

ALIMENTACIÓ DEL MALALT HOSPITALITZAT

Dra. Mercè Planas i Cleofé Pérez-Portabella, Unitat de Suport Nutricional,
Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona

Durant l'hospitalització, l'administració d'una dieta adequada és una eina més dins tota l'estratègia terapèutica encaminada a pal·liar la malaltia. Els pacients que ingressen a l'hospital tenen un gran risc de presentar o desenvolupar trastorns de la nutrició. Poden presentar desnutrició (lleu, moderada o severa), sobrenutrició (essent l'obesitat una conseqüència en la seva progressió), i deficiències nutricionals específiques. A més, les situacions fisiopatològiques poden comportar trastorns en la metabolització dels diversos substrats nutritius. Les necessitats nutricionals es veuran, doncs, condicionades no sols per l'existència o no de trastorns de la nutrició, sinó també pels problemes metabòlics associats a les diverses malalties.

La desnutrició en els països desenvolupats no és, en general, la conseqüència de la manca de nutrients, sinó que es presenta bé en el curs de malalties cròniques o davant una malaltia aguda que cursi amb un grau d'agressió elevat i persistent. Tant és així que s'accepta que la incidència de desnutrició en els malalts hospitalitzats és del 50%. Més encara, la desnutrició pot incrementar-se en aquells pacients que romanguin ingressats per períodes iguals o superiors a tres setmanes, cosa que es podria evitar si se supervisés que reben i toleren una nutrició correcta i adequada a les seves necessitats fisiopatològiques. La nutrició dels malalts s'ha de veure com una faceta més dins el tractament individual. S'han de cobrir les necessitats energètiques i proteiques (que solen estar incrementades) i també els possibles déficits de micronutrients, però en cada cas concret administrant els substrats més adequats (en quantitat i en qualitat) a la possible disfunció metabòlica concreta.

El pacient hospitalitzat es troba en una situació que facilita el desenvolupament de la desnutrició. No es fàcil que s'habitui als canvis de la rutina dels



Menú de dieta convencional.

horaris dels seus àpats i a l'ambient completament aliè de l'hospital; tampoc no pot desprendre's fàcilment de l'angoixa que comporta la inseguretat d'un diagnòstic i les seves conseqüències, però també és una realitat que al llarg de la seva hospitalització perd molts àpats a causa de la necessitat d'estar en condicions de dejuni per sotmetre's a diverses proves diagnòstiques i terapèutiques; a més, les necessitats nutricionals varien segons les malalties específiques i requereixen fórmules pròpies. El fet que les necessitats nutricionals dels malalts solen estar incrementades pot causar un desequilibri entre la ingesta i els requeriments, cosa que, si persisteix, comporta una pèrdua de massa proteica muscular que pot afavorir complicacions diverses (des d'infeccions fins a insuficiència respiratòria, o incorrecta cicatrització de les ferides) que exigiran estades hospitalàries més prolongades (amb els costos econòmics que això implica) i fins i tot un increment de les taxes de mortalitat.

Els pacients han de ser valorats a nivell individual. S'han de tenir en compte tant les necessitats bàsiques diàries com el fet que l'individu pugui ser



Pacient amb nutrició enteral.

tributari d'assistència durant els menjars, ja que fàcilment pot presentar incapacitats, transitòries o no, que si no es valoren comporten una gran disminució de les ingestes de nutrients. S'ha de seleccionar la dieta específica per a cada u, dieta que variarà no solament en funció de la composició sinó també de la seva consistència i fins i tot de la via d'administració.

Fins no fa gaires anys, en els nostres hospitals, els menjars dels malalts consistien en l'elaboració d'un sol menú, i com a molt hi havia una sola variació en forma de puré, que es distribuïa amb grans cassoles compartides per tots els malalts independentment de les seves malalties específiques. Afortunadament, les coses en aquest nivell han canviat molt, i avui, gràcies al desenvolupament de la nutrició i de la dietètica, tenim personal sanitari i del món de l'hoteleria interessat en la nutrició que ha ajudat a fer canviar notablement l'alimentació en els hospitals.

A molts hospitals del nostre país, està ja totalment considerat el manteniment d'un seguiment i control de la nutrició dels pacients dins el concepte de millora de la qualitat assistencial, l'eficàcia i la possibilitat dels diversos tractaments. Cada cop més els hospitals disposen d'unitats de nutrició i dietètica constituïdes per personal sanitari multidisciplinari que detecten, controlen, resolen i donen resposta als problemes nutricionals que presenten els malalts. Una actuació que, sens dubte, repercuteix en l'evolució de les malalties. L'activitat restauradora d'un hospital està, però, condicionada per la seva capacitat econòmica i per l'estructura hospitalària. No és el mateix servir el menjar en un hospital que consta d'un sol edifici que si disposa de diversos centres, ni que el menjar hagi de ser elaborat per a una població adulta o per a una població que inclou també els infants. Sens dubte, a més de l'existència de les unitats de nutrició i dietètica en íntim contacte amb els responsables i els treballadors de cuina i d'hoteleria, hi ha

d'haver, per part de les direccions, una consciència i una voluntat que permetin disposar d'uns pressupostos adequats per portar a terme els programes elaborats.

Habitualment, un 84 % dels pacients hospitalitzats reben una dieta de cuina que pot ser preparada de manera sistemàtica segons unes normes que varien segons les temporades de l'any. Això no vol pas dir que aquest 84 % dels malalts rebin la mateixa dieta; vol dir que hi ha uns menús (el nombre dels quals varia en funció de les disponibilitats econòmiques i de l'interès per la nutrició de cada centre) dissenyats per a situacions fisiopatològiques i possibilitats físiques diferents. Així, per exemple, la dieta basal ha de tenir la possibilitat de ser servida en diverses textures: normal, tova i triturada. No és el mateix una dieta triturada que podem administrar a un pacient a qui li faltin moltes peces dentàries, que una dieta completa de consistència líquida que possiblement el malalt haurà de beure per impossibilitat d'obrir completament la boca. Varia enormement una dieta per a un pacient diabètic a una altra per a un malalt que ha estat sotmès a una resecció parcial o total de l'estómac. No es poden comparar les dietes per a malalts amb grans necessitats energètiques (com els malalts sèptics o els politraumatitzats) amb les dietes hipocalòriques (dissenyades per malalts obesos). Tampoc no s'assemblen gens les dietes hiperproteiques (per a malalts amb grans cremades) amb les dietes hipoproteiques (dirigides a malalts amb insuficiència renal). L'habitual és que, d'una manera ràpida i si és possible, automatitzada, es pugui sol·licitar cada dia una dieta en funció de les necessitats de cada pacient.

Però no oblidem que estem parlant d'un 84 % dels malalts hospitalitzats. Ens resta un 16 %, que han de ser tractats d'una manera totalment diferent i als quals ens referirem aquí només esquemàticament. Són malalts que necessiten unes mesures d'a-



Pacient amb nutrició parenteral.

tenció especials, sense les quals no ingeririen els mínims necessaris per evitar els efectes sobreafegits a la malaltia dels trastorns de la nutrició. Aquests malalts poden rebre una dieta oral amb nutrients convencionals, però que no s'engloba dins els menús dissenyats prèviament a l'hospital (*dietes orals personalitzades*), una dieta constituïda per nutrients no convencionals i administrada per via gastrointestinal (*nutrició enteral*), o bé han de rebre els aliments per via endovenosa (*nutrició parenteral*).

Aproximadament un 7 % del total dels pacients hospitalitzats han de rebre una dieta oral personalitzada. Aquests malalts poden menjar per boca nutrients habituals, però els seus menús han de ser dissenyats d'una manera totalment individual, bé per qüestions relacionades amb els gustos, costums socials o religiosos, bé per problemes d'al·lèrgies, o fins i tot per necessitats nutricionals específiques. S'ha de fer un seguiment estricte de la seva ingesta i de la seva tolerància per comprovar l'eficàcia de la tasca portada a terme.

Un 5 % dels malalts es nodreixen amb nutrició enteral. Són pacients que han de rebre una dieta constituïda per nutrients no convencionals i que s'ha d'administrar per via gastrointestinal, en general a través d'una sonda col·locada a l'estómac o al budell prim.

Finalment, hi ha un 3-4 % de malalts incapaçs de menjar ni per boca ni per via enteral; són els pacients tributaris de la nutrició parenteral. En aquest cas, els nutrients, d'una manera parcial o total, han de ser administrats a través d'una via endovenosa, amb tots els problemes de maneig i de control que això comporta.

Acabem recordant que el fet que els malalts durant l'estada a l'hospital passin gana i fins i tot es desnodreixin demostra el poc coneixement que el personal sanitari té sobre les implicacions de l'estat de nutrició en la salut i l'evolució de les malalties. No oblidem que es diu que la desnutrició al carrer demostra l'existència de pobresa, mentre que la desnutrició a l'hospital és demostrativa d'ignorància.

MULTIPRODUCTS, S.L.

Telèfon: 93 4175322 / 4340116

Fax: 93 4175322

e-mail: multipro@lix.intercom.es

Apartat de correus 6075
08080 Barcelona

Des del
1987

Multiproducts

**EMPRESA DISTRIBUÏDORA DE
MATÈRIES PRIMERES.
REPRESENTACIÓ DE LA FIRMA
DAROMA, QUÈ ES DEDICA A AROMES
NATURALS, SINTÈTIQUES I
D'IMITACIÓ MOLECULAR, LÀCTICS,
COLORANTS NATURALS D'EXTRACTES
VEGETALS, ETC.**



**EXTRACTES VEGETALS
AROMES ALIMENTÀRIES**