

Document de consens
per a l'**abordatge** comunitari
de la **desnutrició**
relacionada amb la **malaltia**
crònica en persones
amb complexitat clínica



ppac | pdss

programa de prevenció i
atenció a la cronicitat pla
director sociosanitari

Document de consens

per a l'**abordatge** comunitari
de la **desnutrició**
relacionada amb la **malaltia**
crònica en persones
amb complexitat clínica

Barcelona, 2020



Generalitat
de Catalunya

/Salut

Alguns drets reservats

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 internacional.

La llicència es pot consultar a:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Figures i resum visual

Jordi Amblàs Novellas

Disseny gràfic

Víctor Oliva

Edició

Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut

1a edició

Barcelona, juliol de 2020

Assessorament lingüístic

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Revisió corporativa

Oficina de Comunicació

Núm. de registre

81.471

Coordinadores i autors del treball

- Rosa Burgos Peláez
- Clara Joaquín Ortiz

Promotors del projecte

- Carles Blay Pueyo. Metge de Família de l'ICS
- M. Assumpció González-Mestre. Infermera
- Albert Ledesma Castelltort. Metge família de l'EAP de Vic Sud

Revisors

Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)

i Pla director sociosanitari (PDSS). Departament de Salut

- Jordi Amblàs Novellas
- Paloma Amil Bujan
- Ignasi Bocanegra Barrufet
- Íngrid Bullich Marín
- Joan Carles Contel Segura
- Esther Gil Sánchez
- Gemma Giráldez Navas
- Eva M. Melendo
- Victòria Mir Labalsa
- Sebastià J. Santaeugènia González

Institut Català de la Salut (ICS)

- Anna Ríos

Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE)

- Rosa Burgos Peláez
- Clara Joaquín Ortiz
- Cleofé Pérez-Portabella

Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC)

- Nuria Aznar
- M. Ángeles Costa Menen
- Guadalupe Figueiras
- M. Dolors Gómez Priego
- Silvia González Rodríguez
- Toni Granados Granados

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)

- Inmaculada Gil
- Elena Zurilla

Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya (CoDiNuCat)

- Nancy Babio
- Grup de Nutrició Clínica del CoDiNuCat
- Victoria Avilés Parra
- Cristina Romagosa Vives de la Cortada
- Mariona Martín

Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG)

- Silvia de la Cuevas
- Francesc Riba

Societat Catalanoblear de Medicina Interna (SCBMI)

- Emilio Sacanella
- Ferran Nonell

Societat Catalana de Cures Pal·liatives

Anna Libran

Societat Catalana d'Endocrinologia i Nutrició

- Pere Leyes
- María José Carrera

Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT)

- Jaume Serra

Universitat de Vic-UCC

- Cristina Vaqué

Altres col·laboradors

- Neus Blancas Bernuz. Infermera. ICS.
- Carme Cabot. Infermera de l'Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat.
- Toni Calero. Treballador social sanitari. ICS.
- Inma García Joaquim. Treballadora social sanitària. ICS.
- Emma Gispert. Infermera del PADES. Nou Barris, Barcelona.
- Jessica Moya. Infermera de residència. Grup Mutuam.
- Anna Pibernat. Infermera de l'Hospital Universitari Josep Trueta, Girona.
- Mar Peña Ocaña. Treballadora social. ICS.
- Juan Manuel Rivera Puerto. Treballador social.
- Ester Sarquella Casellas. Tunstall Healthcare.
- Ainhoa Torner. Infermera residència. Grup Mutuam

Grup de discussió

Estratègia d'abordatge comunitari de la desnutrició en persones en situació de complexitat clínica

- Laura Ferré. Programes d'Ajut a Domicili i Suport a les Famílies de la Creu Roja de Catalunya.
- Maria Gil Amaya. Treballadora social. Ajuntament Mataró.
- Laura Mayenco. Treballadora social. Residència Riudeperes.
- Margarita Méndez. Sub-secció d'Assistència Sanitària dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona.
- Conxita Peña. Consorci de Serveis Socials. Col·legi Oficial Treball Social de Catalunya
- Maria del Mar Peña Ocaña. Treballadora social. ICS
- Juan Manuel Rivera. Treballador social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Georgina Tomàs. Direcció General de Serveis Socials del Departament TASF.
- Ana Calvet. Infermera del Centre de Dia Sant Andreu.
- Núria Viñas. Treballadora social del Consell Comarcal d'Osona.

Índex

Resum executiu	8
Resum visual	9
1. Introducció	10
1.1 Desnutrició relacionada amb la malaltia	10
1.2 Beneficis de l'abordatge nutricional	12
2. Metodologia de treball i resultats	13
2.1 Elaboració del consens professional	13
2.2 Estudi epidemiològic de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en població amb cronicitat complexa	15
3. Proposta de consens / pla d'acció	17
3.1 Cribratge de desnutrició	17
3.2 Diagnòstic de desnutrició	18
3.3 Diagnòstic situacional / valoració multidimensional de les persones en situació de desnutrició	20
3.4 Pla d'intervenció nutricional	21
3.5 Registre i monitoratge	24
3.6 Reavaluació	24
3.7 Criteris de derivació a les unitats de nutrició de referència	25
4. Indicadors	26
4.1 Indicadors de procés	26
4.2 Indicadors de resultat	26
5. Bibliografia de suport	27
6. Annexos	32
Annex 1: Test EAT-10	32
Annex 2: Indicadors socials de risc (TIRS)	33
Annex 3: Fitxa tècnica d'indicadors de projecte	34
Annex 4: Recomanacions dietètiques per enriquir l'alimentació	37

Resum executiu

Què vol promoure aquest document?

- Vol promoure la **detecció de situació de desnutrició** en persones amb necessitats complexes d'atenció o pacients crònics complexos (**PCC**)
- Vol facilitar, des d'una perspectiva multidimensional i interdisciplinària, **intervencions i respostes efectives i individualitzades** als PCC en situació de desnutrició.

Per què és important?

- Perquè realitza una **proposta basada en l'evidència i pragmàtica** -tan a nivell individual com operatiu- a un problema prevalent i amb alt impacte en els resultats de salut i en la qualitat de vida de les persones, així com a nivell de costos econòmics.
- Perquè és fruit del **consens** de múltiples professionals i societats científiques.

Com es proposa portar-ho a terme?

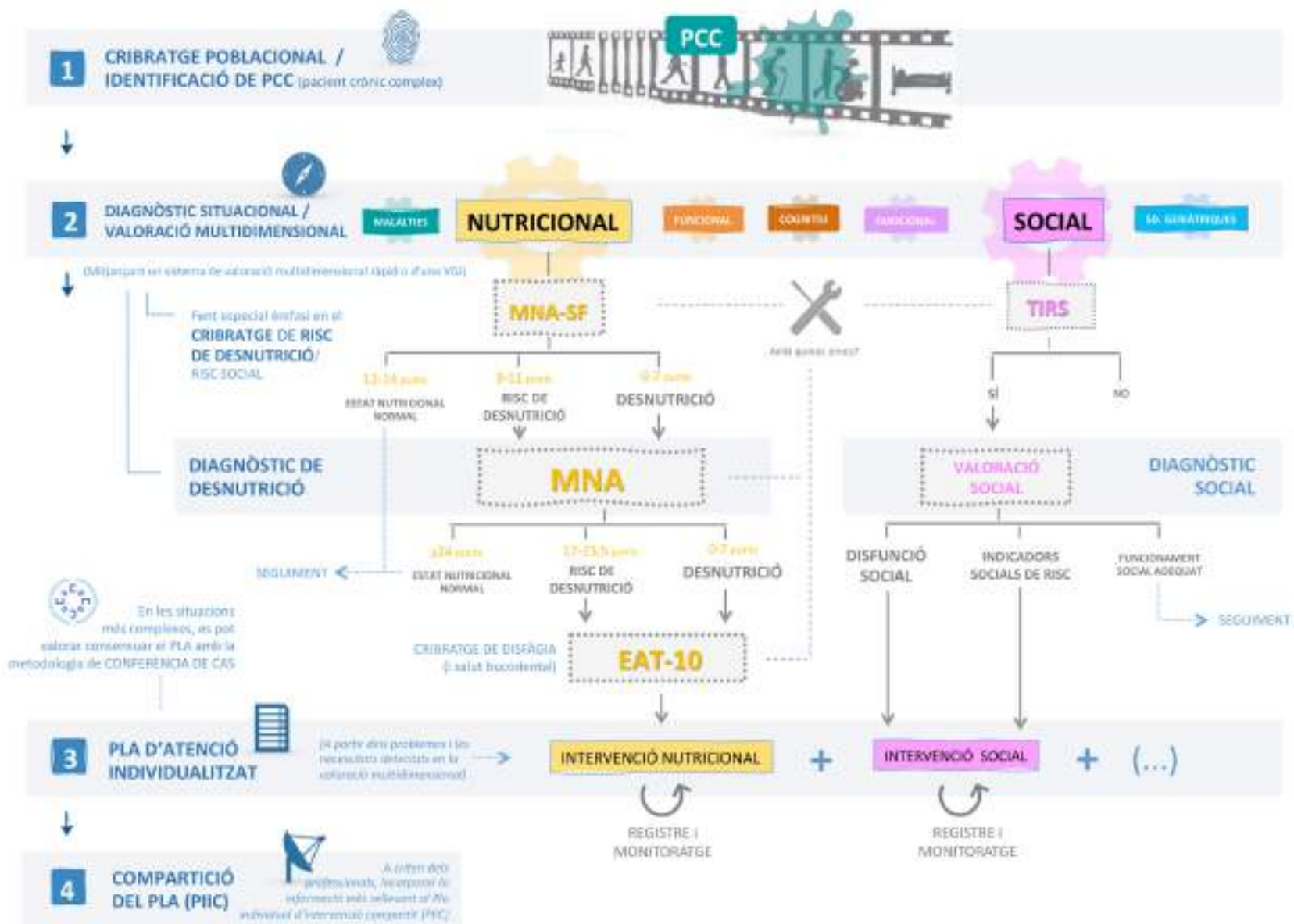
- Mitjançant una **proposta d'acció en 4 etapes**: cribatge i diagnòstic de desnutrició, avaluació multidimensional, pla d'intervenció (en 2 etapes) i registre / monitoratge.
- Es proposa vehicular la implementació i seguiment d'aquesta proposta en context de les **rutes assistencials de complexitat**.

Quin és l'impacte esperable?

- L'objectiu final és el de **millora de l'estat nutricional** de les persones amb necessitats complexes d'atenció o pacients crònics complexos (**PCC**).
- Això requerirà d'un **increment de la detecció de PCC** amb criteris de **desnutrició**, així com del nombre de plans d'intervenció específics.

Resum visual

CONSENS per a l'ABORDATGE COMUNITARI de la DESNUTRICIÓ en PCC



1. Introducció

En les darreres dècades, el sistema sanitari català ha evolucionat notablement en la detecció i el maneig dels problemes crònics de salut que tenen més prevalença. Per aquest motiu, i d'una manera progressiva, ha anat creixent el nombre de persones a les quals s'ha detectat multimorbiditat i la necessitat de gestió complexa i compartida entre els diferents professionals involucrats en la seva cura. En aquest sentit, el pacient crònic complex (PCC) és un dels dos perfils de persones que presenten problemes de salut complexos per als quals s'ha definit un model genèric d'atenció de base territorial i des d'una perspectiva social i sanitària.

1.1 Desnutrició relacionada amb la malaltia

La desnutrició relacionada amb la malaltia (DRM) és un problema comú en tots els nivells de l'atenció sanitària i afecta, fonamentalment, la gent gran i les persones en situació de cronicitat. Les persones desnodrides tenen més risc de morbiditat (sobretot relacionada amb patologia infecciosa), alhora que presenten un increment del risc d'ingrés o reingrés hospitalari, una estada hospitalària més llarga, més necessitat d'accedir a un centre de convallescència un vegada tenen l'alta i un empitjorament de la qualitat de vida. A la comunitat, la desnutrició produeix un empitjorament de la capacitat funcional, i un risc més elevat de caigudes i d'úlceres per pressió.

Algunes publicacions recollides en el projecte “*Más Nutridos*” de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) aporten un conjunt de dades molt interessants pel que fa al dimensionament sobre aquest tema:

1.1.1 Prevalença

- Afecta el 60% de les persones ingressades en institucions/residències i el 40% de les persones hospitalitzades (principalment són persones grans, amb patologies neoplàstiques, respiratòries o cardiovasculars) i al voltant del 5% de la població general.
- A Catalunya, hi ha dos grans estudis epidemiològics de població hospitalitzada (*Planas M et al, unicèntric, i Burgos R et al, multicèntric*). La prevalença de DRM va ser del 26% en el primer estudi i del 31% de les persones ingressades en el segon. En les persones desnodrides hospitalitzades s'incrementa la morbiditat, l'estada hospitalària, la necessitat d'ús de centres de convallescència a l'alta, els reingressos prematurs, i, fins i tot, la mortalitat.

- A la comunitat, disposem de dades de prevalença de desnutrició en la població atesa al programa ATDOM a Barcelona Centre: la prevalença de desnutrició segons el *Mini Nutritional Assessment (MNA)* va ser: un 20,2% de desnodrits; un 51,9% en risc de desnutrició, i només un 27,9% de persones estaven ben nodrides.

1.1.2 Costos econòmics associats a la desnutrició

- La despesa sanitària associada a la desnutrició és elevadíssima, donada la seva prevalença i les conseqüències que comporta. Als països de la Unió Europea, la desnutrició relacionada amb la malaltia s'estima que afecta uns 20 milions de persones, fet que suposa un increment de la despesa sanitària de fins a 120 milions d'euros anuals. En països com el Regne Unit i Irlanda, la despesa generada per la desnutrició relacionada amb la malaltia supera el 10% de la despesa pública en salut i polítiques socials. Als Estats Units, la despesa per DRM s'estima en uns 15,5 bilions de dòlars. A Espanya, el cost addicional estimat per la DRM ha estat d'1,14 bilions d'euros.
- Un percentatge destacat de persones es desnodreixen durant la seva estada hospitalària i aquest subgrup representa els costos més elevats, amb un increment de l'estada mitjana i dels costos (fins a un 50%), relacionat amb l'increment del risc d'infeccions i multimorbiditat. Als hospitals, l'estada mitjana d'una persona anciana desnodrida és d'11 dies, amb un cost mitjà de 4.682 € per estada.
- També condiciona un increment dels ingressos i reingressos.

1.1.3 Resultats de salut associats a la desnutrició

- Nombrosos estudis demostren que, a més de presentar més complicacions, en el cas de les persones desnodrides hi ha un increment de la mortalitat. En estudis equiparats per edat i per complexitat de la malaltia com a factors de confusió, la mortalitat s'incrementa de forma significativa i proporcional al grau de desnutrició.
- La DRM pot produir una afectació en la qualitat de vida associada; d'una banda, en les característiques de les malalties que hi estan relacionades, i també en relació amb la presència de dolor, limitació de la mobilitat, preocupació per la malaltia o la incapacitat per desenvolupar les funcions familiars i/o socials; d'altra banda, hi ha una creixent evidència sobre l'impacte en la qualitat de vida que pot tenir la desnutrició *per se*: una correcta nutrició és essencial per mantenir unes funcions fisiològiques adequades i per a la supervivència, però també intervé en altres aspectes no menys importants: l'alimentació ens aporta plaer organolèptic, té una funció de relació social i estructura les activitats diàries.

1.2 Beneficis de l'abordatge nutricional

En relació amb els estudis cost-efectivitat del tractament nutricional, disposem d'evidències que suporten la necessitat d'un pla d'intervenció nutricional per a les persones desnodrides:

- L'estudi NOURISH va ser un estudi multicèntric, aleatoritzat, controlat amb placebo, en el qual es va avaluar l'eficàcia de l'administració de suplementació nutricional respecte de placebo en persones desnodrides més grans de 65 anys i hospitalitzades per insuficiència cardíaca, infart de miocardi, pneumònia o MPOC. Es va constatar que la mortalitat als 90 dies va ser significativament menor en el grup que va rebre el suplement que en el grup que no el va rebre (4,8% respecte de 9,7%; risc relatiu 0,49; IC 95% (0,27-0,90; $p = 0,018$) i la reducció en mortalitat ja es va objectivar als 30 i als 60 dies. El nombre necessari de pacients a tractar (NNT) amb el suplement nutricional per evitar una mort va ser de 20,3 (IC 95%: 10,9- 121,4).
- Recentment s'ha publicat l'estudi EFFORT (*Effect of early nutritional support on Frailty, Functional Outcomes, and Recovery of malnourished medical inpatients Trial*). Es tracta d'un estudi aleatoritzat, controlat i multicèntric, en què han participat més de 2.000 persones, que ha demostrat que una intervenció nutricional protocol·litzada amb l'objectiu d'assolir els requeriments proteics i calòrics és capaç de reduir la mortalitat de les persones un 35% (*adjusted OR* 0,65 [0,47-0,91], $p = 0,011$), així com fer disminuir en un 21% (*adjusted odds ratio [OR]* 0,79 [95% CI 0,64-0,97], $p = 0,023$) altres complicacions com ara l'ingrés a l'UCI, els reingressos i el deteriorament en estatus funcional a 30 dies. Sens dubte, aquest estudi reforça la importància del cribratge i el tractament precoç de la desnutrició per reduir variables tan importants com la mortalitat.
- En la comunitat, disposem de diversos estudis realitzats al Regne Unit (M. Elia), en què es demostra que la intervenció nutricional pot reduir despeses sanitàries derivades, fonamentalment, d'una disminució de la necessitat d'hospitalització.

2. Metodologia de treball i resultats

Aquest **consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica és una iniciativa del Programa de** prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) i l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC), amb la col·laboració del Col·legi Oficial de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya (CoDiNuCat).

Aquest document és fruit del consens dels professionals que fan atenció directa a les persones, i s'hi incorpora la sensibilitat i la visió dels serveis socials. Es tracta d'una activitat pensada per obtenir propostes factibles de bones pràctiques orientades a les necessitats nutricionals de les persones amb complexitat clínica.

La **visió del Projecte** és:

Totes les persones en situació de cronicitat complexa a Catalunya han de gaudir d'un estat nutricional òptim gràcies a una estratègia de base comunitària –sanitària i social– orientada a la prevenció i el maneig assistencial

Amb aquest objectiu, s'ha portat a terme un treball de consens i dos estudis epidemiològics, dels quals s'han obtingut els resultats que es resumeixen a continuació:

2.1 Elaboració del consens professional

S'han realitzat cinc reunions de treball amb professionals, persones i familiars de diferents àmbits:

2.1.1 Primera reunió de consens del grup nominal

El grup nominal d'experts va identificar 25 propostes de bones pràctiques, encaminades a la prevenció, identificació i tractament de la desnutrició en les persones amb complexitat clínica. En aquesta reunió, hi van participar representants de les associacions científiques dels àmbits de la medicina de família (CAMFiC),

geriatria (SCGG), medicina interna (SCMI), cures pal·liatives (SCBCP), endocrinologia (SCEN) i dietètica (CoDiNuCat), així com representants de treball social, d'infermeria d'hospital i de PADES, gestors de casos i professionals de l'àmbit residencial i de l'Agència Catalana de Salut Pública.

Les propostes identificades es van prioritzar per criteris de rellevància i de factibilitat i, posteriorment, van ser validades per 40 professionals d'infermeria (d'atenció primària i d'hospitals) referents en nutrició. L'exercici de priorització/validació va permetre identificar un decàleg preliminar de propostes.

2.1.2 Revisió del decàleg

Posteriorment, es va promoure la discussió mitjançant grups sistemàtics amb professionals dels serveis socials i per representants dels col·lectius de persones, pacients experts i familiars. Aquesta revisió va permetre la configuració del **decàleg definitiu**, a partir del qual es van construir i desenvolupar les recomanacions de bones pràctiques:

1. Cal sensibilitzar els professionals i familiars sobre la desnutrició i fer formació continuada.
2. S'han d'avaluar i registrar possibles factors de risc per desnutrició (sanitaris i socials)
3. Cal crear una documentació sobre consells dietètics de referència i que aquesta sigui fàcilment accessible i comprensible.
4. Cal valorar la presència de disfàgia en població de risc i donar eines per tenir una bona formació en aquest aspecte.
5. La informació registrada a la història clínica compartida de Catalunya (HCCC) ha de ser clara, operativa i comuna.
6. Cal fer formació sobre la nutrició i donar suport tant a malalts com a cuidadors i persones de referència.
7. S'ha de dur a terme un seguiment regular de les mesures antropomètriques i de la ingesta en aquestes persones.
8. Cal registrar i codificar la desnutrició i les intervencions nutricionals a l'HCCC.
9. Cal fer un cribratge nutricional a totes les persones identificades com a PCC i MACA, i incloure aquesta informació en el Pla d'intervenció individual i compartit (PIIC).
10. S'han d'establir uns objectius nutricionals individuals diferenciats per a PCC i MACA, així com un pla d'actuació.

2.1.3 Segona reunió de consens del grup nominal

La trobada següent va tenir com a objectiu consensuar una proposta estratègica que calia desplegar a partir de les accions identificades en el decàleg (figura 2).



Figura 2. Proposta estratègica per al desplegament de les accions

2.1.4 Tercera reunió de consens del grup nominal

Finalment, es va realitzar una darrera reunió per validar la proposta definitiva amb totes les societats i estaments professionals implicats en el projecte per a l'abordatge de la desnutrició relacionada amb la malaltia en el PCC.

2.2 Estudi epidemiològic de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en població amb cronicitat complexa

S'han realitzat també dos estudis de prevalença de DRM, l'un en l'àmbit comunitari i l'altre en l'àmbit hospitalari:

2.2.1 Estudi de prevalença de DRM en PCC a la comunitat: la cohort d'Osona

Per intentar conèixer la prevalença de desnutrició i risc nutricional en les persones que es troben en situació de cronicitat i complexitat clínica que viuen a la comunitat, es va dissenyar un estudi prospectiu poblacional i multicèntric. L'estudi s'ha dut a terme a la comarca de l'Osona, i s'hi ha avaluat la prevalença de desnutrició en els PCC estables que viuen al seu domicili, i els factors socials i sanitaris que poden intervenir en el desenvolupament de desnutrició. L'estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIm) de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals i pel Comitè Ètic d'Investi-

gació (CEI) de l'IDIAP. Un total de 401 PCC han participat en l'estudi, previ consentiment informat i signat. Segons el resultat de l'MNA, només un 47% de les persones tenen un bon estat nutricional, mentre que un 46,8% es troben en risc nutricional i un 6,2% estan desnodrides.

Els factors de risc social i sanitari que influeixen en l'aparició de desnutrició o risc nutricional són: el risc social (avaluat a través del TIRS), la dependència, a través de valoració d'activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària amb els instruments Barthel i Lawton, respectivament, la disfàgia i la necessitat de ser atès al domicili (programa ATDOM).

2.2.2 Estudi de prevalença de DRM en PCC hospitalitzats

Per tal de fer una aproximació a la magnitud del problema de la DRM en els PCC en l'àmbit hospitalari, el 29 juny de 2015 es va realitzar en els serveis d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Germans Trias i Pujol i de l'Hospital Vall d'Hebron un estudi observacional transversal de tots els PCC adults ingressats en un llit d'hospitalització d'aguts convencional. A totes les persones, identificades a l'HCCC com a PCC, se'ls va efectuar una avaluació nutricional mitjançant el *Nutritional Risk Screening* (NRS)-2002 i el *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Posteriorment, es va valorar l'estada hospitalària i la destinació a l'alta, així com la mortalitat i la taxa de reingressos als cinc mesos de l'alta hospitalària.

Es va constatar que el 86,6% dels PCC presentaven desnutrició o risc nutricional durant l'ingrés (49,5% risc nutricional i 37,1% desnutrició, segons el MNA). La desnutrició en aquestes persones es va associar a una major mortalitat durant l'ingrés (16,7% vs. 1,6%) i als cinc mesos de l'alta hospitalària (30,5% vs. 9,8%), així com a més necessitat de recursos socio-sanitaris a l'alta (41,8% vs. 22,9%).

Com a conclusió de tot el treball realitzat, es pot afirmar que la prevalença de risc nutricional/desnutrició dels PCC a la comunitat és elevada, i que les implicacions relacionades amb el pronòstic evolutiu dels pacients crònics amb complexitat desnodrids són moltes i molt importants. Aquest fet justifica l'elaboració d'un pla d'actuació nutricional per a aquestes persones.

3. Proposta de consens /Pla d'acció

Per a totes les persones prèviament identificades com a PCC, caldrà efectuar les accions següents (vegeu resum visual de la pàgina 8).

3.1 Cribatge de desnutrició

A totes les persones identificades com a PCC, se'ls haurà de realitzar, com a part de la valoració integral, un cribatge nutricional per tal d'identificar les que estiguin desnodrides o presentin risc de desnutrició, cosa que permetrà dur a terme una intervenció precoç i evitar un major deteriorament.

Aquest cribatge nutricional es pot dur a terme en el context d'una valoració multidimensional (actualment, a Catalunya s'està treballant en el consens d'un sistema de valoració multidimensional ràpida per a persones en condició de complexitat o en situació de fragilitat, basat en preguntes *trigger*) i/o amb una eina específica de cribatge nutricional.

Les eines de cribatge nutricional són eines senzilles, amb elevada sensibilitat per detectar precoçment la desnutrició o el risc de patir-la. Tot i que hi ha moltes eines descrites i validades, per a la població d'edat avançada, l'eina més apropiada és el *Mini Nutritional Assessment*, en la seva versió curta (MNA-SF) (figura 2). La primera part de l'MNA serveix com a eina de cribatge nutricional.

Cribatge	
A. Ha perdut la gana? Ha menjat menys per manca de gana, problemes digestius, dificultats de masticació o deglució en els últims mesos?	0= ha menjat molt menys 1= ha menjat menys 2= ha menjat igual
B. Pèrdua recent de pes (< 3 mesos)	0 = pèrdua de pes > 3 kg 1 = no ho sap 2 = pèrdua de pes entre 1kg i 3kg 3 = no hi ha hagut pèrdua de pes
C. Mobilitat	0 = llit a la cadira 1 = autonomia en l'interior 2 = surt del domicili
D. Ha tingut una malaltia aguda o situació d'estrès psicològic en els últims 3 mesos?	0 = sí 2 = no
E. Problemes neuropsicològics	0 = demència o depressió greu 1 = demència o depressió moderada 2 = sense problemes psicològics
F. Índex de massa corporal (IMC = pes / alçada² en kg/m²)	0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23

Figura 3. Apartat de cribatge del *Mini Nutritional Assessment* (MNA-SF) (màxim 14 punts)

Interpretació:

- ≥ 12 punts: normal, no cal seguir l'avaluació.
- ≤ 11 punts: possible risc de desnutrició. Continuar l'avaluació.

3.2 Diagnòstic de desnutrició

Si el cribatge nutricional és positiu (≤ 11 punts), s'ha de prosseguir el test per tal de confirmar la sospita de desnutrició o risc nutricional, alhora que obtindrem dades per orientar l'abordatge nutricional (figura 4):

Avaluació							
G. El pacient viu independent al seu domicili?	1 = sí 0 = no						
H. Pren més de tres medicacions al dia?	0 = sí 2 = no						
I. Úlceres o lesions cutànies?	0 = sí 1 = no						
J. Quants àpats complerts fa al dia (equivalent a més de dos aliments o plats en cada àpat)	0 = 1 àpat 1 = 2 àpats 2 = 3 àpats						
K. • Consumeix el pacient productes làctics al menys una vegada al dia? • Consumeix el pacient ous o llegums una o dues vegades a la setmana? • Consumeix el pacient carn, peix o aus diàriament?	<table> <tr> <td>Sí No</td><td>0 = < 2 sí</td></tr> <tr> <td>Sí No</td><td>0.5 = 2 sí</td></tr> <tr> <td>Sí No</td><td>1 = 3 sí</td></tr> </table>	Sí No	0 = < 2 sí	Sí No	0.5 = 2 sí	Sí No	1 = 3 sí
Sí No	0 = < 2 sí						
Sí No	0.5 = 2 sí						
Sí No	1 = 3 sí						
L. Consumeix fruites i verdures almenys dues vegades al dia?	0 = no 1 = sí						
M. Quants gots d'aigua o d'altres líquids beu al dia? (aigua, suc, cafè, té, llet, vi, cervesa, etc.)?	0 = menys de 3 gots 0.5 = de 3 a 5 gots 1 = més de 5 gots						
N. Forma d'alimentar-se	0 = necessita ajuda 1 = s'alimenta amb dificultat 2 = s'alimenta sense dificultat						
O. Es considera el pacient que està ben nodrit?	0 = malnutrició 1 = malnutrició moderada 2 = sense problemes de nutrició						
P. Com troba el pacient el seu estat de salut, en comparació amb les persones de la seva edat?	0 = pitjor 0.5 = no ho sap 1 = igual 2 = millor						
Q. Circumferència braquial (CB en centímetres)	0 = < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1 = > 22						
R. Circumferència del panxell (CP en centímetres)	0 = > 31 1 = ≥ 31						

Figura 4. Apartat d'avaluació del *Mini Nutritional Assessment* (màxim 30 punts)

Interpretació:

- De 24 a 30 punts: estat nutricional normal.
- De 17 a 23,5 punts: risc de desnutrició.
- < 17 punts: desnutrició.

La valoració nutricional es registrarà dins del model de valoració integral disponible a l'estació clínica de treball i també en el Pla d'atenció individualitzat i/o PIIC (Pla d'intervenció individualitzat i compartit).

3.2.1 Avaluació de disfàgia i de problemes bucodentals

En totes les persones que presentin desnutrició o risc de desnutrició serà necessari avaluar la presència o no de disfàgia i/o de problemes bucodentals que dificultin la masticació.

L'avaluació de la disfàgia es farà segons el test EAT-10 (annex 1). Un test positiu (≥ 3 punts) indica risc de disfàgia. En aquest cas caldria identificar amb quines textures la persona té dificultats (sòlids, líquids o ambdós). Es pot considerar completar l'exploració amb un test validat amb diferents textures i volums (aconsellat el mètode d'exploració clínica volum-viscositat).

3.3 Diagnòstic situacional/Valoració multidimensional de les persones en situació de desnutrició

En la valoració de les persones en situació de cronicitat complexa, esdevé important afrontar l'avaluació de la situació nutricional des d'una perspectiva multidimensional, donat l'origen sovint multifactorial subjacent a les situacions de desnutrició.

Així, doncs, en l'avaluació d'una persona amb perfil de PCC, esdevé imprescindible una aproximació multidimensional –essent la valoració geriàtrica integral (VGI) la metodologia d'avaluació multidimensional amb més evidència publicada. D'altra banda, i com s'ha comentat amb anterioritat, tant des de la literatura com des del territori físic, a Catalunya, s'estan proposant sistemes d'avaluació multidimensional / geriàtrica ràpida, que han de poder facilitar aquest procés.

Des d'aquesta perspectiva multidimensional, cal fer especial èmfasi en l'avaluació de les àrees següents:

3.3.1 Revisió de malalties / problemes crònics de salut i fàrmacs

L'objectiu és identificar algun procés subjacent o la progressió d'una malaltia crònica com a causa de la desnutrició. Cal fer un èmfasi especial en la revisió del pla farmacològic, tenint en compte que hi ha fàrmacs que poden produir anorèxia i, per tant, contribuir a l'aparició de desnutrició.

3.3.2 Revisió de la situació mental (emocional + cognitiva)

Tant la dimensió emocional com la cognitiva poden tenir un gran impacte en l'estat nutricional. Per exemple: no és infreqüent constatar situacions de desnutrició relacionades amb un trastorn de comportament en persones amb demència (on l'abordatge no passaria per la suplementació nutricional, sinó per l'abordatge del problema conductual); o relacionades amb l'existència d'una síndrome depressiva (on l'anorèxia associada implicaria la proposta d'un tractament de base).

3.3.3 Valoració del risc social

Del treball de consens realitzat es desprèn la importància dels factors socials en el risc de desenvolupar desnutrició en el context de les situacions de complexitat. Com a eina de cribratge de risc social, es proposa la utilització de l'escala de risc social TIRS (annex 2).

Les persones amb risc social han de ser avaluades per un treballador social sanitari, que en realitzarà la valoració social (àrees previstes en el model ECAP mòdul TS) i en determinarà l'orientació i el diagnòstic social:

- **Funcionament social adequat/òptim** per atendre la persona (amb recursos personals/familiars) i les necessitats de salut que tingui en el seu entorn.
- **Funcionament social amb indicadors de risc** per atendre la persona (amb recursos personals/familiars i/o socials) i les necessitats de salut que tingui en el seu entorn.
- **Disfunció social/familiar** per atendre la persona (amb recursos personals/familiars i socials) i les necessitats de salut que tingui. Requerirà d'activació de suport social formal o informal.

3.4 Pla d'intervenció nutricional

El Pla d'intervenció nutricional inicial s'indicarà en funció de:

- La resposta a les preguntes de l'MNA que fan referència a la ingesta (preguntes J i K).
- La presència o no d'úlceres o lesions cutànies (pregunta I).
- La presència o no de disfàgia o de problemes bucodentals que dificultin la masticació.

3.4.1 Proposta d'intervenció en dos passos

Amb aquesta informació podrem determinar el tipus de recomanació nutricional i la textura de la dieta en **dos passos** senzills:

Primer pas: Determinar el **tipus** de **recomanació nutricional** (figura 5)

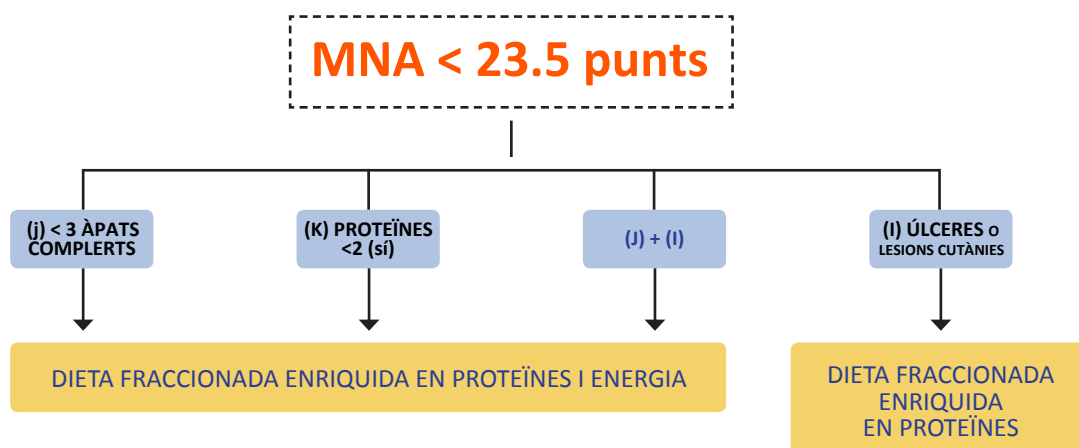


Figura 5a. Tipus de recomanació nutricional (primer pas)

Segon pas: Determinar el **tipus** de **recomanació segons la textura**

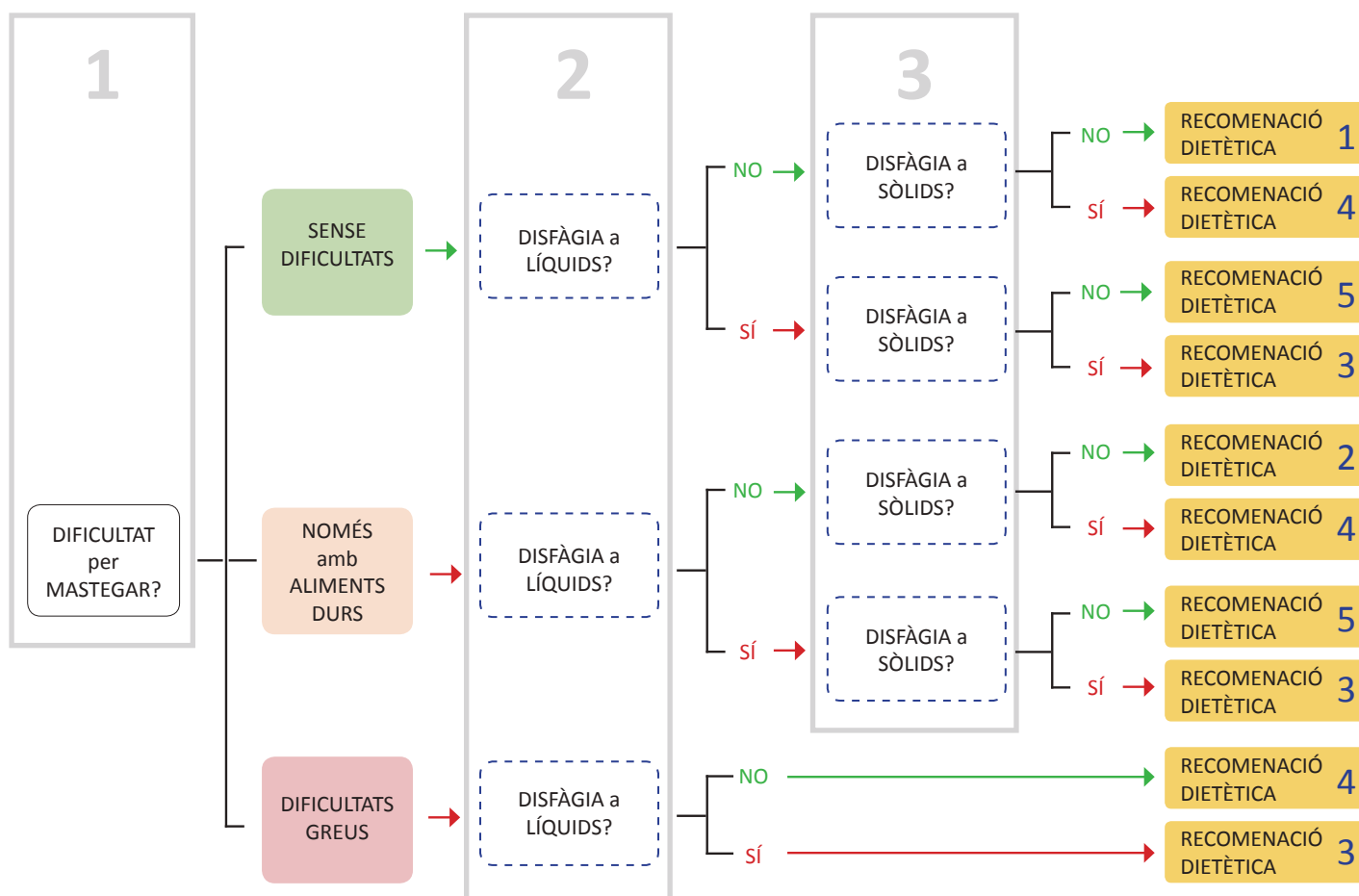


Figura 5b. Determinar el tipus de recomanació segons la textura (segon pas)

3.4.2 Recomanacions dietètiques

S'han elaborat cinc tipus de recomanacions dietètiques en funció de la textura i les dificultats en la mastiació.

1	Recomanacions dietètiques per enriquir una dieta equilibrada	Indicat per a persones sense dificultats per mastegar i sense disfàgia, i que no necessiten una adaptació de la textura.
2	Recomanacions dietètiques per enriquir una dieta de fàcil mastiació	Els aliments i les cocccions emprades han de facilitar la mastiació. Indicat per a persones amb dificultat en la mastiació per edentulisme parcial o altres motius.
3	Recomanacions dietètiques per enriquir una dieta pastosa	Per tal de garantir una deglució segura, els aliments i les cocccions emprades han de facilitar que es pugui aconseguir una textura homogènia. Tots els aliments han de tenir la mateixa consistència. En els aliments líquids s'hauran d'utilitzar espessidors fins a aconseguir la viscositat desitjada. També es poden utilitzar aigües gelificades per aconseguir una hidratació suficient. Indicat per a persones que presenten disfàgia orofaríngia amb líquids i sòlids.
4	Recomanacions dietètiques per enriquir una dieta triturada	Els aliments i les cocccions emprades han de possibilitar el triturat dels aliments. Es permeten els aliments líquids (de viscositat variable) i els sòlids sempre hauran d'estar triturats. Indicat per a persones amb dificultat en la mastiació i/o disfàgia per a sòlids però no per a líquids.
5	Recomanacions dietètiques per enriquir una dieta de fàcil deglució	Els aliments i les cocccions emprades han de facilitar la deglució. Es permeten els aliments de consistència tova que, a més a més, llisquin fàcilment a nivell d'orofaringe, però que no desprenguin líquid durant la mastiació. S'exclouran els aliments de risc d'aspiració en persones amb disfàgia orofaríngia. Indicat per a persones que presenten disfàgia orofaríngia i que toleren aliments sòlids.

A cadascuna de les recomanacions es preveuen les opcions per enriquir en energia i/o proteïnes (veure annex 4)

3.5 Registre i monitoratge

Per fer el registre de l'estat nutricional, s'han d'utilitzar els codis següents:

3.5.1 Codificació CIM-10

E43	Desnutrició greu
E44.0	Desnutrició moderada
E44.1	Desnutrició lleu
E46	Desnutrició caloricoproteica no especificada
R13	Disfàgia

* El risc nutricional no té codi al CIM-10

3.5.2 Codificació NANDA

I002.1	Risc de desequilibri de la nutrició: per defecte
---------------	--

3.5.3 Llenguatge ATIC

10005788	Desnutrició
10005789	Risc de desnutrició
10005790	Risc de recurrència / progressió de la desnutrició
10001436	Disfàgia

3.6 Reavaluació

3.6.1 Si l'estat nutricional és normal

Es reavaluarà la persona:

- Després d'un episodi o malaltia aguda.
- Un cop a l'any en persones grans que viuen a casa i/o que estan inclosos en el Programa d'atenció domiciliària (ATDOM).
- Cada 3-6 mesos en persones institucionalitzades.

3.6.2 Si existeix risc nutricional o desnutrició

Es reavaluarà la persona:

- Després d'un episodi o malaltia aguda.
- Cada 6 mesos en persones grans que viuen a casa.
- Cada mes en persones institucionalitzades.

3.7 Criteris de derivació a les unitats de nutrició de referència

- Persones que un cop realitzat l'enriquiment de la dieta i/o l'adaptació de la textura pertinents, presentin durant el seguiment una pèrdua de pes > 10% en 6 mesos o qualsevol % de pèrdua de pes si l'IMC és < 18,5 Kg/m².
- Persones que requereixin nutrició enteral per via oral o per sonda segons les indicacions de finançament de l'SNS

4. Indicadors

Es proposen els indicadors següents de procés i resultat (es poden consultar les fitxes específiques a l'annex 3):

4.1 Indicadors de procés

- Percentatge de PCC avaluats del seu estat nutricional.
- Percentatge de PCC en risc nutricional o desnodrits que tenen un pla d'intervenció.
- Percentatge de PCC monitorats en el temps.
- Percentatge de PCC amb factors de risc social identificat.
- Prevalença de PCC normonodrits, en risc nutricional i desnodrits.

4.2 Indicadors de resultat

- Taxa de reingressos a 30 dies en persones en situació de desnutrició.

5. Bibliografia de suport

- Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Batterham M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. Clin Nutr. 2013 Oct;32(5):737-45. Available from:

https://ac-els-cdn-com.are.uab.cat/S0261561412002695/1-s2.0-S0261561412002695-main.pdf?_tid=c607d594-b3ce-47b0-a4ca-6cd8a-541a84c&acdnat=1531824407_4d0867861142005c67f4f0bb13b535e6

- Agarwal E. Disease-related malnutrition in the twenty-first century: From best evidence to best practice. Nutr Diet. 2017 Jul;74(3):213-216. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28731603>

- Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients ; the PREDyCES Study. Nutr Hosp. 2012 Jul-Aug; 27(4):1049-59. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23165541>

- Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008 Dec; 117(12):919-24.

- Freijer K, Bours MJ, Nuijten MJ, Poley MJ, Meijers JM, Halfens RJ, Schols JM. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jan;15(1):17-29.

- Bonilla-Palomas JL, Gámez-López AL, Anguita-Sánchez MP, Castillo-Domínguez JC, García-Fuertes D, Crespín-Crespín M, et al. Influencia de la desnutrición en la mortalidad a largo plazo de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Rev Española Cardiol. 2011 Sep;64(9):752-8. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893211003824>

- Burgos R, Joaquin C, Baly C, Vaqué C. Disease-related malnutrition in hospitalized chronic patients with complex needs. *Clin Nutr.* 2019 Jun 12. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.06.006>
- Burgos R, Sarto B, Elío I, Planas M, Forga M, Cantón A, et al. Prevalence of malnutrition and its etiological factors in hospitals. *Nutr Hosp.* 2012;27(2):469-76. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22732970>
- Burgos R, Sarto B, Elío I, Planas M, Forga M, Cantón A, et al. Prevalence of malnutrition and its etiological factors in hospitals. *Nutr Hosp.* 2012;27(2).
- Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggros C, Vazquez C, et al. Translation and validation of the spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia. *Nutr Hosp.* 2012; 27(6):2048-54.
- Cereda E, Klersy C, Hiesmayr M, Schindler K, Singer P, Laviano A, et al. Body mass index, age and in-hospital mortality: The NutritionDay multinational survey. *Clin Nutr.* 2017 Jun;36(3):839-847; Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.05.001>
- Cereda E, Pedrolli C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clin Nutr.* 2016 Dec;35(6):1282-1290. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.008>
- Chermesh I, Sobotka L, Hartman C, Meier R. Editorial Malnutrition and nutrition-therapy: our neglected responsibility. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140025/pdf/GRP2011-842085.pdf>
- Collins PF, Stratton RJ, Elia M. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2012 Jun 1;95(6):1385-95. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22513295>
- Contel JC, Ledesma A, Blay C, Mestre AG, Cabezas C, Puigdollers M, et al. Chronic and integrated care in Catalonia. *Int J Integr Care.* 2015 Jun 29;15:e025. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491324/pdf/IJIC-15-2015025.pdf>

- D'amelio P, Rosso B, Fornelli G, Eandi C, Maniero MT, Cobianchi D, et al. Malnutrition Reduces Quality of Life and Performance in Hospitalized Elderly. *Open J Endocr Metab Dis* 2014;4:147-57.
- Departament de Salut. Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut. Document de consens. Octubre de 2018.
- Elia M, Normand C, Norman K, Laviano A. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr.* 2016 Apr;35(2):370-380.
- Falcó E, Martínez-Cano S, Borralló RM, Torres M, González-Valdivieso J Cl et al. Assessment and nutritional intervention in chronic complex patients attended in a Day-hospital. *Nutr Hosp Supl.* 2016;33(Suppl 2):8-9.
- Freijer K, Swan Tan S, Koopmanschap MA, Meijers JMM, Halfens RJG, Nuijten MJC. The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr.* 2013 Feb;32(1):136-41.
- Generalitat de Catalunya. Pla_salut_Catalunya_2016_2020. Available from: <http://www.salutweb.gencat.cat/pladesalut>
- Goates S, Du K, Braunschweig CA, Arensberg MB. Economic Burden of Disease-Associated Malnutrition at the State Level. *PLoS One.* 2016 Sep 21;11(9).
- Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clinical Nutr.* 2018 Feb;37(1):336-353.
- Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, et al. Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care.* 2004 Jan;42(1):81-90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14713742>
- Leon-Sanz M, Brosa M, Planas M, Garcia-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Hernández JÁ. Predyces Group Researchers. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition.* 2015 Sep;31:1096-102.
- Muñoz Díaz B, Arenas de Larriva AP, Molina-Recio G, Moreno-Rojas R, Martínez de la Iglesia J., grupo de investigación Nutrianco. [Study of the nutritional status of patients over 65 years included in the home care program in an urban population]. *Aten Primaria.* 2016 Feb;50(2):88-95.
- Planas M, Audivert S, Pérez-Portabella C, Burgos R, Puiggrós C, Casanelles JM, Rosselló J. Nutritional status among adult patients admitted to a university-affiliated hospital in Spain at the time of genome. *Clin Nutr.* 2004 Oct;23(5):1016-24.

- Ricart Casas J, Pinyol Martínez M, de Pedro Elvira B, Devant Altimir M, Benavides Ruiz A. Desnutrición en pacientes en atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2004;34(5):238-43. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656704708410>
- Rios J, Morell F, Ferrer J, Martí S, Mun X. Body weight and comorbidity predict mortality in COPD patients treated with oxygen therapy. *Eur Respir J.* 2006 April;27(4):689-96.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Jun 1;56(6):M366-72. Available from:
<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/56.6.M366>
- Sanz París A, García JM, Gómez-Candela C, Burgos R, Martín Á, Matía P, Study VIDA group. Malnutrition prevalence in hospitalized elderly diabetic patients. *Nutr Hosp.* 2013 May-Jun;28(3):592-9. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23848076>
- Schilp J, Kruizenga HM, Wijnhoven HA, Leistra E, Evers AM, van Binsbergen JJ, Deeg DJ, Visser M. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition.* 2012 Nov-Dec;28(11-12):1151-6. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2012.02.016>
- Schindler K, Pichard C, Sulz I, Volkert D, Streicher M, Singer P, et al. nutrition-Day: 10 years of growth. *Clin Nutr* 2017 Oct;36(5):1207-1214. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.11.004>
- Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet.* 2019 Jun 8;393(10188):2312-2321. Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4).
- Sevick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, et al. Patients with Complex Chronic Diseases: perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med.* 2007 Dec;22 Suppl 3:438-44. Available from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150604/pdf/11606_2007_Article_316.pdf

- Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, Liberda M.; EuroOOPS study group. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clin Nutr. 2008 Jun;27(3):340-9.
- The Catalan Health Care System in a Process of Change Review of the 2011-2015; Available from:
www.gencat.cat/salut/pladesalut
- Velasco M, Arreola V, Clave P, Puiggros C. Abordaje clínico de la disfagia oro-faringea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clinica en Med. 2007; 1(3):174-202.
- Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, Garcia de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, Araujo K, Sarto Guerri B, PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. Nutr Hosp. 2012 Jul-Aug;27(4):1049-59.
- Wirth R, Pourhassan M, Streicher M, Hiesmayr M, Schindler K, Sieber CC, Volkert D. The Impact of Dysphagia on Mortality of Nursing Home Residents: Results From the nutritionDay Project. J Am Med Dir Assoc. 2018 Sep;19(9):775-778; Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29778638>
- Zhong Y, Cohen JT, Goates S, Luo M, Nelson J, Neumann PJ. The Cost-Effectiveness of Oral Nutrition Supplementation for Malnourished Older Hospital Patients. Appl Health Econ Health Policy. 2017 Feb;15(1):75-83. doi: 10.1007/s40258-016-0269-7.

6. Anexos

ANNEX 1: EAT-10

EAT-10: A Swallowing Assessment Tool
Despistaje de la Disfagia

SEXO	EDAD	FECHA	DURACIÓN	CÓDIGO PACIENTE
OBJETIVO: El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.				
A. INSTRUCCIONES Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?				
1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio 6. Tragar es doloroso. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio				
2. Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio 7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio				
3. Tragar líquido me supone un esfuerzo extra. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio 8. Cuando trago, la comida se pega a mi garganta. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio				
4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio 9. Solo cuando como. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio				
5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio 10. Tragar es estresante. 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio				
B. PUNTUACIÓN Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)				
C. QUÉ HACER AHORA Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.				
References: Bakstsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2018; 127(12):1079-84.				

ANNEX 2: Indicadors socials de risc (TIRS)

Indicadors de risc social (TIRS)	SÍ	NO
1. Persona que viu sola o amb la família amb capacitat limitada de suport. Definició: persona que no conviu amb ningú, o que conviu amb persones amb algun tipus de discapacitat (per motius d'edat, de malaltia o de disminució).		
2. Persona amb relació familiar conflictiva. Definició: fa referència a qualsevol tipus de conflicte familiar (desavinences, trencament de la relació...).		
3. Família amb dificultat per assumir la responsabilitat d'atenció al malalt. Definició: les dificultats fan referència a motius laborals, càrregues familiars, esgotaments i altres limitacions personals.		
4. Condicions d'higiene personal inadequades o deficientes Definit en el mateix enunciat.		
5. L'habitatge és inadequat a les necessitats del malalt. Definició: fa referència a l'existència de barreres arquitectòniques, manca d'espai, humitats, manca de serveis bàsics (aigua, llum...).		
6. S'aprecia manca de recursos econòmics. Definició: l'apreciació fa referència a la manifestació expressa del malalt i família, i també a la impressió dels professionals (observació).		

Interpretació: Una sola resposta positiva identifica el possible risc social.

ANNEX 3: Fitxa tècnica d'indicadors de projecte

PROPORCIÓ PCC amb valoració nutricional	
Fórmula:	Denominador: total de PCC. Numerador: nombre de persones PCC amb valoració nutricional.
Estàndard:	>80%
Justificació:	Les persones en situació de complexitat requereixen d'una valoració nutricional com a element clau en el seu procés de valoració integral i el seu impacte en la situació de la persona.
Definició de termes:	PCC: pacient crònic amb una situació clínica de gestió difícil. (termcat.cat) Valoració nutricional: valoració de la situació nutricional de la persona per poder identificar desnutrició i dur a terme un abordatge efectiu d'aquesta.
Fonts de dades:	eCAP Altres sistemes d'informació d'AP.

PROPORCIÓ PCC en risc nutricional o desnodrits que tenen un pla d'intervenció	
Fórmula:	Denominador: total de PCC en risc nutricional o desnodrits. Numerador: nombre de PCC amb risc nutricional o desnodrits amb un pla d'intervenció.
Estàndard:	>80%
Justificació:	Les persones en condició de complexitat requereixen d'una valoració nutricional com a element clau en el seu procés de valoració integral i el seu impacte en la situació de la persona. La valoració, identificació risc nutricional o desnutrició requereix de l'elaboració d'un pla d'intervenció.
Definició de termes:	PCC: pacient crònic amb una situació clínica de gestió difícil. (termcat.cat) Valoració nutricional: valoració de la situació nutricional de la persona per poder identificar desnutrició i dur-ne a terme un abordatge efectiu. Pla d'intervenció: pla d'acció que incorpora un conjunt d'intervencions relacionades amb el procés d'atenció.
Fonts de dades:	eCAP Altres sistemes d'informació d'AP.

PROPORCIÓ PCC en risc nutricional o desnodrits amb seguiment i monitoratge periòdic mínim	
Fórmula:	Denominador: total de PCC en risc nutricional o desnodrits amb valoració i pla d'intervenció actiu. Numerador: nombre de PCC amb valoració de risc nutricional o desnodrits amb un pla d'intervenció actualitzat almenys en els últims 12 mesos o abans si hi ha hagut una situació crisi o canvi situació persona.
Estàndard:	>80%
Justificació:	Les persones en condició de complexitat requereixen d'una valoració nutricional com a element clau en el seu procés de valoració integral i l'impacte en la situació de la persona. La valoració, identificació risc nutricional o desnutrició, requereix de l'elaboració d'un pla d'intervenció que ha d'estar actualitzat amb una freqüència mínima.
Definició de termes:	PCC: pacient crònic amb una situació clínica de gestió difícil. (termcat.cat) Valoració nutricional: valoració de la situació nutricional de la persona per poder identificar desnutrició i dur-ne a terme un abordatge efectiu. Pla d'intervenció: pla d'acció que incorpora un conjunt d'intervencions relacionades amb el procés d'atenció.
Fonts de dades:	eCAP Altres sistemes d'informació d'AP.

PROPORCIÓ PCC amb risc de desnutrició o desnodrits amb valoració situació social	
Fórmula:	Denominador: total de PCC en risc nutricional o desnodrits. Numerador: nombre de PCC amb risc nutricional o desnodrits amb valoració situació risc social.
Estàndard:	>80%
Justificació:	Les persones en condició de complexitat requereixen d'una valoració nutricional com a element clau en el seu procés de valoració integral i l'impacte en la situació de la persona. La valoració, identificació de risc nutricional o desnutrició requereix d'una valoració específica de la situació risc social i l'elaboració d'un pla d'intervenció que prevegi l'abordatge de situacions de risc social.
Definició de termes:	PCC: pacient crònic amb una situació clínica de gestió difícil. (termcat.cat) Valoració nutricional: valoració de la situació nutricional de la persona per poder identificar desnutrició i dur-ne a terme un abordatge efectiu. Pla d'intervenció: pla d'acció que incorpora un conjunt d'intervencions relacionades amb el procés d'atenció. Valoració de la situació de risc social: procés mitjançant el qual s'identifiquen factors que determinen una situació de risc social per a la persona. Aquest és un aspecte particularment rellevant per a persones en risc de desnutrició o desnodrits.
Fonts de dades:	eCAP Altres sistemes d'informació d'AP.

PREVALENÇA PCC en situació de risc de desnutrició i desnutrició (per separat)	
Fórmula:	Denominador: total de PCC Numerador: nombre de PCC amb risc nutricional o desnodrits amb valoració de situació de risc social (per separat).
Estàndard:	>80%
Justificació:	Les persones en condició de complexitat requereixen d'una valoració nutricional com a element clau en el seu procés de valoració integral i l'impacte en la situació de la persona.
Definició de termes:	PCC: pacient crònic amb una situació clínica de gestió difícil. (termcat. cat) Valoració nutricional: valoració de la situació nutricional de la persona per poder identificar desnutrició i dur-ne a terme un abordatge efectiu. Risc de desnutrició: persona amb valors entre 17 i 23 punts segons valoració de l'escala MNA. Desnutrició: persona amb valors estrictament inferiors a 17 punts segons valoració de l'escala MNA.
Fonts de dades:	eCAP Altres sistemes d'informació d'AP.

Taxa de reingressos a 30 dies en pcc en situació de desnutrició	
Fórmula:	Denominador: total de PCC en situació de desnutrició que han fet un ingrés hospitalari. Numerador: nombre de reingressos urgents en PCC en situació de desnutrició abans de 30 dies postalta.
Estàndard:	No es disposa de valor de referència.
Justificació:	Les persones amb problemes de salut complexos són un grup poblacional d'alt risc que poden patir reingressos urgents en el procés d'alta hospitalària i sobre el qual convé identificar com a població destinatària de garanties d'unes transicions de qualitat.
Definició de termes:	PCC: pacient crònic amb una situació clínica de gestió difícil. (termcat. cat) Reingressos a 30 dies en PCC: reingressos urgents abans de 30 dies postalta en PCC en situació de desnutrició que han dut a terme un ingrés índex.
Fonts de dades:	eCAP Altres sistemes d'informació d'AP.

ANNEX 4: Recomanacions dietètiques per enriquir les dietes

1. RECOMANACIONS DIETÈTIQUES PER ENRIQUIR UNA DIETA EQUILIBRADA

Consell dietètics generals

- És recomanable fer entre **5 i 6** àpats al dia: esmorzar, a mig matí, dinar, berenar, sopar i ressopó. I aprofitar per menjar més en el moment del dia que es té més gana.
- Cal prendre diàriament aliments com ara verdures/hortalisses, fruites i llegums, així com farinacis (pasta, patata, arròs, pa), i potenciar-ne la varietat.
- En els àpats principals (esmorzar, dinar i sopar) cal incloure-hi **aliments rics en proteïnes**, com ara peix, carn magra, ous, llegums i productes lactis.
- Per augmentar el **contingut proteic** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara clara d'ou cuinada, productes lactis (llet líquida, llet en pols, formatge fresc, formatge ratllat, formatgets), pernil dolç, tonyina i trossets de carn o peix.
- Per elevar el **contingut calòric** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara oli d'oliva (preferentment verge extra), fruites de closca, cacau, fruita dessecada, flocs de patata, codony, mel, melmelada i sucre.
- Es recomana utilitzar preferentment oli d'oliva, si és possible verge extra, tant per cuinar com per amanir.
- L'**aigua** ha de ser la beguda principal i se n'ha de consumir un mínim de 6 gots diaris (1,5 litres). Es pot substituir per brou, infusions, aigua gelificada...
- S'aconsella prioritzar el consum d'aliments frescos i productes casolans. Cal evitar la brioixeria industrial i els aliments ultraprocessats.

Mesures d'aliments equivalents en quantitat de proteïnes

- Peix i marisc: 125-150 g
- Pollastre, gall dindi o conill: 125-150 g
- 2 ous mitjans: 120-130 g
- Formatge fresc: 100-125 g
- Llegums cuits: 200 g

ESMORZARS I BERENARS

Pa, cereals,
bastonets,
torrades,
galetes



Llet, iogurt, formatge
fresc, formatge batut,
iogurt hiperproteic
comercial



Fruita fresca,
fruita dessecada

ALGUNS EXEMPLES

- Entrepà de fruita amb un cafè o té amb llet sencera enriquida amb llet en pols amb sucre + 1 fruita.
- Torrades amb formatge i mermelada + iogurt natural i fruita

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:

Oli d'oliva

Fruits secs, fruita dessecada



Llet en pols, cacau

Formatge, tonyina,
pernil cuit



Codony, sucre

Mel

**DINAR I SOPAR**

Verdures o
hortalisses
crues o cuites



Carn, peix,
ous, llegums



Patata, pasta,
arròs, pa

POSTRES fruita i/o làctic

**ALGUNS EXEMPLES**

- Llentises amb arròs i verdures enriquides amb clara d'ou. Poma al forn.
- Sopa de fideus amb pernil dolç esmicolat i formatge ratllat. Pollastre al forn amb prunes i pinyons i un bon raig d'oli d'oliva. Mató i mel.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:

Oli d'oliva

Fruits secs, fruita dessecada



Formatge, tonyina,
pernil cuit o salat

Clara d'ou



Flocs de patata

Trossos de
carn i peix



Mel

Codony, sucre



OPCIONS D'ENTRE HORES I/O RESSOPÓ: briox, pa de pessic, galetes, quallada amb mermelada o mel, iogurt hiperproteic comercial...

2. RECOMANACIONS DIETÈTIQUES PER ENRIQUIR UNA DIETA FÀCIL DE MASTEGAR

Consells dietètics generals

- És recomanable fer entre **5 i 6** àpats al dia: esmorzar, a mig matí, dinar, berenar, sopar i ressopó. I aprofitar per menjar més en el moment del dia que es té més gana.
- Cal prendre diàriament aliments com ara verdures/hortalisses, fruites i llegums, així com farinacis (pasta, patata, arròs, pa), i potenciar-ne la varietat. Si és necessari, la verdura, tant crua com cuita, es pot triturar. També es poden triar les fruites més toves, cuinar-les o preparar-les en compota.
- En cada àpat principal (esmorzar, dinar i sopar) cal incloure-hi **aliments rics en proteïnes**, com ara peix, carn magra (al forn, picada...), ous, llegums i lactis.
- Per augmentar el **contingut proteic** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara clara d'ou cuinada, productes lactis (llet líquida, llet en pols, formatge fresc, formatge ratllat, formatgets), pernil dolç, tonyina i trossets de carn o peix.
- Per elevar el **contingut calòric** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara oli d'oliva (preferentment verge extra), fruites de closca, cacau, fruita dessecada, flocs de patata, codony, mel, melmelada i sucre.
- Es recomana utilitzar preferentment oli d'oliva, si és possible verge extra, tant per cuinar com per amanir.
- L'**aigua** ha de ser la beguda principal i se n'ha de consumir un mínim de 6 gots diaris (1,5 litres). Es pot substituir per brou, infusions, aigües gelificades...
- S'aconsella prioritzar el consum d'aliments frescos i productes casolans. Cal evitar la brioixeria industrial i els aliments ultraprocessats.

Mesures d'aliments equivalents en quantitat de proteïnes:

- Peix i marisc: 125-150 g
- Pollastre, gall dindi o conill: 125-150 g
- 2 ous mitjans: 120-130 g
- Formatge fresc: 100-125 g
- Llegums cuits: 200 g

ESMORZARS I BERENARS



Pa, cereals,
bastonets,
torrades,
galetes



Llet, iogurt, formatge
fresc, formatge batut,
iogurt hiperproteic
comercial



Fruita fresca,
fruita dessecada

ALGUNS EXEMPLES

- Pa de pagès sense crosta amb tomàquet i oli, amb truita i cafè o té amb llet sencera enriquida amb llet en pols amb sucre + 2 mandarines
- Brioix casolà + batut de fruita fresca enriquit amb llet en pols (iogurt + llet en pols + fruita fresca)

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs en pols i fruita
dessecada triturada



Llet en pols, cacau

Formatge, tonyina,
pernil cuit



Codony, sucre

Mel



DINAR I SOPAR



Verdures o
hortalisses
crues o cuites



Carn, peix,
ous, llegums



Patata, pasta,
arròs, pa

POSTRES fruita i/o làctic



ALGUNS EXEMPLES

- Crema de carbassó amb patata, formatgets, clara d'ou i un bon raig d'oli + canelons de pollastre amb formatge ratllat i beixamel. Poma al forn.
- Sopa de fideus amb pernil dolç esmicolat i formatge ratllat. Cuixa de pollastre al forn amb prunes i un bon raig d'oli d'oliva. Mató i mel.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs en pols i fruita
dessecada triturada



Formatge, tonyina,
pernil cuit o salat

Clara d'ou



Flocs de patata

Trossos de
carn i peix



Mel

Codony, sucre



OPCIÓNS D'ENTRE HORES I/O RESSOPÓ: brioix, pa de pessic, galetes, quallada amb melmelada o mel, iogurt hiperproteic comercial...

3. RECOMANACIONS DIETÈTIQUES PER ENRIQUIR UNA DIETA PASTOSA

Què és la disfàgia

És un símptoma que afecta a la capacitat d'empassar adequadament de les persones. Aquest fet pot provocar que l'aliment pugui anar cap a la via respiratòria en comptes de passar a l'estòmac i podria ser la causa de una pneumònia.

Signes d'alerta!

Tos, ennuegaments o canvi en la veu (veu humida) durant i/o després d'empassar el menjar o la beguda, diversos intents per empassar una sola cullerada, necessitat d'aclarir-se la gola (raspera), baveig, regurgitació nasal, increment anormal del temps emprat per l'àpat i restes de menjar a la boca després d'empassar.

Aliments a evitar en cas de disfàgia

Aliments que es tornen líquids a temperatura ambient	Gelats, glaçons, gelatines...
Aliments i preparacions amb doble consistència	Sopa de pasta o d'arròs, llet amb cereals sense triturar...
Aliments que desprenen líquid en mossegar-los o aixafar-los	Taronja, síndria, meló, mandarina, magdalenes sucades amb llet...
Aliments durs i de textura fibrosa	Pinya, api, enciam, espàrrecs, carns fibroses com la de vedella, porc, pollastre a la planxa
Aliments amb llavors i pells dures o pel·lofes	Tomàquet, kiwi, raïm, llegums sencers (faves, mongeta blanca...)
Aliments que s'esmicolen i tendeixen a escampar-se per la boca	Galetes, patates de bossa, polvorons, pa torrat, torrades, pasta de full, fruita seca...
Aliments enganxosos	Pa de motlle, croquetes, plàtan madur, llet condensada, caramels, mel, sense triturar ni mesclar mesclar...
Aliments que poden relliscar a la boca	Raïm, cloïsses, pèsols...
Purés amb textura NO homogènia	Purés amb grumolls, fils, ossets, espines, pells...

Com es pot elaborar la dieta?

Tritureu els aliments sòlids amb cura especial perquè no quedin pells, llavors, espines o grumolls. Cal garantir una textura homogènia.

Prepareu plats únics i postres, intentant que siguin concentrats i de poc volum.

Per espessir feu servir farines com les de blat, blat de moro, cigrons, arròs, patata o midó de blat de moro (tipus Maizena®) o un espessidor comercial (no requereix cocció).

Afegiu als plats oli (preferentment d'oliva), salsa beixamel, llet o iogurt per lubricar-los i perquè siguin més fàcils d'empassar.

És fonamental espessir l'aigua i les begudes per evitar ennuegaments; es pot fer servir un espessidor comercial. Per assegurar una hidratació suficient també es poden utilitzar aigües gelificades (no es tornen líquides a la boca).

Recomanacions higienicoposturals

La persona amb dificultats per empassar ha d'estar ben desperta i conscient en el moment de menjar i beure. Si no, és preferible que no ho faci.

- Quan mengi o begui, és molt important que la persona estigui asseguda i ben incorporada, amb els peus tocant a terra i les espatlles i el cap lleugerament cap endavant. Si ho fa al llit, cal aixecar-ne el capçal fins que quedi ben incorporada (90°).
- S'ha d'evitar tirar el coll cap enrere quan es menja (hiperextensió cervical), com es mostra en el dibuix. És recomanable flexionar-se lleugerament cap endavant. En cas que una altra persona ajudi a donar el menjar, s'ha de situar a la mateixa altura que la persona que menja.
- Eviteu beure amb canyeta, és millor fer servir gots. Hi ha estris adaptats per afavorir l'autoalimentació.
- Mantingueu una higiene bucal adequada.



Hiperextensió



Flexió

Consells dietètics generals

- És recomanable fer entre **5 i 6 àpats** al dia: esmorzar, mig matí, dinar, berenar, sopar i ressopó; aprofitant per menjar més el moment del dia que es té més gana.
- Cal prendre a diari aliments com les verdures/hortalisses, les fruites, els llegums, així com farinacis (pasta, patata, arròs, pa) potenciant-ne la varietat. La verdura es pot triturar tant cuita com crua i les fruites es poden preparar en compota.
- En els àpats principals (esmorzar, dinar i sopar) cal incloure **aliments rics en proteïna** com el peix, la carn magra, els ous, els llegums i els làctics.
- Per augmentar el **contingut proteic** de la seva alimentació habitual pot afegir aliments com clara d'ou cuinada, làctics (llet líquida, llet en pols, formatge fresc, formatge ratllat, formatgets), pernil cuit, tonyina, trossos de carn o peix.
- Per elevar el **contingut calòric** de la seva alimentació habitual pot afegir aliments com oli d'oliva (preferentment verge extra), fruits de closca, cacau, fruita dessecada, flocs de patata, codony, mel, melmelada, sucre.
- Es recomana utilitzar preferentment l'oli d'oliva, si és possible verge extra, tant per cuinar com per amanir.
- L'**aigua** ha de ser la beguda principal consumint-ne un mínim de 6 gots diaris (1,5 litres) amb espessidor. Es pot substituir per brous, infusions, aigües gelificades, ...
- S'aconsella prioritzar el consum d'aliments frescos i productes casolans. Evitar la brioixeria industrial i aliments ultra processats.

Mesures d'aliments equivalents en quantitat de proteïnes :

- Peix i marisc: 125-150g
- Pollastre/gall dindi/conill: 125-150g
- 2 ous mitjans: 120-130g
- Formatge fresc: 100-125 g
- Llegum cuita: 200 g

ESMORZARS I BERENARS



Pa, cereals,
bastonets,
torrades,
galetes



Llet, iogurt, formatge
fresc, formatge batut,
iogurt hiperproteic
comercial



Fruita fresca,
fruita dessecada

ALGUNS EXEMPLES

- Cereals en pols amb llet, enriquir amb llet en pols i cacau en pols + compota de fruites.
- Batut de iogurt amb galetes tipus maria® i fruita fresca madura: enriquir amb llet en pols i sucre.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs en pols i fruita
dessecada triturada



Llet en pols, cacau

Codony, sucre



DINAR I SOPAR



Verdures o
hortalisses
crues o cuites



Carn, peix,
ous, llegums



Patata, pasta,
arròs, pa

POSTRES fruita i/o làctic



ALGUNS EXEMPLES

- Puré de carn i verdures: Enriquir amb oli d'oliva extra i llet sencera. Coure els ingredients i triturar fins a una textura homogènia.
- Puré de peix amb patata i verdures: enriquir amb oli d'oliva i formatgets en porcions. Coure els ingredients i triturar fins a una textura homogènia.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs en pols i fruita
dessecada triturada



Formatge, tonyina,
pernil cuit o salat

Clara d'ou



Flocs de patata



Codony, sucre

Trossos de
carn i peix



OPCION D'ENTRE HORES I/O RESSOPÓ: Compota de fruites, iogurt amb cacau o mel o sucre, flam, triturat de fruites amb nata, fruita triturada amb iogurt...

4. RECOMANACIONS DIETÈTIQUES PER ENRIQUIR UNA DIETA TRITURADA

Consell dietètics generals

- És recomanable fer entre **5 i 6** àpats al dia: esmorzar, a mig matí, dinar, berenar, sopar i ressopó. I aprofitar per menjar més en el moment del dia que es té més gana.
- Cal prendre diàriament aliments com ara verdures/hortalisses, fruites i llegums, així com farinacis (pasta, patata, arròs, pa), i potenciar-ne la varietat. La verdura es pot triturar tant cuita com crua i les fruites es poden preparar en compota.
- En els àpats principals (esmorzar, dinar i sopar) cal incloure-hi **aliments rics en proteïnes**, com ara peix, carn magra, ous, llegums i productes lactis.
- Per augmentar el **contingut proteic** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara clara d'ou cuinada, lactis (llet líquida, llet en pols, formatge fresc, formatge ratllat, formatgets), pernil dolç, tonyina i trossets de carn o peix.
- Per elevar el **contingut calòric** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara oli d'oliva (preferentment verge extra), fruites de closca, cacau, fruita dessecada, flocs de patata, codony, mel, melmelada i sucre.
- Es recomana utilitzar preferentment oli d'oliva, si és possible verge extra, tant per cuinar com per amanir.
- L'**aigua** ha de ser la beguda principal i se n'ha de consumir un mínim de 6 gotes diaris (1,5 litres). Es pot substituir per brou, infusions...
- S'aconsella prioritzar el consum d'aliments frescos i productes casolans. Cal evitar la brioixeria industrial i els aliments ultraprocessats.

Mesures d'aliments equivalents en quantitat de proteïnes:

- Peix i marisc: 125-150 g
- Pollastre, gall dindi i conill: 125-150 g
- 2 ous mitjans: 120-130 g
- Formatge fresc: 100-125 g
- Llegums cuits: 200 g

Consells pràctics

- El triturat s'ha de preparar al moment perquè que no perdi nutrients ni es contami. Si se'n prepara més quantitat de la que s'ha de consumir, guardeu-la al congelador per racions, escrivint-hi la data d'elaboració.
- Les fruites triturades no es poden guardar, sinó que cal intentar preparar-les en el moment de prendre-les.
- Durant la preparació del triturat poseu especial atenció a evitar grumolls, espines o pells.
- Si considereu que la consistència del puré és massa espessa, el podeu diluir preferentment amb llet o també amb brou.
- Per a la preparació de triturats podeu utilitzar farines, sèmols, flocs, verdures, hortalisses, patates, moniatos, tapioca, mantega, oli, llet, crema de llet, peix, pollastre, carn de conill o vedella picada dues vegades, tot sense espines ni ossos.
- El fet d'haver de menjar purés no vol dir que tot s'hagi de bullir. Abans de triturar els aliments, es poden fregir o escalibar, i també s'hi poden afegir condiments com ara pebre, menta, orenga, etc.
- Podeu afegir als purés salses com ara beixamel, maionesa, salsa rosa, etc.
- Per variar les postres, podeu prendre gelats cremosos, púdings, gelatines, cremes, iogurts, etc.

ESMORZARS I BERENARS



Pa, cereals,
bastonets,
torrades,
galetes



Llet, iogurt, formatge
fresc, formatge batut,
iogurt hiperproteic
comercial



Fruita fresca,
fruita dessecada

ALGUNS EXEMPLES

- Llet amb pa.
- Batut: iogurt + fruita madura + bastonets.
- Beguda vegetal amb flocs de civada.
- Triturat de fruita: fruites + suc de taronja + torradeta.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs, fruita dessecada



Llet en pols, cacau

Formatge, tonyina,
pernil cuit



Sucre

Mel



DINAR I SOPAR



Verdures o
hortalisses
crues o cuites



Carn, peix,
ous, llegums



Patata, pasta,
arròs, pa

POSTRES compota o làctic



ALGUNS EXEMPLES

- Puré de carn amb cigrons i verdures.
- Triturat de suquet de peix amb patata i pinyons.
- Triturat d'ous amb beixamel.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs, fruita dessecada



Formatge, tonyina,
pernil cuit o salat

Clara d'ou



Flocs de patata

Trossos decarn i peix



Mel

Sucre



OPCIONS D'ENTRE HORES I/O RESSOPÓ: iogurt amb mel, gelat, llet amb galetes...

5. RECOMANACIONS DIETÈTIQUES PER ENRIQUIR UNA DIETA DE FÀCIL DEGLUCIÓ

Què és la disfàgia?

És un símptoma que afecta la capacitat de les persones d'empassar adequadament. Això pot fer que l'aliment vagi cap a la via respiratòria en lloc de passar a l'estómac i provocar una pneumònia.

Signes d'alerta

Tos, ennuegament o canvi en la veu (veu humida) durant i/o després d'haver-se empassat el menjar o la beguda, diversos intents per empassar una sola cullerada, necessitat d'aclarir-se la gola (raspera), baveig, regurgitació nasal, increment anormal del temps emprat per a l'àpat i restes de menjar a la boca després d'haver empassat.

Aliments que es tornen líquids a temperatura ambient	Gelats, glaçons, gelatines...
Aliments i preparacions amb doble consistència	Sopa de pasta o d'arròs, llet amb cereals sense triturar...
Aliments que desprenen líquid en mossegar-los o aixafar-los	Taronja, síndria, meló, mandarina, magdalenes sucades amb llet...
Aliments durs i de textura fibrosa	Pinya, api, enciam, espàrrecs, carns fibroses com la de vedella, porc, pollastre a la planxa
Aliments amb llavors i pells dures o pelloses	Tomàquet, kiwi, raïm, llegums sencers (faves, mongeta blanca...)
Aliments que s'esmicolen i tendeixen a escampar-se per la boca	Galetes, patates de bossa, polvorons, pa torrat, torrades, pasta de full, fruita seca...
Aliments enganxosos	Pa de motlle, croquetes, plàtan madur, llet condensada, caramels, mel, sense triturar ni mesclar...
Aliments que poden relliscar a la boca	Raïm, cloïsses, pèsols...
Purés amb textura NO homogènia	Purés amb grumolls, fils, ossets, espines, pells...

Com es pot elaborar la dieta?

Tritureu els aliments sòlids tenint cura especialment que no quedin pells, llavors, espines o grumolls. Cal garantir una textura homogènia.

Per espessir feu servir farines com les de blat, blat de moro, cigrons, arròs, patata o midó de blat de moro (tipus Maizena®) o un espessidor comercial (no requereix cocció).

Afegiu als plats oli (preferentment d'oliva), salsa beixamel, llet o iogurt per lubricar-los i perquè siguin més fàcils d'empassar.

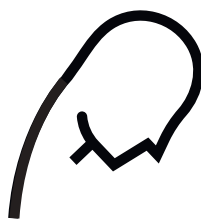
És fonamental espessir l'aigua i les begudes per evitar l'ennuegament. Es pot fer servir un espessidor comercial. Per assegurar una hidratació suficient també es poden utilitzar aigües gelificades (no es tornen líquides a la boca).

Recomanacions higienicoposturals

- La persona amb dificultats per empassar ha d'estar ben desperta i conscient en el moment de menjar i beure. Si no, és preferible no fer-ho.
- Quan mengi o begui, és molt important que la persona estigui asseguda i ben incorporada, amb els peus tocant a terra i les espatlles i el cap lleugerament cap endavant. Si ho fa al llit, cal aixecar el capçal fins que quedi ben incorporada (90°).
- S'ha d'evitar tirar el coll cap enrere quan es menja (hiperextensió cervical), com es mostra en el dibuix. És recomanable flexionar-se lleugerament cap endavant. En cas que una altra persona ajudi a donar el menjar, s'haurà de situar a la mateixa altura de la persona que menja.
- Eviti beure amb canyeta. És millor fer servir gots. Hi ha estris adaptats per afavorir l'autoalimentació.
- Mantingui una higiene bucal adequada.



Hiperextensió



Flexió

Consell dietètics generals

- És recomanable fer entre **5 i 6** àpats al dia: esmorzar, a mig matí, dinar, berenar, sopar i ressopó. I aprofitar per menjar més en el moment del dia que es té més gana.
- Cal prendre diàriament aliments com ara verdures/hortalisses, fruites i llegums, així com farinacis (pasta, patata, arròs, pa), i potenciar-ne la varietat.
- En els àpats principals (esmorzar, dinar i sopar) cal incloure-hi **aliments rics en proteïnes**, com ara peix, carn magra, ous, llegums i lactis.
- Per augmentar el **contingut proteic** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara clara d'ou cuinada, lactis (llet líquida, llet en pols, formatge fresc, formatge ratllat, formatgets), pernil dolç, tonyina i trossets de carn o peix.
- Per elevar el **contingut calòric** de la vostra alimentació habitual, podeu afegir-hi aliments com ara oli d'oliva (preferentment verge extra), fruites de closca, cacau, fruita dessecada, flocs de patata, codony, mel, melmelada i sucre.
- Es recomana utilitzar preferentment oli d'oliva, si és possible verge extra, tant per cuinar com per amanir.
- L'**aigua** ha de ser la beguda principal i se n'ha de consumir un mínim de 6 gots diaris (1,5 litres). Es pot substituir per brou, infusions, aigües gelificades...
- S'aconsella prioritzar el consum d'aliments frescos i productes casolans. Cal evitar la brioixeria industrial i els aliments ultraprocessats.

Mesures d'aliments equivalents en quantitat de proteïnes:

- Peix i marisc: 125-150 g
- Pollastre, gall dindi o conill: 125-150 g
- 2 ous mitjans: 120-130 g
- Formatge fresc: 100-125 g
- Llegums cuits: 200 g

ESMORZARS I BERENARS



Pa, cereals,
bastonets,
torrades,
galetes



Llet, iogurt, formatge
fresc, formatge batut,
iogurt hiperproteic
comercial



Fruita fresca,
fruita dessecada

ALGUNS EXEMPLES

- Pa de pagès sense crosta amb tomàquet i oli + amb truita i iogurt enriquit amb llet en pols i sucre + 1 pera
- Brioix casolà amb melmelada + batut de fruita fresca enriquit amb llet en pols (iogurt + llet en pols + fruita fresca)

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs en pols i fruita
dessecada triturada



Llet en pols, cacau

Formatge, tonyina,
pernil cuit



Codony, sucre

DINAR I SOPAR



Verdures o
hortalisses
crues o cuites



Carn, peix,
ous, llegums



Patata, pasta,
arròs, pa

POSTRES fruita i/o làctic



ALGUNS EXEMPLES

- Crema de carbassó amb patata, formatgets, clara d'ou i un bon raig d'oli + canelons de pollastre amb formatge ratllat i beixamel. Poma al forn.
- Macarrons amb tomàquet i carn picada. Cuixa de pollastre al forn amb escalivada i un bon raig d'oli d'oliva. Iogurt.

PER ENRIQUIR ES POT UTILIZAR:



Oli d'oliva

Fruits secs en pols i fruita
dessecada triturada



Formatge, tonyina,
pernil cuit o salat

Clara d'ou



Flocs de patata



Codony, sucre

Trossos de
carn i peix



OPCIONS D'ENTRE HORES I/O RESSOPÓ: brioix amb melmelada, iogurt, fruita trossejada amb iogurt...





**Generalitat
de Catalunya**

/Salut