una dieta che contempra un apporto proteico ulteriormente ridotto rispetto alle quantità raccomandate

1,2-1,5 g/Kg/die fin dal primo anno di vita

Applicabile per ritardare il trattamento sostitutivo

# La dieta iperconservativa

Un approccio nutrizionale aggressivo è possibile solo quando:

- La malattia renale non è rapidamente progressiva
- Non c'è ritenzione idrosalina e/o ipertensione
- Il bambino accetta la dieta e in questo un ruolo decisivo appartiene ai genitori con l'assistenza di un esperto dietista

# La dialisi

- Il trattamento dialitico è in grado di sostituire soltanto e parzialmente la funzione emuntoria del rene
- La dieta deve quindi essere continuata anche se l'apporto proteico può essere più elevato
- Nell'IRC l'apporto di liquidi deve essere limitato in ogni caso

