

Informe d'alta hospitalària del dietista-nutricionista

Grup de Treball de Nutrició Clínica

Barcelona, octubre de 2021

Edita: Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya
1a edició: Barcelona, octubre de 2021

Revisió lingüística: Helena Brull Fontanilla

Obra sota llicència Creative Commons BY-NC-SA



Aquesta obra està subjecta a la llicència Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 4.0 Internacional de Creative Commons.

La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Autors

Mireia Badia Bernaus. Hospital Universitari de Santa Maria (Lleida)

Inmaculada Jiménez García. Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)

Mariona Martín Giol. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)

Jéssica Martínez Rodríguez. Hospital de Mataró

Isabel Megías Rangil. Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Cèlia Puig Cepero. Hospital General de Granollers

Neus Salleras Compte. Institut Català d'Oncologia. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (Girona)

José Manuel Sanchez-Migallón Montull. Institut Català d'Oncologia (Badalona)

M. José Sendrós Madroño. Institut Català d'Oncologia (Badalona)

Gemma Simats Oriol. Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Hospital Sant Joan de Déu

Sònia Vallès Martí. SCIAS. Hospital de Barcelona



Prova pilot realitzada a:

Hospital Universitari Vall d'Hebron
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi
Hospital Arnau de Vilanova
Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital de Mollet

Junta de Govern del **odinucat**

Dietistes - Nutricionistes de Catalunya

Nancy Babio Sánchez, presidenta

Marta Planas Guillamón, vicepresidenta

Inés Navarro Blanch, secretària

Roser Martí Cid, vicesecretària

Miguel Reverte Lorenzo, tresorer

Elena Maestre González, vicetresorera

Anna Pibernat Tornabell, vocal

Blanca Salinas-Roca, vocal

Sònia Vallés Martí, vocal

Contingut

SIGLES	6
INTRODUCCIÓ	7
▲ EL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN L'ÀMBIT HOSPITALARI	7
▲ Funcions del dietista-nutricionista en l'àmbit hospitalari	7
▲ FINALITAT DE L'INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA.....	8
INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA.....	9
GUIA PER EMPLENAR L'INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA.....	10
DECLARACIÓ DE CONFLICTE D'INTERESSOS	17

Sigles

GTNC Grup de Treball de Nutrició Clínica

IMC Índex de Massa Corporal

MNA Mini-Nutritional Assessment

GLIM Global Leadership Initiative on Malnutrition

VGS Valoració Global Subjectiva

Introducció

EL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

La funció del dietista-nutricionista en l'àmbit hospitalari és vetllar per l'alimentació adequada dels pacients hospitalitzats, així com participar en les diferents teràpies nutricionals.

El marc que estableixen la Llei 16/2003¹, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut; la Llei 44/2003², de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries; el Reial decret 1277/2003³, de 10 d'octubre, pel qual s'estableixen les bases generals sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris, i a més, a Catalunya, el Decret 151/2017⁴, de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnicosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre, disposa que la unitat de nutrició i dietètica, dirigida per un facultatiu que idealment pugui ser un dietista-nutricionista, professional sanitari que, en qualsevol cas, n'ha de formar part, amb la funció de participar, en el marc de les seves competències específiques, en la teràpia nutricional de les diferents patologies, entre d'altres.

La unitat de nutrició i dietètica és una unitat amb identitat pròpia, amb capacitat per donar suport a tots els serveis del centre, tant en l'àrea d'hospitalització, ambulatoria i de gestió del servei d'alimentació, com en totes les activitats del centre en què es requereixi.



Funcions del dietista-nutricionista en l'àmbit hospitalari

- a) Promoure la detecció de pacients amb risc nutricional.
- b) Prestar assistència a pacients hospitalitzats, ambulatoris i domiciliaris.
- c) Formar part dels equips terapèutics interdisciplinaris del centre.
- d) Participar en la gestió del servei d'alimentació.
- e) Elaborar protocols d'actuació nutricional.
- f) Exercir funció docent.
- g) Portar a terme tasques de recerca.



¹Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE núm. 128, de 29.05.2003. Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2003/06/16/pdfs/A02595-02616.pdf [citat 27/12/2020].

²Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. BOE núm. 280, de 22.11.2003. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf> [citat 13/09/2021].

³Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre, pel qual s'estableixen les bases generals sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris. BOE núm. 254, de 23.10.2003. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19572> [citat 27/12/2020].

⁴Decret 151/2017, de 17 d'octubre, pel qual s'estableixen els requisits i garanties tecnicosanitàries comunes dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre. DOGC núm. 7477, de 19.10.2017. Disponible a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/7477/1639927.pdf> [citat 13/09/2021].

FINALITAT DE L'INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

El dietista-nutricionista hauria d'estar integrat en els equips interdisciplinaris i prestar assistència a pacients tant hospitalitzats i ambulatoris com domiciliaris. La falta de continuïtat en la informació entre l'atenció especialitzada i primària —en aquest cas, sobre alimentació i nutrició— genera descoordinació en l'atenció del pacient i pot implicar errors en l'assistència sanitària.

Per això, amb l'experiència dels dietistes-nutricionistes clínics que conformen el Grup de Treball de Nutrició Clínica (GTNC) del CODINUCAT es va fer palesa la necessitat d'elaborar una eina, fins ara inexistent, que afavorís la comunicació entre professionals sanitaris i la continuïtat assistencial dieteticonutricional i que es pretén que l'utilitzin els dietistes-nutricionistes que treballen als hospitals de tot l'Estat.

L'informe d'alta hospitalària del dietista-nutricionista és una eina de treball que s'emplena de forma fàcil i ràpida i conté cinc apartats ben diferenciats:

- ▲ valoració nutricional
- ▲ evolució dieteticonutricional
- ▲ condicionants de la ingesta
- ▲ al·lèrgies/intoleràncies alimentàries
- ▲ pauta dieteticonutricional aconsellada a l'alta

Caldria integrar-lo en la història clínica del pacient per facilitar el compliment dels objectius següents: **afavorir la comunicació** en els diferents àmbits assistencials, **millorar la seguretat** dels pacients i **augmentar la visibilitat** de la feina realitzada pels dietistes-nutricionistes clínics durant un ingrés hospitalari.

Al final d'aquest document s'adjunta una guia on es detallen les característiques de tots els apartats per tal de facilitar-ne la comprensió i assegurar un bon ús del document.

INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



Nom i cognoms del/de la pacient (CIP):
Motiu de l'ingrés/diagnòstic:

Edat:

VALORACIÓ NUTRICIONAL				
DADES ANTROPOMÈTRIQUES		PES (kg)	IMC (kg/m²)	DATA
	Habitual			
	Ingrés			
	Alta			
	Talla (m)			
	Pèrdua de pes (%)	Temps	No significativa ☐ Significativa ☐	
PARÀMETRES ANALÍTICS	Data	Dades analítiques		
DIAGNÒSTIC NUTRICIONAL	IMC Sobrepès grau I ☐ grau II ☐ Obesitat grau I ☐ grau II ☐ grau III ☐ grau IV ☐		SEGONS CRITERIS SENPE Estat nutricional normal ☐ Tipus de desnutrició: calòrica ☐ proteica ☐ mixta ☐ Grau de desnutrició: lleu ☐ moderada ☐ greu ☐	
	MNA Estat nutricional normal ☐ Risc de malnutrició ☐ Malnutrició ☐		VGS Ben nodrit o sense risc nutricional ☐ Desnutrició moderada o amb risc nutricional ☐ Desnutrició greu ☐	
	GLIM Desnutrició: moderada ☐ greu ☐			
	Observacions:			
NECESSITATS NUTRICIONALS ESTIMADES	calòriques (kcal/dia)	proteiques (g/dia)	hídriques (mL/dia)	
EVOLUCIÓ DIETETICONUTRICIONAL DURANT L'INGRÉS				
CONDICIONANTS DE LA INGESTA A L'ALTA				
Edentulisme complet ☐ Edentulisme parcial ☐ Mal encaix de la pròtesi dental ☐ Aftes orals ☐ Candidosi ☐ Odinofàgia ☐ Mucositis ☐ Disgèusia ☐ Hipogèusia ☐ Agèusia ☐ Xerostomia ☐ Diarrea ☐ Restrenyiment ☐ Dispnea ☐ Anorèxia ☐ Sàtiat precoç ☐ Dolor ☐ Depressió o signes de desànim ☐ Altres ☐				
DISFÀGIA	No ☐	Disfàgia a líquids ☐	Disfàgia a sòlids ☐	Disfàgia mixta ☐
AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES				
PAUTA DIETÈTICA ACONSELLADA A L'ALTA				
TIPUS DE DIETA		Textura Sense modificació de textura ☐ De fàcil masticació ☐ De fàcil deglució ☐ Triturada ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Volum Petit ☐ Mitjà ☐ Gran ☐		Amb líquids ☐ Sense líquids ☐
HIDRATACIÓ	EN CAS DE DISFÀGIA			
	Viscositat líquida ☐ nèctar ☐ púding ☐		Volums de 5 mL ☐ 10 mL ☐ 20 mL ☐	
SUPLEMENTACIÓ I/O NUTRICIÓ ENTERAL	Via d'administració: Oral ☐ Sonda nasogàstrica ☐ Sonda nasoduodenal ☐ Sonda nasojejunal ☐ Esofagostomia ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia ☐			
	Fórmula/producte	Dosi total	Volum, freqüència i/o velocitat	Mètode i sistema d'administració (en cas que no sigui via oral)
				Contínua ☐ Bomba ☐ Cíclica ☐ Gravetat ☐ Intermitent/bolus ☐ Xeringa ☐
OBSERVACIONS				

Dietista-nutricionista (núm. de col·legiat/ada):
Data:
Versió 1

Contacte:

GUIA PER EMPLENAR L'INFORME D'ALTA HOSPITALÀRIA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

A continuació es detallen les característiques de tots els apartats de la plantilla de l'informe d'alta hospitalària del dietista-nutricionista per tal de facilitar-ne la comprensió i assegurar un bon ús del document.

Cal tenir en compte que les caselles que s'han de marcar en cada cas són les que apareixen a la dreta de cada opció.

VALORACIÓ NUTRICIONAL

DADES ANTROPOMÈTRIQUES: En aquest apartat es troba informació relativa al pes, l'alçada i l'índex de massa corporal (IMC) del pacient.

- ▲ A la columna **PES** s'hi anota, en kilograms (kg), el pes habitual, a l'ingrés i a l'alta.
- ▲ A la columna **IMC** s'hi anota el valor corresponent a l'IMC (kg/m²) habitual, a l'ingrés i a l'alta, calculat amb la fórmula $IMC = \text{pes} / (\text{talla}^2)$.
- ▲ A la columna **DATA** s'hi anota el dia, el mes i l'any dels pesos sol·licitats amb el format dd/mm/aaaa.
- ▲ A l'apartat **TALLA** s'hi anota l'alçada en metres (m).
- ▲ A l'apartat **PÈRDUA DE PES** s'hi anota el percentatge (%) de pes perdut calculat amb la fórmula $\% \text{ de pèrdua de pes} = [(\text{Pes habitual} - \text{Pes actual}) / \text{Pes habitual}] \times 100$.
- ▲ A la columna **TEMPS** s'hi anoten les setmanes, mesos o anys en els quals s'ha produït la pèrdua de pes.
- ▲ En funció del percentatge de pèrdua de pes i el període de temps en el qual s'hagi produït aquesta pèrdua, cal indicar si és **SIGNIFICATIVA** o **NO SIGNIFICATIVA**³ marcant la casella corresponent.

TEMPS	PÈRDUA DE PES SIGNIFICATIVA
1 setmana	≥1-2%
1 mes	≥5%
3 mesos	≥7,5%
6 mesos	≥10%

³ Blackburn GL, Bristian BR, Maini BS, Schlamm H T, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. JPEN 1977; 1(1):11-22 [citad 15 febrer 2021].

PARÀMETRES ANALÍTICS: Camp obert per anotar les dades analítiques que el dietista-nutricionista consideri d'interès i la data de les dades.

DIAGNÒSTIC NUTRICIONAL: Apartat en el qual apareixen diverses eines per determinar l'estat nutricional del pacient. Només cal marcar la que es faci servir en el centre de treball de forma habitual o la que es consideri.

- ▲ **IMC:** Paràmetre per classificar l'excés de pes. S'exposa la proposta de la SEEDO⁴, però cal tenir en compte que la població de gent gran (de 70 anys o més) té uns límits de normopès i sobrepès diferents dels de la població adulta.

	POBLACIÓ ADULTA	GENT GRAN
Sobrepès de grau I	25-26,9 kg/m ²	27-29,9 kg/m ²
Sobrepès de grau II	27-29,9 kg/m ²	
Obesitat de grau I	30-34,9 kg/m ²	30-34,9 kg/m ²
Obesitat de grau II	35-39,9 kg/m ²	35-39,9 kg/m ²
Obesitat de grau III (mòrbida)	40-49,9 kg/m ²	40-49,9 kg/m ²
Obesitat de grau IV (extrema)	≥50 kg/m ²	≥50 kg/m ²

- ▲ **Segons els criteris SENPE⁵:** Classificació de la desnutrició segons el tipus (calòrica, proteica, mixta) i el grau (lleu, moderada, greu).
- ▲ **GLIM⁶:** Es proposen els diagnòstics nutricionals creats pel grup de treball Global Leadership Initiative on Malnutrition. Per al diagnòstic de malnutrició cal almenys un criteri fenotípic i un criteri etiològic i, segons la gravetat dels criteris, la desnutrició pot ser moderada o greu.

Criteris fenotípics

- ▲ Pèrdua de pes (%): >5% en els últims 6 mesos, o >10% a partir de 6 mesos.
- ▲ IMC (kg/m²): <20 si <70 anys, o <22 si ≥ 70 anys.
- ▲ Reducció de la massa muscular: Es valora mitjançant tècniques validades de mesurament de la composició corporal.

Criteris etiològics

- ▲ Reducció de la ingesta i/o assimilació d'aliments: ≤50% de les necessitats calòriques >1 setmana, o qualsevol reducció durant >2 setmanes, o qualsevol afecció gastrointestinal (disfàgia, vòmits, diarrea, restrenyiment, etc.) crònica que tingui un impacte advers en l'assimilació o l'absorció d'aliments (síndrome de l'intestí curt, insuficiència pancreàtica, cirurgia bariàtrica, etc.).
- ▲ Inflamació: malaltia o lesió aguda o relacionada amb la malaltia crònica.

⁴ Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B; Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc.) 2007; 128(5): 184-96 [citad 12 desembre 2020].

⁵ Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, et al; Grupo de Documentación de SENPE. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2008;23(6):536-40 [citad 12 desembre 2020].

⁶ Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higahiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2019 Feb; 10(1): 207-17. Published online 2019 Mar 28. doi: 10.1002/jcsm.12383. [citad 25 novembre 2020].

▲ **MNA⁷**: Es proponen els diagnòstics nutricionals que permet realitzar el test Mini-Nutritional Assessment (MNA) complet, específic per a la població de més de 65 anys.

▲ Estat nutricional normal: puntuació >24

▲ Risc de malnutrició: puntuació 17-23,5

▲ Malnutrició: puntuació <17

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A	Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	☐
B	Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	☐
C	Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	☐
D	Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	☐
E	Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	☐
F	Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23.	☐

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal
8-11 puntos: riesgo de malnutrición
0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G	El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	☐
H	Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	☐
I	Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	☐

J.	Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	☐
K	Consumen el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐ • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐ • carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐ 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	☐ ☐
L	Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	☐
M	Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	☐ ☐
N	Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	☐
O	Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	☐
P	En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	☐ ☐
Q	Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	☐ ☐
R	Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	☐

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos	☐	estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos	☐	riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos	☐	malnutrición

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
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 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Para más información: www.mna-elderly.com

⁷Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 1994; 4 (suppl 2): 15-59. [Citat 25 novembre 2020]

- ▲ **VGS^{8,9,10}**: Es proposen els diagnòstics nutricionals que permet fer el qüestionari de valoració global subjectiva (VGS).
- ▲ A: ben nodrit o sense risc nutricional
- ▲ B: desnutrició moderada o amb risc nutricional
- ▲ C: desnutrició greu

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL

A. Historia clínica

1) Peso corporal

Peso habitual _____ kg

Pèrdua en los últimos 6 meses: _____

Total kg _____ Porcentaje peso habitual _____ %

Variaciones en las últimas dos semanas:

- ☐ Aumento
☐ Sin cambios
☐ Disminución

2) Cambios en el aporte dietético

☐ NO ☐ SI

Duración _____ semanas

- ☐ Dieta oral sólida insuficiente
☐ Dieta oral triturada suficiente
☐ Dieta oral triturada insuficiente
☐ Dieta oral líquida exclusiva
☐ Ayuno casi completo

3) Síntomas gastrointestinales de duración superior a 2 semanas

- ☐ Ninguno
☐ Náuseas
☐ Anorexia
☐ Vómitos
☐ Diarrea
☐ Disfagia
☐ Dolor abdominal

4) Capacidad funcional

☐ Como siempre ☐ Alterada

Duración _____ semanas

- ☐ Trabajo limitado
☐ Ambulante
☐ Encamado

5) Enfermedad y su relación con los requerimientos

Diagnóstico primario ☐ No estrés ☐ Estrés moderado
 Tratamiento o complicaciones ☐ Estrés bajo ☐ Estrés alto

B. Examen físico

(para cada opción especificar: 0 = normal ; 1= leve; 2= moderado; 3= grave)

Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax) _____

Edemas maleolares _____

Pérdida de masa muscular (cuádriceps, deltoides) _____

Edemas sacros _____

Ascitis _____

VALORACIÓN:

- A) ☐ Bien nutrido o sin riesgo nutricional
 B) ☐ Desnutrición moderada o riesgo nutricional
 C) ☐ Desnutrición grave

A = bien nutrido o sin riesgo nutricional	B = desnutrición moderada o riesgo nutricional	C = desnutrición grave
- No pérdida de peso o aumento de peso reciente - Sin síntomas - Sin disminución ingesta o - Mejoría en la ingesta o en los síntomas (en ausencia de ascitis o edemas)	- Pérdida de peso (5-10%) o no recuperación - Síntomas que interfieren en la ingesta o - Disminución en la ingesta o - Situación de estrés	- Pérdida de peso (> 10%) - Pérdida de tejido adiposo y masas musculares con o sin edemas - Alteración acusada de la capacidad funcional

⁸ Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN. 1987; 11(1):8-13. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3820522>.

⁹ Modificat d'Angel Gil, editor. Tratado de nutrición. Tomo III. 2a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 87.

¹⁰ Recomanem seguir aquesta cita per complimentar-la de forma òptima: Subjective Global Assessment (SGA)- Diagnosing Malnutrition. Canadian Malnutrition Task Force. Le groupe de travail Canadien sur la malnutrition. Advancing Nutrition Care in Canada. Améliorer les soins nutritionnels au Canada. Disponible a: <https://nutritioncareincanada.ca/resources-and-tools/hospital-care-inpac/assessment-sga>. [citat 1 juny 2021].

Observacions

Camp obert per anotar el diagnòstic nutricional realitzat amb altres eines o per incloure informació addicional que el dietista-nutricionista consideri rellevant.

Necessitats nutricionals estimades:

Cal completar els diferents subapartats amb les necessitats energètiques (kcal/dia), proteiques (g/dia) i hídriques (mL/dia) estimades utilitzant fórmules validades.

EVOLUCIÓ DIETETICONUTRICIONAL DURANT L'INGRÉS

Camp obert on el dietista-nutricionista pot fer constar la informació dieteticonutricional que consideri rellevant sobre l'ingrés:

- ▲ Evolució de l'estat nutricional.
- ▲ Tractament dietètic indicat (tipus de dieta i textura) durant l'ingrés, tolerància, compliment del tractament i preferències del pacient en relació amb el tractament. S'hi inclouen les possibles complicacions derivades de la pauta (per exemple, carències nutricionals en el cas de dietes restrictives).
- ▲ Simptomatologia i condicionants de la ingesta que hagi presentat el pacient durant l'ingrés que afectin de forma considerable la ingesta, encara que ja no els presenti en el moment de l'alta.
- ▲ Suport nutricional oral indicat, tolerància, compliment del tractament i preferències del pacient en relació amb el tractament. S'hi inclouen els mòduls de proteïnes, hidrats de carboni, greixos o fibra, suplementes vitamínics i/o minerals i probiòtics.
- ▲ Indicació d'enzims pancreàtics per part de l'equip mèdic.
- ▲ Nutrició artificial indicada (enteral o parenteral) durant l'ingrés, tolerància i possibles complicacions.

CONDICIONANTS DE LA INGESTA A L'ALTA HOSPITALÀRIA

Apartat on es poden indicar els símptomes i altres condicionants de la ingesta que presenti el pacient en el moment de l'alta hospitalària. A continuació, es presenta una descripció breu de cadascuna:

- ▲ **EDENTULISME COMPLET:** Manca total de peces dentàries.
- ▲ **EDENTULISME PARCIAL:** Manca parcial de peces dentàries.
- ▲ **MAL ENCAIX DE LA PRÒTESI DENTAL**
- ▲ **AFTES ORALS:** Úlcères orals o llagues.
- ▲ **CANDIDOSI:** Úlcères o lesions orals causades per fongs.
- ▲ **ODINOFÀGIA:** Dolor a l'empassar.
- ▲ **MUCOSITIS ORAL:** Lesió i inflamació de l'interior de la boca i la gola.
- ▲ **DISGÈUSIA:** Alteració en la percepció dels gustos.
- ▲ **HIPOGÈUSIA:** Disminució de la percepció dels gustos.
- ▲ **AGÈUSIA:** Absència o pèrdua gairebé completa de la percepció dels gustos.

- ▲ **XEROSTOMIA:** Sequedat de la boca per falta o disminució de saliva.
- ▲ **DIARREA:** Deposicions toves o líquides tres o més cops al dia o amb més freqüència de la normal per a la persona.
- ▲ **RESTRENYIMENT:** Dificultat persistent per defecar o sensació que la defecació és incompleta i/o moviments intestinals infreqüents (cada 3-4 dies o amb menys freqüència) en absència de símptomes d'alarma o causes.
- ▲ **DISPNEA:** Dificultat respiratòria o falta d'aire.
- ▲ **ANORÈXIA:** Manca o disminució de la sensació de gana.
- ▲ **SACIETAT PRECOÇ:** Sensació de plenitud després de menjar menys del que és habitual per a aquella persona.
- ▲ **DOLOR**
- ▲ **DEPRESSIÓ O SIGNES DE DESÀNIM**
- ▲ **ALTRES:** Camp obert per especificar altres condicionants de la ingesta rellevants, com ara aversions alimentàries, ansietat, etc.

S'hi inclou també la disfàgia:

- ▲ **DISFÀGIA A LÍQUIDS:** Dificultat per deglutir els líquids.
- ▲ **DISFÀGIA A SÒLIDS:** Dificultat per deglutir els sòlids.
- ▲ **DISFÀGIA MIXTA:** Dificultat per deglutir els líquids i els sòlids.

AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

Camp obert per deixar constància de les al·lèrgies i intoleràncies alimentàries que presenti el pacient. És interessant indicar si es disposa d'un diagnòstic mèdic o només es té la referència del mateix pacient.

PAUTA DIETÈTICA ACONSELLADA A L'ALTA HOSPITALÀRIA

Tipus de dieta

Camp obert per escriure la pauta dietètica que s'aconsella a l'alta hospitalària (per exemple, controlada en hidrats de carboni, amb alt contingut de fibra, etc.). Es recomana utilitzar el document *Consens sobre la nomenclatura de les dietes hospitalàries*, elaborat pel Grup de Treball de Nutrició Clínica del CODINUCAT per anomenar les dietes i publicat al gener de 2021.

A l'apartat **TEXTURA** s'hi indica la textura recomanada de la dieta en funció de la capacitat de masticació, deglució o preferències personals que presenti el pacient.

- ▲ Sense modificació de textura: S'hi inclouen aliments de diferents consistències.
- ▲ De fàcil masticació: S'hi inclouen aliments tous i/o sucosos que permetin una masticació còmoda. Les coccions emprades han de facilitar la masticació.
- ▲ De fàcil deglució: Els aliments i les coccions emprades han de facilitar la deglució. Es permeten els aliments de consistència tova, que es puguin aixafar amb forquilla i que, a més a més, llisquin fàcilment per l'orofaringe però que no desprenguin líquid durant la masticació. Se n'exclouen tots els líquids i els aliments amb alt risc d'aspiració, aliments enganxosos i aliments amb doble textura.

▲ Triturada: Els aliments i les coccions emprades han de possibilitar la trituració dels aliments. Es permeten els aliments líquids (de viscositats variables), aliments triturats i sòlids que s'estovin o esmicolin amb facilitat dins els líquids i/o sòlids de mida petita.

▲ Pastosa: Els aliments i les coccions emprades han de facilitar que es pugui aconseguir una textura homogènia, per tal de garantir una deglució segura. Tots els aliments han de tenir la mateixa consistència. En els aliments líquids s'han d'utilitzar espessidors fins a aconseguir la viscositat desitjada. També es poden utilitzar aigües gelificades per aconseguir una hidratació suficient.

▲ Líquida: Tota la dieta ha d'estar constituïda per líquids.

Paral·lelament, per als pacients amb disfàgia que tolerin una dieta sense modificació de textura o de fàcil masticació es pot indicar el tipus de textura que necessiten.

A l'apartat **VOLUM** es pot concretar si la quantitat de menjar en cada cullerada ha de ser petita, mitjana o gran.

Hidratació

▲ Camp obert per indicar la recomanació d'ingesta hídrica diària, tant si és per via oral com enteral.

▲ A l'apartat **EN CAS DE DISFÀGIA** s'hi pot concretar la viscositat (líquid, nèctar, púding) i el volum (5, 10 i 20 mL) a les quals compensa el pacient si té diagnòstic de disfàgia.

Suplementació i/o nutrició enteral

En aquest apartat s'hi descriu la pauta de suplementació nutricional oral o nutrició enteral que es recomana a l'alta hospitalària.

VIA D'ADMINISTRACIÓ: Cal indicar-hi si la via indicada és oral o enteral.

FÓRMULA: Cal descriure el tipus de fórmula que es recomana:

▲ Hipocalòrica, normocalòrica, hipercalòrica.

▲ Hipoproteica, normoproteica, hiperproteica. Polimèrica, oligomèrica, peptídica. Enriquida amb aminoàcids concrets.

▲ Hipolipídica, normolipídica. Enriquida amb àcids grassos concrets.

▲ Amb fibra o sense i de quin tipus, si escau.

▲ Controlada en hidrats de carboni totals i sucres.

▲ Mòduls de proteïnes, hidrats de carboni, lípids i/o fibra.

▲ Probiòtics.

▲ Suplements vitamínics i/o minerals.

▲ etc.

DOSI TOTAL: Cal indicar-hi la quantitat total (mL) a administrar en 24 hores.

VOLUM, FREQÜÈNCIA I/O VELOCITAT: S'hi ha d'indicar el volum per presa (mL), l'horari (àpat o hora) i/o velocitat en el cas de la nutrició enteral (mL/h o gotes/min).

MÈTODE I SISTEMA D'ADMINISTRACIÓ (en cas que no sigui via oral).

Mètodes d'administració de la nutrició enteral:

- ▲ **CONTÍNUA:** Administració a una velocitat constant durant les 24 hores del dia.
- ▲ **CÍCLICA:** Administració a una velocitat constant durant períodes inferiors a 24 hores, amb intervals lliures d'infusió; per exemple: nutrició enteral nocturna.
- ▲ **INTERMITENT/BOLUS:** Administració fraccionada cada 3 o 4 hores.

Sistemes d'administració de la nutrició enteral:

- ▲ **BOMBA:** Es fan servir bombes d'infusió per a una precisió més gran en l'administració de la nutrició enteral, pautaada en mL/h.
- ▲ **GRAVETAT:** Es fan servir equips de gravetat i es controla la velocitat de l'administració comptant les gotes/min.
- ▲ **XERINGA:** Es fan servir xeringues d'alimentació per administrar directament la nutrició enteral. Pot ser útil en determinats casos, però habitualment no se'n recomana l'ús pel risc higiènic que comporta la manipulació de la nutrició.

OBSERVACIONS: Camp obert que el dietista-nutricionista pot fer servir per anotar altres característiques de la pauta dietètica aconsellada a l'alta hospitalària o, per exemple, si el pacient entra en el Programa de nutrició enteral domiciliària.

DECLARACIÓ DE CONFLICTE D'INTERESSOS

Els autors i els revisors declaren no tenir cap conflicte d'interessos en relació amb la publicació del present document.

AGRAÏMENTS

El CODINUCAT agraeix i compta amb l'autorització expressa de Nestle Nutrition Institut per a la utilització del MNA®. Per obtenir més informació: www.mna-elderly.com. La literatura relacionada amb el MNA® s'actualitza regularment en aquest lloc web.



📍 Via Laietana, 38, 1r 1a 08003 - BARCELONA

☎ 930 10 62 48

✉ administracio@codinucat.cat

🌐 www.codinucat.cat