

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) oraz Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego w zakresie diagnostyki i leczenia niedożywienia w gabinecie lekarza POZ

AUTORZY

Mateusz Babicki^{1*}, Agnieszka Mastalerz-Migas^{1*}, Małgorzata Gałązka-Sobotka², Przemysław Matras^{3,4,5\$}, Dorota Mańkowska-Wierzbicka^{6\$}

1 Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

2 Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa

3 Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

4 Zakład Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

5 Ośrodek Leczenia Żywieniowego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

6 Katedra Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

*, \$ – równy wkład autorów



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYN RODZINNEJ

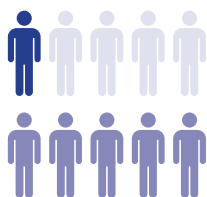


Rekomendacje PTMR, POLSPEN, PTŻK w zakresie diagnostyki i leczenia niedożywienia w gabinecie lekarza POZ

Abstrakt graficzny

Niniejsze wytyczne, po raz pierwszy będące efektem pracy ekspertów z trzech towarzystw naukowych, a także dokumenty pomocnicze, takie jak praktyczne algorytmy i materiały edukacyjne dla pacjentów, zostały opracowane w celu stworzenia realnej szansy na poprawę dotychczas niezaspokojonych potrzeb diagnostyki i leczenia nieprawidłowego stanu odżywienia.

Niedożywienie jest to stan wynikający z braku spożywania lub braku wchłaniania odpowiedniej ilości substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i psychicznej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej.



Niedożywienie dotyka co 10. osobę w poradniach lekarza POZ, a **co drugi pacjent** jest zagrożony niedożywieniem.



Skuteczne zarządzanie niedożywieniem powinno być priorytetem w gabinetach lekarzy POZ, ponieważ może **to przyczynić się do zmniejszenia liczby wizyt lekarskich i hospitalizacji oraz poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjentów.**

Czy u Twojego pacjenta występują poniższe objawy? Jeśli tak, pomyśl o niedożywieniu!

wizualna ocena stanu pacjenta (szczupła sylwetka)	nieplanowana utrata masy ciała np. luźniej leżące ubrania	obniżona odporność (powtarzające się infekcje)	pogorszone gojenie ran	zmieniony rytm wypróżnień lub funkcjonowanie jelit
zmniejszona sprawność fizyczna	zanik mięśni (sarkopenia również u osób otyłych)	częste upadki	apatia, problemy z koncentracją	rozdrażnienie, pogorszony nastrój
słaby apetyt	sucha, pękająca skóra	przewlekłe uczucie zmęczenia i słabości	występujące działania niepożądane leków	pogarszający się ogólny stan zdrowia

Cztery kroki procesu leczenia żywieniowego:

KROK 1	Identyfikacja niedożywienia przesiewowe badanie stanu odżywienia	Przesiewowe badania stanu odżywienia, takie jak „ Malnutrition Universal Screening Tool ” (MUST), powinny być standardem przy pierwszym kontakcie pacjenta z lekarzem POZ - załącznik 1
KROK 2	Ocena identyfikacja podstawowej przyczyny niedożywienia	Rozpoznanie przyczyn i objawów zaburzających prawidłowe odżywianie oraz podjęcie działań mających na celu ich odwrócenie lub modyfikację powinno być integralną częścią planu leczenia - załącznik 3
KROK 3	Interwencja określenie celów leczenia i optymalizacja spożycia składników odżywczych	Interwencje żywieniowe, takie jak modyfikacja diety, stosowanie doustnych preparatów odżywczych, żywienie dojelitowe i pozajelitowe , są skutecznymi metodami leczenia, które powinny być indywidualnie dostosowane do potrzeb pacjenta.
KROK 4	Monitorowanie interwencji żywieniowej	Częstotliwość monitorowania zależy od stanu żywieniowego pacjenta (załącznik 2), miejsca opieki, rodzaju leczenia oraz rokowania.

Pomocne załączniki do wytycznych:



Załącznik 1 Algorytm postępowania w przypadku niedożywienia zgodnie z kategorią ryzyka przy użyciu skali „MUST”



Załącznik 2 Ścieżka postępowania przy wyborze żywienia medycznego/ doustnych preparatów odżywczych (ONS)



Załącznik 3 Broszura: Jak rozmawiać z pacjentem na temat żywienia i zmieniającej się masy ciała?



Załączniki 4-6 Materiały edukacyjne dla pacjenta w 3 kolorach, w zależności od ryzyka niedożywienia

Brak właściwego żywienia hamuje prawidłowy przebieg leczenia, dlatego wsparcie żywieniowe powinno być kluczowym elementem od początku terapii.



WSTĘP I PODSTAWOWE DEFINICJE

Niedożywienie definiuje się jako stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania składników odżywczych, prowadzący do zmiany składu ciała, a przez to do upośledzenia aktywności fizycznej i psychicznej organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej (1). Niedożywienie może być związane z chorobą lub spowodowane czynnikami społecznymi. **Co istotne – osoby z nadwagą lub otyłością również mogą być niedożywione.** W ich przypadku zachować należy szczególną czujność i zwrócić uwagę na każdą niewyjaśnioną i nieplanowaną utratę masy ciała.

Ten dokument skupia się w szczególności na identyfikacji i zaleceniach postępowania w przypadku niedożywienia związanego z chorobą (ICD-10: E40-46 ICD-11: 5B60-5B6Z). **Podobnie jak inne jednostki chorobowe niedożywienie powinno być diagnozowane i leczone zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania (2).**

Tabela 1. Skala problemu niedożywienia i jego kliniczne konsekwencje

SKALA PROBLEMU	KONSEKWENCJE NIEDOŻYWIENIA
Szacuje się, że ponad 33 miliony osób w Europie jest niedożywionych (3) (4). Z dostępnych danych epidemiologicznych wynika, że około 4.5% ogółu społeczeństwa boryka się z tym problemem zdrowotnym. W przełożeniu na polskie warunki oznaczałoby to, że około 1,7 mln populacji wykazuje objawy niedożywienia. Niedożywienie (niedostateczne odżywianie) dotyczy: → 35% osób niedawno przyjętych do domów opieki (5) → 29% dorosłych przy przyjęciu do szpitala (5) → 30% uczestniczących w wizytach ambulatoryjnych w szpitalu (6) → 11% osób w praktykach lekarza pierwszego kontaktu, przy czym 54% pacjentów pod opieką POZ jest w ryzyku niedożywienia (7).	→ Zmniejszona siła mięśniowa (8) i zespół kruchości (9) (10) → Zwiększone ryzyko upadków (11) → Dłuższy powrót do zdrowia po chorobie i po leczeniu operacyjnym (8) (12) → Gorsze wyniki kliniczne, np. częstsze powikłania, wyższa śmiertelność (8) (12) → Zaburzona funkcja psychospołeczna (np. lęk, depresja, pogorszone funkcje poznawcze) (8) (12) → Zaburzona odpowiedź immunologiczna (8) (12) → Utrudnione gojenie ran (8) (12) Niedożywienie negatywnie wpływa na pracę wszystkich narządów i układów (12).

Tabela 2. Sytuacje kliniczne w sposób szczególny przyczyniające się do ryzyka rozwoju niedożywienia

SYTUACJA	CHARAKTERYSTYKA
Choroby przewlekłe	np. POChP, nowotwory, choroby przewodu pokarmowego (np. nieswoiste choroby zapalenie jelit (IBD), nerek lub wątroby, reumatoidalne zapalenie stawów) (8) (13). Zwłaszcza w sytuacji ostrych epizodów i pogorszenia stanu ogólnego oraz współistnienia kilku jednostek chorobowych jednocześnie (wielochorobowość) (14).
Choroby neurologiczne	np. demencja, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne (SLA) (15) (16).
Choroby ostre i stany nagłe	gdy odpowiednia ilość pożywienia nie jest spożywana przez okres dłuższy niż 5 dni, np. udar mózgu, urazy, rozległe oparzenia i inne sytuacje wymagające intensywnej opieki medycznej (15)
Zespół kruchości (frailty)	do jego rozwoju prowadzić mogą np. brak mobilności, podeszły wiek, niedawny wypis ze szpitala, sarkopenia (w tym sarkopenia u osób starszych i otyłych) (8).
Okres okołoperacyjny	poprawa stanu odżywienia przed operacją (17).
Po wypisie ze szpitala, w trakcie rekonwalescencji i rehabilitacji	po epizodzie opieki medycznej w przypadkach nagłych, np. po zabiegu chirurgicznym (18), udarze mózgu (16), urazie (8), terapii onkologicznej (19), leczeniu w ramach OIT (20). Im dłuższy pobyt w szpitalu, związany z ciężkością choroby i przedłużającym się unieruchomieniem, tym wyższe ryzyko wystąpienia u pacjentów tzw. syndromu poszpitalnego (post-hospital syndrome). Syndrom ten definiowany jest jako nagły i przejściowy okres osłabienia po pobycie w szpitalu i stanowi niezależny czynnik ryzyka ponownej hospitalizacji oraz powikłań (21) (22).
Opieka paliatywna	dostosowywanie i modyfikacja zaleceń do etapu choroby, utrzymanie komfortu pacjenta oraz respektowanie jego wyborów, szczególnie w terminalnym okresie życia (2) (23).
Zaburzenia połykania (dysfagia)	w przebiegu takich chorób jak udar mózgu, choroby neurodegeneracyjne, choroby nowotworowe w obrębie głowy i szyi (24)

Ponadto, zwiększone ryzyko niedożywienia dotyczy pacjentów, którzy nie wychodzą z domu lub mają trudności z dostępem do jedzenia albo jego przygotowaniem, a także osób z problemami społeczno-ekonomicznymi i środowiskowymi.

PRZYCZYNY ROZWOJU NIEDOŻYWIENIA ZWIĄZANEGO Z CHOROBA

Do rozwoju niedożywienia związanego z chorobą dochodzi na skutek dwóch podstawowych czynników: **zwiększonego zapotrzebowania i zmniejszonego spożycia składników odżywczych**.

Zwiększone zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze, przede wszystkim na białko, wynika z obecności **stanu zapalnego** (o różnym stopniu nasilenia) przyczyniającego się do zwiększonego katabolizmu i obrotu białka w organizmie. Obecność stanu zapalnego skutkować będzie jednocześnie zmniejszeniem łaknienia i niechęcią do jedzenia. Istotny wpływ na wystąpienie niedożywienia mają choroby, w konsekwencji których u pacjentów dochodzi do zaburzeń połykania, upośledzenia funkcji żucia i gryzienia, co uniemożliwia przyjmowanie adekwatnych do potrzeb ilości substancji odżywczych.

Na te czynniki nakładać mogą się **trudności w samodzielnym spożywaniu pokarmów**, przy jednoczesnej niewystarczającej pomocy osobom wymagającym asysty przy posiłkach – dotyczy to przede wszystkim osób mieszkających samotnie. Różnego rodzaju restrykcje żywieniowe, konieczność zastosowania diety lekkostrawnej lub eliminacyjnej sprawiają, że pacjenci sięgają po produkty, które w ich rozumieniu dobrze wpisują się w tego typu dietę, jednak jednocześnie mają one często niską wartość odżywczą.

IMPLIKACJE KOSZTOWE NIEDOŻYWIENIA

W przypadku osób niedożywionych obserwuje się (25):

- Większe potrzeby zdrowotne w społeczności powodujące obciążenie podstawowej opieki zdrowotnej (więcej wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, konieczność wizyt domowych, większe zużycie leków np. antybiotyków)
- Więcej przyjęć do szpitala i rehospitalizacji
- Dłuższy czas pobytu w szpitalu

Szacuje się, że koszt opieki zdrowotnej i społecznej dla osoby niedożywionej jest trzykrotnie wyższy niż dla osoby z prawidłowym stanem odżywienia (25). Dostępne dane wskazują, że niedożywienie kosztuje kraje europejskie ok 170 miliardów euro rocznie (3).

Zajęcie się **problemem niedożywienia poprawi stan odżywienia, wyniki kliniczne, zmniejszy wykorzystanie opieki zdrowotnej i związane z nią koszty** (25).

- Konsultacje i interwencje skoncentrowane na pacjencie mogą poprawić jakość życia (26).
- Skuteczne zarządzanie niedożywieniem może przynieść znaczne oszczędności kosztów (26) (27) (28) (29).
- Koszt leczenia żywieniowego (w tym doustnych preparatów odżywczych ONS, żywienia dojelitowego i żywienia pozajelitowego) jest niski, wynosi mniej niż 2,5% całkowitych wydatków spowodowanych przez niedożywienie (30)

LECZENIE ŻYWIENIOWE W GABINECIE LEKARZA POZ – ZALECENIA POSTĘPOWANIA

Proces leczenia żywieniowego w przypadku pacjentów znajdujących się w ryzyku niedożywienia lub niedożywionych w związku z chorobą można podzielić na cztery kluczowe kroki – rycina 1 (31):

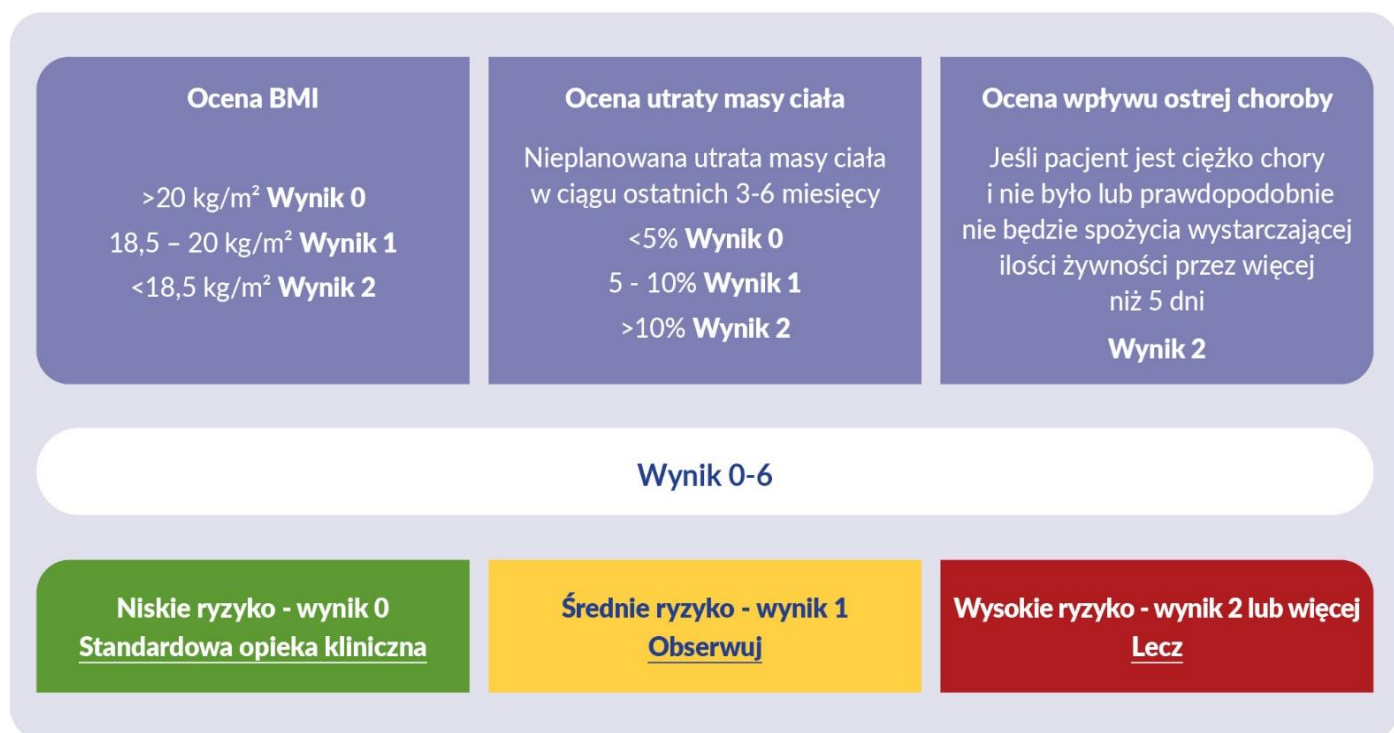


Rycina 1. Proces leczenia żywieniowego

KROK 1

Identyfikacja niedożywienia: przesiewowe badanie stanu odżywienia

Zidentyfikuj niedożywienie, używając zweryfikowanych i zwalidowanych przesiewowych narzędzi oceny stanu odżywienia, takich jak "Malnutrition Universal Screening Tool" MUST – rycina 2 (31).



Rycina 2. Pierwszy krok procesu leczenia żywieniowego zgodnie z "Malnutrition Universal Screening Tool" MUST (cały algorytm postępowania w załączniku 1)

Kiedy przeprowadzić badanie stanu odżywienia:

1. **Przesiewowo** - przy pierwszym kontakcie w POZ.
2. **W przypadku wskazań klinicznych** - przykłady objawów niedożywienia przedstawione zostały w tabeli 3.

Tabela 3. Przykłady objawów niedożywienia

PRZYKŁADY OBJAWÓW NIEDOŻYWIENIA				
wizualna ocena stanu pacjenta (szczupła sylwetka)	nieplanowana utrata masy ciała objawiająca się np. luźniej leżącymi ubraniami	obniżona odporność (powtarzające się infekcje)	utrudnione gojenie ran	sucha i pękająca skóra
zmniejszona sprawność fizyczna	zanik mięśni (sarkopenia również u osób otyłych)	częste upadki	apatia, problemy z koncentracją	rozdrażnienie, pogorszony nastrój
zmieniony rytm wypróżnień lub funkcjonowania jelit	słaby apetyt	przewlekłe uczucie zmęczenia i słabości	występujące działania niepożądane leków	pogarszający się ogólny stan zdrowia

Pytania kluczowe do uzyskania informacji, które pozwolą na ocenę kliniczną ryzyka niedożywienia i określenie najbardziej odpowiedniej interwencji (więcej w załączniku 3):

1. Jaki ostatnio masz **apetyt**? Jak sobie radzisz z jedzeniem i piciem?
2. Czy czujesz, że Twoja **masa ciała** zmieniła się w ostatnich tygodniach lub miesiącach? Jak pasują Twoje ubrania i biżuteria? Czy czujesz, że pasują inaczej niż zwykle?
3. Czy czujesz, że Twoja **siła** zmieniła się (zmniejszyła) w ostatnich tygodniach lub miesiącach?
4. Czy odczuwasz **zmęczenie** przy wykonywaniu codziennych czynności, które wcześniej nie sprawiały problemu?

Tabela 4. Kryteria klasyfikacji ryzyka niedożywienia

OCENA RYZYKA NIEDOŻYWIENIA	WSKAŹNIKI
Niskie prawdopodobieństwo niedożywienia	Masa ciała w normie, stabilna lub rosnąca, brak nieplanowanej utraty masy ciała, brak zmniejszenia apetytu lub spożycia pokarmów
Umiarkowane prawdopodobieństwo niedożywienia	Niska masa ciała w wyniku choroby/stanu lub nieplanowana utrata masy ciała w poprzednich 3-6 miesiącach, zmniejszony apetyt lub zdolność do jedzenia
Wysokie prawdopodobieństwo niedożywienia	Niska lub bardzo niska masa ciała i/lub znacząca nieplanowana utrata masy ciała w poprzednich 3-6 miesiącach, zmniejszony apetyt lub zdolność do jedzenia i/lub zmniejszone spożycie diety

Gdy pacjent zostanie zidentyfikowany jako zagrożony niedożywieniem, zaleca się dalszą ocenę, leczenie i powtarzanie badania przesiewowego, aby ocenić poprawę lub pogorszenie i określić potrzebę podjęcia dalszych działań (29).

KROK 2

Ocena: Identyfikacja podstawowej przyczyny niedożywienia

Dla wszystkich osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem ważne jest **zidentyfikowanie podstawowej przyczyny tego stanu w celu określenia najbardziej odpowiedniej opieki żywieniowej**. Niektóre metody leczenia oraz stosowane leki mogą wywoływać działania niepożądane, które wpływają na stan odżywienia, zaburzając spożycie pokarmów oraz napojów. W niektórych przypadkach może być wymagane skierowanie do dietetyka a w przypadku pacjentów wymagających leczenia żywieniowego dojelitowego czy pozajelitowego, do poradni żywieniowej.

Rozpoznanie przyczyn i objawów zaburzających prawidłowe odżywianie się oraz podjęcie działań mających na celu ich odwrócenie lub modyfikację powinno być integralną częścią planu leczenia. W tabeli 5 znajdują się przykłady czynników utrudniających jedzenie i picie oraz kilka propozycji rozwiązań i modyfikacji diety, które mogą pomóc pacjentowi (31).

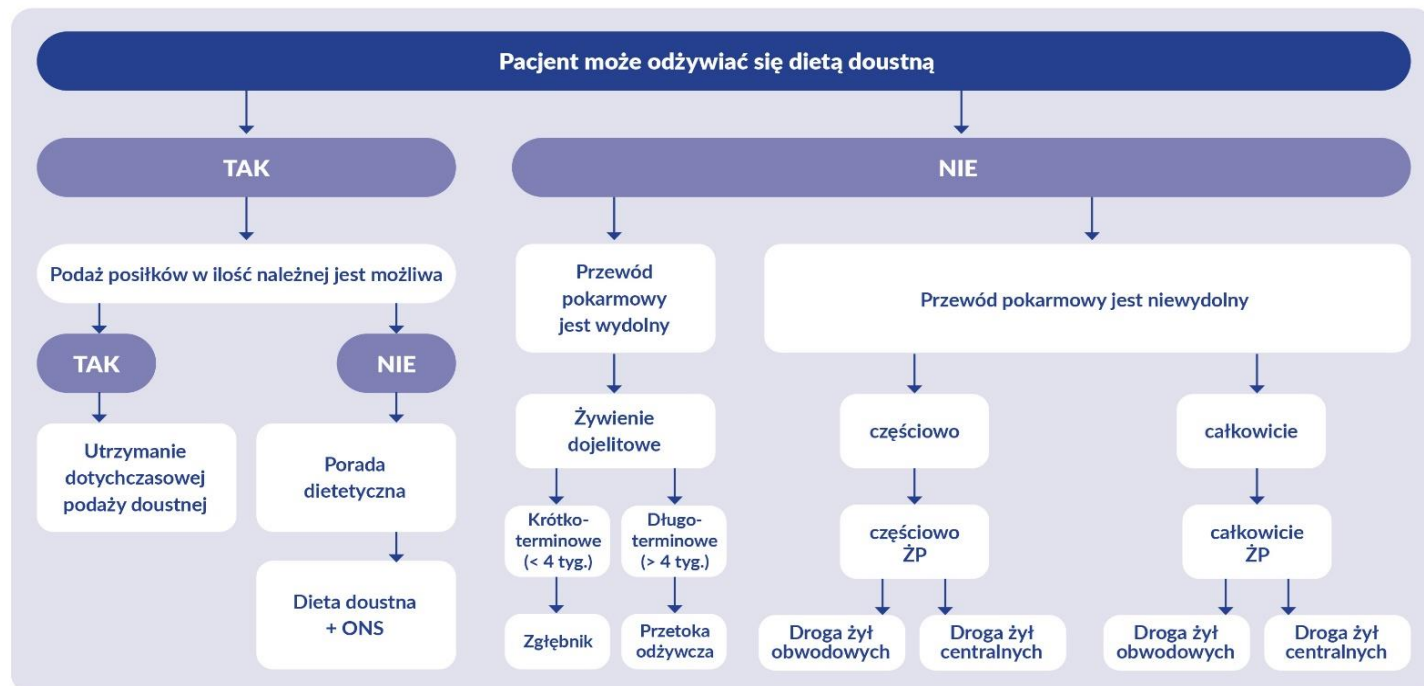
Tabela 5. Rozpoznanie przyczyn i objawów zaburzających prawidłowe odżywianie

PRZYKŁADY PROBLEMÓW/OBJAWÓW:	ZALECENIA:	WE WSZYSTKICH PRZYPADKACH:
Wczesne uczucie sytości, zmniejszony apetyt, uczucie pełności po spożyciu małych ilości pożywienia	Spożywanie pokarmów bogatych w składniki odżywcze w mniejszych porcjach, ale częściej, np. wysokokalorycznych i wysokobiałkowych.	Rozważ, czy którykolwiek ze stosowanych leków może powodować lub pogarszać objawy i czy można je odstawić lub czy nowy lek może pomóc; Rozważ, czy sama modyfikacja diety będzie wystarczająca, aby poprawić spożycie pokarmu.
Suchość w ustach, ból w ustach, zmęczenie, trudności z gryzieniem lub żuciem	Dieta miękka, łatwa do żucia, wilgotna np. z dodatkiem sosów. Rozważ, czy problemy z jedzeniem są spowodowane czynnikami zewnętrznymi, takimi jak m.in. słaba kondycja zębów czy pleśniawki, lecz lub skieruj pacjenta do odpowiedniego specjalisty.	
Utrata smaku, zmiany smaku	Dostosowanie diety do zmienionego odczuwania smaku np. próbowanie nowych pokarmów, smaków i przypraw.	
Problemy z połykaniem	Modyfikacja konsystencji. Rozważ skierowanie do neurologopedy lub dietetyka.	
Zmieniony rytm wypróżnień, wymioty	Sprawdź przyczyny np. sama choroba, działania niepożądane leczenia, rozważ skierowanie do dietetyka.	
Ból	Zidentyfikuj przyczynę, szukaj porad dotyczących zarządzania bólem i odpowiednich leków.	
Lęk, depresja	Niedożywienie może być przyczyną i/lub konsekwencją zaburzeń psychicznych. W razie konieczności zastosuj odpowiednie leczenie lub rozważ skierowanie do specjalisty psychiatry.	

KROK 3

Interwencja żywieniowa: określenie celów leczenia i optymalizacja spożycia składników odżywczych

W przypadku, gdy stwierdzono wskazania do interwencji żywieniowej, zaleca się zastosowanie następującego algorytmu postępowania – rycina 3 (2):



Rycina 3. Schemat decyzyjny leczenia żywieniowego

Rodzaj interwencji żywieniowej jest zależny od stanu pacjenta oraz ryzyka niedożywienia i/lub poziomu niedożywienia (patrz powyżej: schemat decyzyjny leczenia żywieniowego).

W większości przypadków wystarcza modyfikacja diety doustnej polegająca na dopasowaniu podaży (zwiększeniu zawartości energii i/lub białka) do potrzeb żywieniowych pacjenta. Najlepiej, jeżeli stosowne modyfikacje w jadłospisie przeprowadzi dietetyk.

Efekt ten można również uzyskać za pomocą doustnych preparatów odżywczych (ONS, oral nutritional supplements). Preparaty te znajdują zastosowanie, gdy wykazano, że spożycie pokarmu jest niewystarczające, lub gdy przewiduje się, że sama dieta nie będzie w stanie zaspokoić zapotrzebowania na składniki odżywcze (2). Wszyscy pacjenci zagrożeni niedożywieniem powinni otrzymać plan opieki, powiązany z ich ogólną ścieżką i schematem leczenia.

Jeśli to możliwe i konieczne rozważ konsultacje u dietetyka, fizjoterapeuty, logopedy, psychologa, żeby ustalić optymalną strategię żywieniową dla pacjenta (31). W przypadku niedożywienia w stopniu ciężkim skieruj pacjenta do poradni żywieniowej celem wdrożenia ewentualnego leczenia żywieniowego (ścieżka postępowania opisana w podpunkcie 3 i 4).

Określanie celów leczenia

Uzgodnienie realistycznych celów interwencji z pacjentem i opiekunami powinno być integralną częścią zarządzania procesem leczenia. Przy ustalaniu celów ważne jest, aby wziąć pod uwagę etap choroby i leczenie. W tabeli 6 przedstawiono przykłady celów interwencji żywieniowej do rozważenia w różnych stanach klinicznych (31).

Przy ustalaniu interwencji żywieniowej ważne jest, aby zauważyć, że sama choroba wraz z powiązaniem z leczeniem (w tym lekami), może powodować zmiany, które hamują apetyt, zmniejszają chęć do jedzenia, wywołują wczesne uczucie sytości (uczucie pełności po spożyciu małej ilości jedzenia), wpływają na odczucie smaku i zmieniają metabolizm, co prowadzi do zmniejszonego przyjmowania pokarmu i w konsekwencji zmienia skład ciała (w tym masę mięśniową). Te efekty mogą ograniczyć skuteczność podejścia opartego tylko na modyfikacji dotychczasowej diety, a użycie doustnych preparatów odżywczych może być rozważone wcześniej w ścieżce interwencji żywieniowej, aby uniknąć niepotrzebnego pogorszenia stanu odżywienia i zminimalizować jakąkolwiek utratę masy i funkcji mięśniowej, która w późniejszym czasie może być nieodwracalna.

Tabela 6. Przykłady celów interwencji żywieniowej do rozważenia w różnych stanach klinicznych (31).

PRZYKŁADY WG. STANU KLINICZNEGO	CELE DO ROZWAŻENIA
Leczenie ran po operacji/wypisie ze szpitala	Optimalizacja regeneracji tkanek, poprawa gojenia
Pacjenci onkologiczni	Optimalizacja reakcji i tolerancji na leczenie
Zespół kruchości u osób starszych	Poprawa mobilności i zmniejszenie ryzyka upadków
Opieka paliatywna	Zapobieganie dalszej utracie masy ciała i zachowanie funkcji organizmu
Pacjenci z sarkopenią lub otyłością sarkopeniczną	Poprawa siły/zwiększenie masy mięśniowej
Każdy pacjent z problemami z apetytem i trudnościami ze spożyciem pokarmu związanymi z chorobą	Poprawa stanu odżywienia, w tym przyrost masy ciała
Zespół kruchości, rehabilitacja	Poprawa jakości życia lub zdolności do wykonywania codziennych czynności
POCHP	Zmniejszenie częstości infekcji, nawrotów lub zaostrzenia przewlekłej choroby
IBD	Zmniejszenie nasilenia choroby
Po udarze mózgu, po pobycie w szpitalu zwłaszcza w OIT	Poprawa/przywrócenie funkcji organizmu
SLA	Spowolnienie pogorszenia funkcji fizycznej i psychicznej
Zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala i długości hospitalizacji	Zmniejszenie liczby przyjęć do szpitala i długości hospitalizacji

Interwencja i cele powinny być ustalane po dokładnej ocenie i zrozumieniu tego, co jest wykonalne, akceptowalne i praktyczne dla pacjenta i opiekunów. Biorąc pod uwagę rokowanie w chorobie, tj. czy jest ona uleczalna czy paliatywna, ważne, aby ocenić, w jakim stopniu asertywne powinno być podejście, interwencja i jak zarządzać oczekiwaniami pacjenta i opiekuna co do tego, co można osiągnąć (32).

ŚCIEŻKA LECZENIA ŻYWIENIOWEGO – 4 etapy

1. Porada żywieniowa i modyfikacja diety

W celu przeprowadzenia porady żywieniowej skorzystaj z materiałów pomocniczych (załączniki do tych wytycznych):

1. materiał "Jak rozmawiać z pacjentem na temat żywienia i utraty masy ciała" (załącznik 3)
2. ulotki edukacyjne dla pacjentów i opiekunów (w wersjach: zielonej, żółtej i czerwonej) (załączniki 4, 5, 6)
3. ścieżka postępowania przy wyborze żywienia medycznego (załącznik 2)

Optimalizacja spożycia składników odżywczych może obejmować niektóre lub wszystkie z poniższych:

- wzbogacenie (fortyfikowanie) pokarmów i płynów za pomocą produktów będących źródłem białka, węglowodanów i/lub tłuszczów;
- stosowanie przekąsek oraz napojów o wysokiej wartości odżywczej;
- modyfikacja tekstury i konsystencji;
- stosowanie doustnych preparatów odżywczych jako uzupełnienia regularnych posiłków;
- zmianę organizacji i składu posiłków;
- praktyczne rozwiązania takie jak pomoc w jedzeniu, zakupach (fizyczna i finansowa) oraz przygotowaniu jedzenia.

We wszystkich przypadkach zadbaj o zapewnienie porady dotyczącej odpowiedniego nawodnienia.

Szczególna rola białka

Zapotrzebowanie na białko **wzrasta po 65 r.ż.** i wynosi:

- co najmniej 1-1.2 g/kg m.c./dzień w przypadku osób zdrowych,
- 1.5 g/kg m.c./dzień w stanach ostrych i przewlekłych chorób
- oraz do 2 g/kg m.c./dzień w przypadku pacjentów niedożywionych, ciężko chorych, po urazach (33).

Wiele badań wskazuje, że co najmniej 25–30 g. wysokiej jakości białka jest potrzebne do każdego posiłku, aby optymalnie budować lub utrzymywać masę mięśniową u osób chorych oraz starszych (34) (35), czyli nawet dwa razy więcej niż u młodych, zdrowych dorosłych (36).

Podczas choroby i w starszym wieku rzeczywiste spożycie białka jest często niewystarczające (34). Wykazano, że w środowisku domowym pacjenci starsi nie spożywają białka w ilościach, które zaspokajałyby zapotrzebowanie na ten składnik: 53% osób starszych spożywa białko na poziomie 1 g/kg m.c., a zaledwie 29% na poziomie 1,2 g/kg m.c. (37). **Niedobór białka (i energii) przyczynia się do utraty masy mięśniowej**, co prowadzi do spadku odporności, siły oraz zdolności do wykonywania codziennych czynności (34). Może to prowadzić do utraty niezależności, upadków i zwiększenia ryzyka śmiertelności (38).

1. Pacjentom należy zalecić spożywanie 3–4 porcji **pokarmów bogatych w białko**.
2. **Pacjentom z sarkopenią** (utratą masy mięśniowej i siły) należy podkreślić znaczenie pokarmów i napojów bogatych w białko.
3. W przypadku pacjentów z **otyłością sarkopeniczną** należy skupić się na spożyciu białka i ćwiczeniach oporowych celem budowy masy mięśniowej w przeciwieństwie do masy tłuszczowej; tj. celem będzie utrzymanie masy ciała, a nie jej przyrost.

Ograniczenia dietetyczne, np. dieta niskotłuszczowa, czy o niskiej zawartości cukru, uprzednio zalecone pacjentowi z racji dietoterapii chorób współistniejących, w przypadku wystąpienia niedożywienia lub jego ryzyka mogą wymagać złagodzenia restrykcji w celu zwiększenia wartości energetycznej (kalorycznej) diety, zwłaszcza, gdy apetyt pacjenta jest osłabiony.

W przypadku wątpliwości co do treści porady dietetycznej np. z racji, że pacjent ma wiele schorzeń wymagających modyfikacji diety, zaleć konsultację dietetyczną.

2. Doustne preparaty odżywcze (ONS) stosowane w celu optymalizacji spożycia doustnego

ONS są stosowane jako **uzupełnienie diety w sytuacji, gdy sama dieta jest niewystarczająca, aby zaspokoić dzienne wymagania żywieniowe**. Nie są one przeznaczone jako zamiennik pożywienia. ONS powinny być stosowane zgodnie z zaproponowanym schematem (załącznik 2).

Pacjenta należy zachęcać do przyjmowania ONS w momencie, gdy najbardziej czuje na to ochotę; może to być między posiłkami jako przekąska, jako pierwsza rzecz rano lub przed snem. Alternatywnie, ONS można włączyć do codziennych pokarmów, np. do koktajli, galaretek, zup i sosów.

Na podstawie dowodów wysokiej jakości/klasę A wsparcie żywieniowe doustnymi preparatami odżywczymi zaleca się w celu zwiększenia spożycia składników odżywczych u pacjentów, którzy mogą bezpiecznie połykać i są niedożywieni lub zagrożeni niedożywieniem (2) (29).

Dostępne dowody naukowe wykazały, że:

- ONS zwiększają spożycie energii, białka i mikroskładników odżywczych (29) (39).
- Dodatkowe spożycie składników odżywczych z ONS poprawiło masę ciała i przyczyniło się do korzyści funkcjonalnych (np. poprawa siły uchwytu ręki i jakości życia) (40) (41).
- ONS nie zmniejszyły spożycia zwykłej żywności w okresie 12 tygodni (26) (39).
- ONS są skutecznym klinicznie i kosztowo sposobem na zarządzanie niedożywieniem, zwłaszcza wśród osób o niskim BMI (BMI < 20 kg/m²) (2) (41).
- Korzyści kliniczne ONS obejmują redukcję powikłań (np. odleżyny, gorsze gojenie ran, infekcje) (42) (41), śmiertelność (u starszych osób, w stanach ostrych) (29) (39), redukcję przyjęć do szpitala i rehospitalizacji (41) (43) (44).
- Korzyści kliniczne stosowania ONS często obserwuje się przy spożyciu w zakresie 300-900 kcal/dzień (1-3 porcje ONS dziennie), z widocznymi efektami zazwyczaj po 2-3 miesiącach stosowania (29) (39). Okresy stosowania mogą być krótsze lub dłuższe (do 1 roku) w zależności od potrzeb klinicznych (31).

Zalecając pacjentowi doustne preparaty odżywcze:

1. Przepisz preferowany produkt lub gamę produktów/smaków; 2 x dziennie między posiłkami (1-3 dziennie), początkowo na okres do 3 miesięcy (patrz załącznik 2).
2. Zawsze udzielaj pacjentowi jasnych instrukcji dotyczących włączenia żywienia medycznego jako uzupełnienie tradycyjnej diety (np. jedna porcja do przyjęcia dwa razy dziennie między posiłkami przez miesiąc - do czasu kolejnej wizyty).
3. **Omów z pacjentem cel stosowania żywienia medycznego, aby wesprzeć przestrzeganie zaleceń, które są niezbędne dla osiągnięcia założonego rezultatu.**
4. W przypadku osób o złożonych potrzebach żywieniowych zaleca się skierowanie do wykwalifikowanego dietetyka.
5. Przy powtarzanych receptach przeanalizuj bieżącą potrzebę stosowania ONS i oceń przestrzeganie zaleceń. Jeśli przestrzeganie zaleceń dotyczących stosowania ONS jest niewystarczające, zbadaj przyczyny i skieruj pacjenta do dietetyka lub innego odpowiedniego specjalisty.
6. Przekaż pacjentowi zalecenia także w formie pisemnej np. materiał edukacyjny czerwony „Żywienie medyczne (doustne preparaty odżywcze) – odżywianie w chorobie i rekonwalescencji. Porady dla pacjentów i opiekunów.” (załącznik 6)

Tabela 7. Dostosowanie doustnej interwencji żywieniowej (ONS) do potrzeb pacjenta (31).

RODZAJ	CHARAKTERYSTYKA
Podstawowe	Dostarczają około 300 kcal, 12 g białka i pełen zakres witamin i składników mineralnych na porcję. Znajdują zastosowanie w przypadku pacjentów o standardowym zapotrzebowaniu na składniki odżywcze. W sytuacjach tego wymagających, mogą stanowić jedyne źródło pożywienia.
Wysokobiałkowe	Mogą być odpowiednie dla osób o zwiększonym zapotrzebowaniu na białko, np. w przebiegu chorób przewlekłych charakteryzujących się przewlekłym stanem zapalnym o umiarkowanym nasileniu: POChP, niektóre typy nowotworów, starsze osoby z zespołem kruchości, trudno gojące rany, pacjenci z sarkopenią. Także pacjenci w stanach ostrych, u których obserwowany jest silny stan zapalny: pacjenci pooperacyjni, pacjenci po leczeniu w OIT, po udarze mózgu itp.
Zawierające błonnik	Mogą być przydatne dla osób z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi (nie są odpowiednie dla osób wymagających diety bezbłonnikowej).
O zmodyfikowanym profilu węglowodanowym	Dedykowane pacjentom z zaburzeniami przemiany węglowodanów, cukrzycą, hiperglikemią.
Zawierające składniki wspomagające gojenie ran	Przeznaczone dla pacjentów z ranami wykazującymi tendencję zaburzenia procesu gojenia, w szczególności w przypadku obecności odleżyn, owrzodzeń naczyniowych, ran związanych z zespołem stopy cukrzycowej.
O małej objętości i wysokiej wartości energetycznej	Mogą wspomóc przestrzeganie zaleceń i mogą być lepiej tolerowane przez pacjentów, którzy nie mogą spożywać większych objętości, np. osoby z zaburzeniami połykania, zmniejszonym łaknieniem, niechęcią do jedzenia.

Uwaga: Sprawdź skład produktu pod kątem konkretnych alergii i nietolerancji.

Pacjenci wypisywani ze szpitala z ONS – kontynuacja interwencji żywieniowej

Kontynuuj zalecenia zgodnie z informacjami umieszczonymi w karcie wypisowej lub innych dokumentach medycznych. Jeżeli stosowanie ONS zostało rozpoczęte w ramach hospitalizacji, ale pacjent nie był konsultowany przez dietetyka i nie uzyskał dokładnych zaleceń oraz wskazówek dotyczących wsparcia żywieniowego, w tym stosowania ONS, zaleca się ponowną ocenę pacjenta zgodnie ze ścieżką interwencji żywieniowej (załącznik 1). Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z grup wysokiego ryzyka, jak opisano w załączniku 1 i 2.

3. Żywnienie dojelitowe - żywienie do przewodu pokarmowego przez sztuczny dostęp

Wskazaniem do żywienia dojelitowego (ŻD) w warunkach domowych są stany chorobowe uniemożliwiające utrzymanie prawidłowego bilansu białkowo-energetycznego przy odżywianiu doustnym u chorych z zachowanym wchłanianiem w jelicie niewymagających hospitalizacji (45).

Wskazania do domowego żywienia dojelitowego i przykłady jednostek chorobowych (45):

- **Zaburzenia połykania uniemożliwiające utrzymanie stanu odżywienia** (np. dysfagia w wyniku udaru mózgu, urazy mózgu, gastroenterologia – dysfagia czynnościowa lub organiczna, onkologia - dysfagia w przebiegu guzów twarzoczaszki, szyi, przełyku, żołądka, śródbrzusza, trzustki)
- **Zwiększenie zapotrzebowania na składniki odżywcze, trudne do pokrycia dietą i drogą doustną** (np. nieswoiste choroby zapalne jelit, dyskinezy płasawicze w chorobie Parkinsona, kacheksja płucna u chorych z POChP, długotrwała rekonwalescencja chorych po urazach wielonarządowych, oparzeniach, powikłanym leczeniu operacyjnym)
- **Zaburzenia trawienia i wchłaniania** (przewlekłe biegunki, nieswoiste choroby zapalne jelit, zespół krótkiego jelita niewymagający żywienia pozajelitowego, zespoły złego wchłaniania, ciężkie alergię i nietolerancję pokarmowe, popromienne zapalenie jelit przebiegające z zespołem złego wchłaniania, działania niepożądane po chemioterapii, niedożywienie towarzyszące rozległym zabiegom operacyjnym (resekcje przełyku, żołądka, trzustki)
- **Inne** (np. ciężkie postacię jądłowstrętu psychicznego, zaburzenia motoryki przełyku i żołądka)

Pacjenci zidentyfikowani przez lekarza rodzinnego i wymagający żywienia dojelitowego przez sztuczny dostęp lub żywienia pozajelitowego, powinni **jak najszybciej trafić pod opiekę poradni żywieniowych realizujących poniższe świadczenia na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

1. 5.10.00.0000050 - Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych
2. 5.10.00.0000007 - Żywnienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych
3. 5.10.00.0000008 - Żywnienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych

Poradnie realizujące żywienie domowe działają na terenie danego województwa, a ich dane kontaktowe (numery telefonów, adresy poradni) są dostępne na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Aby pacjent mógł rozpocząć żywienie dojelitowe w warunkach domowych, powinien mieć wystawione e-skierowanie do poradni żywieniowej (kod resortowy 1870 Poradnia Żywieniowa) oraz założony sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego – czasowy (różnego typu zgłębniki) lub stały (PEG, gastrostomia, jejunostomia).

Często pacjenci z założonym sztucznym dostępem do przewodu pokarmowego w czasie hospitalizacji są wypisywani do domu i trafiają do gabinetu lekarza rodzinnego. W takiej sytuacji lekarz rodzinny powinien od razu skierować pacjenta do poradni żywieniowej (e-skierowanie). Jeśli jednak zidentyfikowany pacjent nie ma założonego sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego, lekarz rodzinny lub pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej mogą założyć pacjentowi samodzielnie zgłębnik i jednocześnie wystawić e-skierowanie do poradni żywieniowej. Jeśli założenie zgłębnika w ramach poradni medycyny rodzinnej nie jest możliwe, lekarz powinien wystawić pacjentowi e-skierowanie do szpitala w celu założenia sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego.

4. Żywienie pozajelitowe

Aby rozpocząć żywienie pozajelitowe, pacjent musi zawsze trafić do szpitala, ponieważ tylko szpitale mogą realizować świadczenia żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. W takiej sytuacji lekarz rodzinny powinien skierować pacjenta do poradni leczenia żywieniowego realizującej leczenie żywieniowe pozajelitowe w warunkach domowych, aby ustalić termin hospitalizacji.

Pacjent w ramach hospitalizacji będzie miał założony centralny dostęp żylny do długotrwałego użytku, a następnie zostanie objęty świadczeniem żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. Należy podkreślić, że pacjent, który może być objęty opieką żywieniową realizowaną w warunkach domowych (żywienie dojelitowe lub pozajelitowe), to nie tylko osoba mieszkająca w prywatnym domu lub mieszkaniu, ale także chory mieszkający np. w Domu Pomocy Społecznej, a także przebywający w ośrodkach opieki długoterminowej i prywatnych domach opieki, ale nie korzystający z finansowania opieki z Narodowego Funduszu Zdrowia. Prawo do objęcia opieką żywieniową w warunkach domowych finansowaną przez NFZ mają pacjenci korzystający z innych form opieki domowej lub ambulatoryjnej np. pielęgniarskiej opieki długoterminowej, hospicjum domowego itp. Korzystanie z opieki żywieniowej w warunkach domowych jest niemożliwe w trakcie hospitalizacji w szpitalu, podczas pobytu w stacjonarnym zakładzie opiekuńczo-leczniczym i stacjonarnym hospicjum, jeśli leczenie pacjenta jest finansowane ze środków NFZ. Pacjenci znajdujący się pod opieką poradni żywieniowych, nadal pozostają na aktywnych listach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy otrzymują cyklicznie informacje o prowadzonym leczeniu specjalistycznym pacjenta.

KROK 4

Monitorowanie interwencji żywieniowej

Monitoruj postępy w stosunku do wyznaczonych celów i odpowiednio modyfikuj interwencję. Dostosuj plan opieki zgodnie z uwagami i obserwacjami pacjenta. Oceń masę ciała, siłę, wygląd i kondycję fizyczną, nastrój, apetyt, zdolność do wykonywania codziennych czynności i porównaj wyniki z początkowo ustalonymi celami. Częstotliwość monitorowania zależy od stanu żywieniowego pacjenta (załącznik 2), miejsca opieki, leczenia i rokowania.

Zakończenie stosowania ONS

Po początkowych zaleceniach, potrzeba stosowania ONS powinna być ponownie oceniona (załącznik 2). Przerwij stosowanie ONS, gdy doustne spożycie za pomocą zwykłej żywności osiągnie odpowiedni poziom, cele zostaną osiągnięte, a stan osoby jest stabilny i pacjent nie jest już zagrożony niedożywieniem. Kontynuuj monitorowanie stanu odżywienia i/lub regularną ocenę postępów, aby sprawdzić, czy stan osoby pozostaje stabilny (rozważ choroby z nawrotami, np. POChP, IBD).

PODSUMOWANIE



Brak właściwego żywienia hamuje prawidłowy przebieg leczenia, dlatego **wsparcie żywieniowe powinno być kluczowym elementem od początku terapii.**



Niedożywienie i ryzyko jego wystąpienia jest poważnym problemem zdrowotnym, który dotyka znaczną część populacji, w tym **nawet co drugiego pacjenta** w gabinecie lekarza POZ.



Skuteczne zarządzanie niedożywieniem powinno być priorytetem w gabinetach lekarzy POZ, ponieważ może przyczynić się do **zmniejszenia liczby wizyt lekarskich i hospitalizacji oraz poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjentów.**



Przesiewowe badania stanu odżywienia, takie jak "Malnutrition Universal Screening Tool" (MUST), powinny być **standardem przy pierwszym kontakcie** pacjenta z lekarzem POZ.



Interwencje żywieniowe, czyli modyfikacja diety, stosowanie doustnych preparatów odżywczych, żywienie dojelitowe i pozajelitowe **są skutecznymi metodami leczenia**, które powinny być indywidualnie dostosowane do potrzeb pacjenta.

Załącznik 1

Algorytm postępowania w przypadku niedożywienia zgodnie z kategorią ryzyka przy użyciu **skali „MUST”**

Ocena BMI	Ocena utraty masy ciała	Ocena wpływu ostrej choroby
>20 kg/m² Wynik 0 18,5 – 20 kg/m² Wynik 1 <18,5 kg/m² Wynik 2	Nieplanowana utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy <5% Wynik 0 5 - 10% Wynik 1 >10% Wynik 2	Jeśli pacjent jest ciężko chory i nie było lub prawdopodobnie nie będzie spożycia wystarczającej ilości żywności przez więcej niż 5 dni Wynik 2
Wynik 0-6		
Niskie ryzyko - wynik 0 Standardowa opieka kliniczna	Średnie ryzyko - wynik 1 Obserwuj	Wysokie ryzyko - wynik 2 lub więcej Lecz
• Udziel porady żywieniowej i udostępni zieloną ulotkę „Zdrowe żywienie - porady dla pacjentów i opiekunów”, (załącznik 4 do tych wytycznych) • Badania przesiewowe: co miesiąc w domach opieki, co rok w POZ • Rozważ częstsze badania przesiewowe w grupach wysokiego ryzyka • Jeśli BMI >30 kg/m² (otyłość) postępuj zgodnie z lokalną polityką/wytycznymi krajowymi (Uwaga: redukcja masy ciała u starszych osób z przewlekłą chorobą musi być zrównoważona z potencjalnym ryzykiem utraty masy mięśniowej) • Rozważ, czy pacjent skorzystałby z konsultacji dietetycznej (szczególnie pacjenci z przewlekłymi schorzeniami). Więcej praktycznych wskazówek na temat zdrowego żywienia na stronach: https://ncez.pzh.gov.pl/ oraz https://diety.nfz.gov.pl/	• Udziel porady żywieniowej i udostępni zieloną ulotkę „Twój przewodnik, jak uzyskać jak największą wartość odżywczą z jedzenia, które spożywasz” (załącznik 5 do tych wytycznych) • Zachęcaj do małych, częstych posiłków i przekąsek, z pokarmami i płynami o wysokiej zawartości energii i białka • Ocena skuteczności leczenia po 1-3 miesiącach lub wcześniej, w zależności od stanu klinicznego • Jeśli następuje poprawa, kontynuuj postępowanie aż do osiągnięcia przez pacjenta „niskiego ryzyka”. • Jeśli stan się pogarsza, rozważ ścieżkę postępowania „wysokie ryzyko”. • Rozważ skierowanie do dietetyka, szczególnie w przypadkach złożonych.	• Udziel porady żywieniowej i udostępni czerwoną ulotkę „Żywienie medyczne (doustne preparaty odżywcze) - odżywianie w chorobie i rekonwalescencji” (załącznik 6 do tych wytycznych) • Przepisz ONS i postępuj zgodnie ze „Ścieżką stosowania ONS w zarządzaniu niedożywieniem, (załącznik 2) • Ocena skuteczności leczenia po 4-12 tygodniach (w zależności od stanu klinicznego) • Jeśli następuje poprawa, kontynuuj postępowanie aż do osiągnięcia przez pacjenta „średniego ryzyka” • Jeśli stan się pogarsza, rozważ skierowanie do poradni żywieniowej • Rozważ skierowanie do dietetyka, szczególnie w przypadkach złożonych.
Badaj i w miarę możliwości adresuj czynniki przyczyniające się do podstawowej przyczyny niedożywienia Określ cele leczenia		

Ulotki dla pacjenta są załącznikami do pełnej wersji Rekomendacji, dostępnej na stronie PTMR

Na podstawie: Holdaway A. (ed), on behalf of BAPEN, Managing Adult Malnutrition in the Community, 3rd Edition: 2021 [Online] https://www.malnutritionpathway.co.uk/library/managing_malnutrition.pdf Accessed 18/09/2024

Załącznik 2

Ścieżka postępowania przy wyborze doustnych preparatów odżywczych/żywienia medycznego (ONS)

Uwaga: czas trwania i czas stosowania mogą się różnić w zależności od apetytu i wymagań żywieniowych pacjenta – jest to przewodnik oparty na dowodach i najlepszych praktykach.



Jednostki przepisane na ONS na dzień, np. 2 ONS = 2 butelki/porcje ONS na dzień. Niektóre osoby mogą wymagać więcej niż 3 ONS na dzień – zasięgnij porady dietetyka.

Jak rozmawiać z pacjentem na temat żywienia i zmieniającej się masy ciała?

Istnieje kilka pytań, które można wykorzystać w rozmowie z pacjentami, aby dowiedzieć się, czy są w ryzyku niedożywienia oraz jak wygląda ich sposób żywienia np.:

1. Jaka jest Twoja normalna/zwyczajowa masa ciała (potocznie: waga)?

Pacjenci często wiedzą, jaka jest ich normalna masa ciała. W momencie ważenia pacjenta w POZ można zweryfikować, czy nie uległa zmianie.

2. Czy w ostatnim czasie straciłeś na wadze bez podejmowania prób odchudzania?

Niezamierzona utrata masy ciała jest zawsze sygnałem alarmowym i czynnikiem ryzyka niedożywienia. Wymaga interwencji żywieniowej (załącznik 1). Konieczne jest też odnalezienie przyczyny utraty masy ciała.

3. Czy masz wrażenie, że Twoja masa ciała zmieniła się w ciągu ostatnich kilku tygodni lub miesięcy? Czy zauważyłeś, że Twoje ubrania i biżuteria leżą inaczej niż zwykle? Czy masz wrażenie, że nie pasują tak jak wcześniej?

Jeśli pacjenci nie są pewni utraty masy ciała, luźniejsze ubrania i biżuteria są dobrym wskaźnikiem.

4. Czy masz wrażenie, że Twoja siła mięśniowa zmieniła się w ciągu ostatnich kilku tygodni lub miesięcy?

Utrata siły mięśniowej jest zazwyczaj pierwszym wskaźnikiem pogorszonego stanu odżywienia. To mogą być subiektywne wskaźniki jak słabszy uścisk dłoni, trudności z wchodzeniem po schodach, wolniejsze wstawanie z krzesła, zadyszka czy zmęczenie przy czynnościach, które wcześniej nie sprawiały kłopotu.

Istnieje szereg subiektywnych wskaźników niezamierzonej utraty masy ciała, które wskazują na ryzyko niedożywienia m.in.:

- szczupła lub bardzo szczupła sylwetka
- luźniejsza odzież lub biżuteria
- historia niedawnej nieplanowanej utraty masy ciała
- mniejszy apetyt
- trudności z gryzieniem lub połykaniem
- suchość w ustach
- obniżony nastrój
- suchość skóry, skóra luźniejsza i pękająca
- zmiany w strukturze paznokci (nierówności i linie)
- dolegliwości jelitowe
- spanie lub odpoczywanie przez znaczną część dnia
- zmniejszona zdolność funkcjonalna

Pytania dodatkowe:

Jaki jest Twój apetyt i czy zdarza Ci się opuszczać posiłki?

Zachęcaj do jedzenia częściej i mniejszych porcji oraz podkreślaj znaczenie właściwego żywienia dla utrzymania zdrowia i jakości życia.

Kto przygotowuje Ci posiłki?

Czy pacjent jest w stanie robić to samodzielnie, czy też przydałaby mu się pomoc?

Czy jesz potrawy, które lubisz?

Czy istnieją pokarmy, których pacjent unika, ponieważ postrzega je jako niezdrowe (niekiedy niezasadnie), a które zjadałby z apetytem, co pomogłoby w zwiększeniu spożycia składników odżywczych?

Z kim jesz?

Jedzenie to coś więcej niż składniki odżywcze; wiąże się z przyjemnością, może pomóc ustrukturyzować dzień, zapewnić zajęcie i aktywność oraz kontakty społeczne. Czy jest ktoś, kto może towarzyszyć pacjentowi podczas jedzenia?

Ile płynów pijesz dziennie?

Płyny obejmują wodę, mleko, soki, herbatę i kawę. Powinniśmy pić około 1.5-2 litrów płynów dziennie (mocz powinien mieć jasnosłomkowy kolor). Spożycie płynów jest ważne, ponieważ wpływa na funkcjonowanie stawów i oczu, wspomaga proces trawienia, wypłukuje toksyny oraz utrzymuje zdrową skórę. Kiedy zawartość wody w organizmie jest zmniejszona, zaburza to równowagę składników mineralnych, w tym elektrolitów, w organizmie, co wpływa na jego ogólne funkcjonowanie.

Niektóre z wczesnych oznak odwodnienia obejmują:

- uczucie pragnienia
- oddawanie moczu o ciemnym zabarwieniu i silnym zapachu
- ból lub zawroty głowy
- oddawanie moczu rzadziej niż zwykle
- suchość w ustach
- zmęczenie

Gdy pacjent zostanie zidentyfikowany jako zagrożony niedożywieniem, zaleca się dalszą ocenę, leczenie i powtarzanie badania przesiewowego, aby ocenić poprawę lub pogorszenie i potrzebę podjęcia dalszych działań.

Skieruj pacjenta do innych pracowników ochrony zdrowia, jeśli wymagane jest dodatkowe wsparcie (np. dietetyk, fizjoterapeuta, logopeda).

Dla wszystkich pacjentów:

Omów sygnały alarmowe (kiedy szukać pomocy), np. przy nieplanowanej utracie masy ciała, zmianach sylwetki, siły lub apetytu. Nie ignoruj osób z wysokim BMI, u których niedożywienie wynikające z niewłaściwego spożycia i utraty masy ciała może nie być oczywiste (zwłaszcza pacjenci po zabiegach operacyjnych lub z przewlekłymi schorzeniami np. POChP).

Zdrowe żywienie - porady dla pacjentów i opiekunów

Twoja ścieżka do lepszego zdrowia zaczyna się tutaj!

Ta broszura to Twój osobisty przewodnik, który pomoże Ci zrozumieć i wprowadzić w życie zasady zdrowej diety. Dzięki tej zmianie stylu życia pozytywnie wpłyniesz na organizm i możesz znacząco poprawić Twoje zdrowie i samopoczucie. **Właściwe żywienie jest integralnym elementem dbania o zdrowie, zwłaszcza w czasie leczenia i rekonwalescencji.** Dbaj o to każdego dnia!

Jak to zrobić? Codziennie przyglądaj się temu, co masz na swoim talerzu - dzięki prostym, ale skutecznym zaleceniom dowiedz się, jak dobrze komponować swoje posiłki:

zmień perspektywę



Warzywa i owoce
jako dodatek



Warzywa i owoce
jako podstawa
każdego posiłku

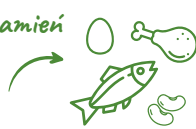
1. Jedz dużo warzyw i owoców – w każdym posiłku

Warzywa i owoce zawierają niezbędne witaminy i składniki mineralne, które są kluczowe dla działania m.in. układu odpornościowego, a dodatkowo są dobrym źródłem błonnika, który pomaga w utrzymaniu zdrowych jelit. **Wybieraj różnorodne warzywa i owoce (w tym o różnych kolorach).** Warzywa i owoce mogą być świeże lub mrożone - wszystkie się liczą!

zamień



Czerwone mięso
(wieprzowina,
wołowina)



Ryby, strączki,
chude mięso
drobiowe, jaja

2. Uwzględnij w swojej diecie różne źródła białka

Produkty bogate w białko są ważne m.in. dla zdrowych i silnych mięśni oraz prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego. Istnieje wiele pokarmów, dostarczających białko, w tym **jaja, mleko i jogurty, ryby, mięso oraz rośliny takie jak soja, soczewica, groch, fasola i orzechy.** Spożywaj **2 porcje ryb tygodniowo**, z czego jedna powinna być rybą tłustą (np. śledź, makrela, łosoś, sardynki).

zamień



Jasne pieczywo,
biały ryż, makaron



Kasze i produkty
zbożowe
pełnoziarniste
w każdym posiłku

3. Do każdego posiłku dołącz pokarmy bogate w skrobię i węglowodany złożone

Te pokarmy dostarczają energii. Produkty bogate w skrobię i inne tzw. węglowodany złożone obejmują **kasze (jaglaną, gryczaną, pęczak), chleb, makaron, ryż, ziemniaki oraz płatki zbożowe, np. owsiane.** W miarę możliwości wybieraj produkty **pełnoziarniste i razowe** – zawierają one więcej błonnika, witamin i składników mineralnych, co korzystniej wpływa na organizm.

zamień



Produkty mleczne
jako dodatek



Codziennie 2 porcje
(szklanki) produktów
mlecznych,
bez dodatku cukru

4. Dwa razy dziennie włączaj do diety porcję nabiału lub jego alternatywy wzbogaconej w wapń

Pokarmy te pomagają utrzymać mocne kości. Przetwory mleczne obejmują **mleko, jogurt, kefir, maślanekę, serek wiejski, twaróg, ser oraz skyr.** Wybieraj produkty o niższej zawartości tłuszczu i cukru. Dostępne są również roślinne alternatywy, takie jak napoje sojowe - szukaj tych z dodatkiem wapnia, wit. B12 i wit. D.

mało i rzadko



Słodycze, fastfood, słone przekąski
tylko przy wyjątkowych okazjach
i małe porcje

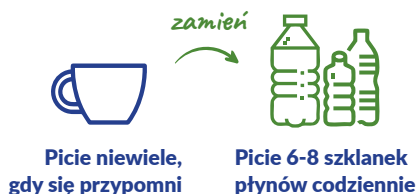
5. Ogranicz przetworzone produkty

Wysokoprzetworzone pokarmy są tymi, których należy unikać, ponieważ **niekorzystnie działają na organizm, zwłaszcza na zdrowie serca.** Ograniczenie ich spożycia jest szczególnie ważne, jeśli próbujesz zmniejszyć swoją masę ciała lub uniknąć przybierania na wadze. **Jedz ich jak najmniej – najlepiej okazjonalnie i małe porcje.** Warto pamiętać, że **najsmaczniejsze są tylko pierwsze dwa kęsy.** Przykłady wysokoprzetworzonych produktów to przetwory mięsne takie jak kiełbasa, pasztet, dania typu fast food np. frytki, paluszki, krakersy, chipsy ale także kiełbasy czy pasztety oraz **słodzone** napoje gazowane i słodycze.



6. Wybieraj zdrowe tłuszcze

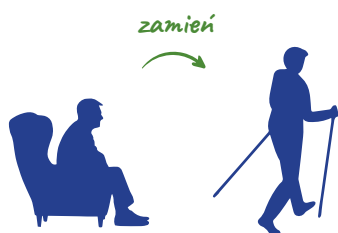
Tłuszcze są niezbędnym elementem zdrowego żywienia, jednocześnie jednak dostarczają dużej ilości energii. Należy więc uważać, aby nie spożywać ich w nadmiarze. Wybieraj przede wszystkim **oleje roślinne** takie jak oliwa z oliwek i olej rzepakowy. **Ograniczaj natomiast tłuszcze zwierzęce** (tłuste mięso, wędliny, kielbasy, pasztety, tłuste sery oraz smalec) - zastąp je chudymi gatunkami mięs jak kurczak, indyk, królik.



7. Pij od 6 do 8 szklanek płynów dziennie

Pij regularnie płyny w ciągu dnia, aby utrzymać odpowiednie nawodnienie. **Wypijaj od 6 do 8 szklanek dziennie (około 1,5 litra)**, najlepiej sięgaj po wodę i napoje bez cukru (herbata, napary ziołowe).

Soki owocowe zawierają dużo cukrów prostych, dlatego należy ograniczyć ich ilość do maksymalnie jednej szklanki dziennie.



8. Ruszaj się każdego dnia

Dorośli powinni starać się być aktywni codziennie i dążyć do co najmniej 150 minut aktywności fizycznej tygodniowo, poprzez różne działania. To **tylko 20 minut dziennie!** Wybierz te, które lubisz - szybki marsz, taniec, jazda na rowerze, zajęcia ruchowe i gimnastyka, pływanie, praca w ogródku. Postaraj się, aby aktywność stała się częścią Twojego codziennego życia, na przykład chodź pieszo lub jedź na rowerze zamiast korzystać z samochodu, czy wchodź po schodach zamiast jechać windą. **Każdy krok się liczy – im więcej, tym lepiej.**

Aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wielu chorób, poprawia samopoczucie, wpływa na jakość snu oraz pomaga zachować sprawność i samodzielność.



Monitoruj swoją masę ciała: zarówno tycie jak i nieplanowane chudnięcie to zawsze sygnał alarmowy!

9. Monitoruj swoją masę ciała (zarówno przyrost jak i spadek)

Pomyśl o swojej masie ciała. Ważne jest, aby utrzymywać ją na prawidłowym poziomie. **Nadwaga lub niedowaga nie są dobre dla ogólnego stanu zdrowia.** Jeśli masz nadwagę lub otyłość, zasięgnij porady lekarza rodzinnego i dietetyka, którzy udzielą Ci wskazówek dotyczących unormowania masy ciała.

Jeśli nie masz apetytu, masz trudności z jedzeniem, tracisz na wadze w sposób niezamierzony lub zauważyłeś, że Twoje ubrania lub pierścionki są luźniejsze niż kiedyś, możesz być narażony na niedożywienie. Porozmawiaj ze swoim lekarzem rodzinnym o swoich obawach, szczególnie jeśli masz chorobę przewlekłą – być może wskazane będzie dla Ciebie żywienie medyczne.



Nie od razu zdrowy talerz zbudowano – zaplanuj sobie realne, małe kroki i stopniowo, coraz lepiej odżywiaj swój organizm

10. Doceniaj swoje działania i nie zniechęcaj się!

Ciesz się nawet z małych osiągnięć! Pamiętaj - to normalne, jeśli jednego dnia czy nawet przez kilka dni nie zadbasz o żywienie i ruch. To zdarza się nie tylko Tobie – innym również. Jest to wpisane w budowanie nowego nawyku. Ważne, by nie traktować tego jako porażki czy wręcz powodu, by zaprzestać starań. **Każdy dzień, w którym dobrze się odżywasz i ćwiczysz to realna korzyść.** Szczególnie, gdy wcześniej nie było to częścią Twojego stylu życia.

Więcej praktycznych wskazówek na temat zdrowego żywienia znajdziesz na stronach: <https://ncez.pzh.gov.pl/> oraz <https://diety.nfz.gov.pl/>

Ulotka ta zawiera porady dotyczące zbilansowanej diety. Jeśli masz dolegliwości, alergie pokarmowe lub problemy z połykaniem, w związku z którymi otrzymałeś specjalną poradę dietetyczną, informacje tu zawarte mogą nie być dla Ciebie odpowiednie. Porozmawiaj z lekarzem i dietetykiem.

Twój przewodnik, jak uzyskać jak najwięcej wartości odżywczych z jedzenia, które spożywasz

Porady dla pacjentów i opiekunów

Czy wiesz, że możesz znacząco poprawić swoje zdrowie, już tylko przez zmianę sposobu w jaki jesz? Dzięki poniższym wskazówkom dowiesz się, jak proste zmiany w wyborze, przygotowaniu i łączeniu składników, mogą znacząco poprawić jakość Twojego jedzenia a tym samym **odżywić Twój organizm**. Wprowadź poniższe zmiany i zobacz, jak prawidłowe żywienie staje się Twoim sprzymierzeńcem w drodze do zadbania o zdrowie.

Po pierwsze: właściwe odżywianie jest integralnym elementem dbania o zdrowie, zwłaszcza w czasie leczenia czy rekonwalescencji. Dlatego zadбай o to każdego dnia!

Niekiedy może to być trudne – zwłaszcza gdy nie masz ochoty, czasu czy siły na jedzenie. Jednak pamiętaj – dostarczanie Twojemu organizmowi codziennie właściwych ilości energii i składników odżywczych jest konieczne do jego dobrego funkcjonowania. Każdy dobry posiłek to Twoja inwestycja!

Dodatkowe praktyczne wskazówki jak zadbać o organizm za pomocą żywienia znajdziesz w zielonej broszurce „Zdrowe żywienie - porady dla pacjentów i opiekunów”.

1. Jedz mniejsze porcje, a często

Jedzenie mniejszych posiłków z przekąskami i pożywными napojami pomiędzy nimi może być najlepszym rozwiązaniem dla Ciebie.

Pij napoje oddzielnie od posiłków, ponieważ płyny mogą powodować sytość. Przekąski między posiłkami mogą pomóc Ci jeść więcej, a dzięki temu – odżywić organizm.

Pomysły na przekąski: kanapki, orzechy, suszone owoce, płatki zbożowe (np. owsiane), zupy, jogurty, serek wiejski, przekąski do wzięcia w rękę (np. gotowane jajko, owoce pokrojone na kawałki, pierożek, kawałek sera czy szynki)



2. Wzbogacaj żywność i podnoś jej wartość odżywczą

Dodawaj **zmielone orzechy** (masło orzechowe, mielone siemię lniane, pestki dyni i słonecznika, orzechy laskowe czy włoskie) do potraw np. zup, puree z ziemniaków, warzyw, dań z makaronu, potrawek i gulaszów.

Używaj oliwy z oliwek, oleju rzepakowego, masła, majonezu, do przygotowywania potraw, kanapek, ziemniaków i sałatek, dodawaj dodatkową porcję do warzyw, jajecznic i chleba. Wybieraj produkty pełnotłuste zamiast niskotłuszczowych, np. pełnotłuste jogurty, pełnotłuste mleko, tłusty twaróg. **Zdrowsze tłuszcze, które warto dodawać do dań, aby zwiększyć ich kaloryczność, obejmują oleje roślinne, zwłaszcza oliwę i olej rzepakowy. Unikaj natomiast tłuszczów zwierzęcych jak tłuste mięsa, smalec i słonina, które nie są korzystne dla organizmu.**

3. Wybieraj odżywcze napoje

Mleko i przetwory mleczne (maślanka, jogurt, kefir oraz zsiadłe mleko) zawierają wiele cennych składników, m.in. białko. **Białko** to jeden z podstawowych składników odżywczych, bez którego organizm nie mógłby funkcjonować. Zapobiega nie tylko utracie masy ciała i siły, ale także wspomaga procesy regeneracyjne tkanek. **Pij je codziennie:**



Szklanka mleka, maślanki, jogurtu, kefiru, zsiadłego mleka



Kawa czy kawa zbożowa z dużą ilością mleka



Kakao, gorąca czekolada, budyń z dużą ilością mleka



Koktajle mleczne lub owocowe smoothie z jogurtem



Przykłady odżywczych koktajli:

Maślanka 400 ml + banan 1 sztuka + masło orzechowe 1 łyżka

Jogurt 400 ml + truskawki (rozmrózone) 150 g + płatki owsiane 2 łyżki

Mleko 400 ml + jabłko 1/2 szt + garść orzechów włoskich

Napoje sojowe, ryżowe, kokosowe, owsiane lub migdałowe wzbogacane w białko i wapń mogą być stosowane w przypadku nietolerancji pokarmowych lub stosowania diety roślinnej.

Inne pomocne wskazówki



Staraj się spożywać regularnie wszystkie posiłki i nie pomijaj ich świadomie. Dbaj o swoje żywienie każdego dnia.

Nawet niewielka ilość ćwiczeń lub aktywności fizycznej pozytywnie wpływa na apetyt i pomaga odbudować siłę! **Staraj się ruszać codziennie, przez co najmniej 20 minut. Każdy krok się liczy.**



Warto mieć **w zapasie kilka podstawowych produktów spożywczych** na wypadek, gdybyś nie był w stanie dotrzeć do sklepu (ze względu na pogodę czy gorsze samopoczucie). Przykłady takich produktów to: makarony i kasze, kakao, owoce i warzywa mrożone, orzechy, suszone owoce, płatki zbożowe (np. owsiane), mleko o przedłużonej trwałości, odtłuszczone mleko w proszku, ryby w puszkach oraz paczkowany chleb. Gotowe posiłki (np. w słoikach, mrożone, kupne dania) są łatwe do przygotowania. Dodaj porcję warzyw (np. z mrożonki), aby stworzyć bardziej zbilansowany posiłek.

Jeśli przygotowywanie posiłków jest dla Ciebie zbyt trudne **poproś przyjaciół lub rodzinę o pomoc** w zakupach, przygotowywaniu i gotowaniu posiłków. Można też rozważyć zamawianie posiłków na wynos czy też dietę pudełkową.



Staraj się **mieć towarzystwo podczas posiłków**, np. spędzaj czas ze znajomym lub członkiem rodziny albo poszukaj miejsc w Twojej okolicy, gdzie można wspólnie zjeść posiłek przy jednym stole.

Sprawdź stan swojego organizmu i monitoruj masę ciała - jeśli nie masz apetytu, masz trudności z jedzeniem lub tracisz na wadze w sposób niezamierzony lub jeśli zauważyłeś, że Twoje ubrania lub pierścionki są luźniejsze niż kiedyś, możesz być narażony na niedożywienie. Porozmawiaj ze swoim lekarzem rodzinnym o swoich obawach, szczególnie jeśli cierpisz na chorobę przewlekłą - być może wskazane będzie dla Ciebie żywienie medyczne.



Jeśli stosowanie się do tych rad jest trudne - porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem prowadzącym.

Nie bagatelizuj tematu żywienia - to ważny element Twojego zdrowia.

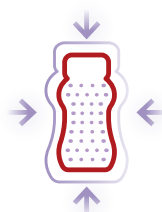
Żywnienie medyczne (doustne preparaty odżywcze) – odżywianie w chorobie i rekonwalescencji

Porady dla pacjentów i opiekunów

Codziennie potrzebujesz jedzenia i wody, aby dostarczyć organizmowi niezbędne składniki odżywcze (np. energię, białko, witaminy), które są kluczowe dla zachowania aktywności i dobrego samopoczucia.

Jednak jeśli źle się czujesz lub wracasz do zdrowia po chorobie, możesz nie mieć ochoty na jedzenie i picie. Dodatkowo choroba, stosowane leki i/lub leczenie mogą zmieniać smak jedzenia, wpływać na apetyt i powodować szybsze uczucie sytości. W takiej sytuacji odżywienie organizmu może być trudne.

Dlatego oprócz diety przepisano Ci żywnienie medyczne (doustne preparaty odżywcze), aby pomóc Ci zaspokoić zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze.



Czym są doustne preparaty odżywcze?

Doustne preparaty odżywcze są tworzone specjalnie z myślą o pacjentach, którzy mają trudności z dostarczeniem swojemu organizmowi wystarczającej ilości składników odżywczych za pomocą tradycyjnej diety. Dzięki skoncentrowanej formie, preparaty te dostarczają znaczną ilość energii i składników odżywczych, zwłaszcza białka, witamin i składników mineralnych w niewielkiej objętości.

Doustne preparaty odżywcze mają pomóc Ci poprawić stan odżywienia lub utrzymać prawidłową masę ciała. Dzięki odżywieniu organizmu - mogą również pomóc w lepszym radzeniu sobie z chorobą, tolerowaniu leczenia lub odzyskiwaniu sił po chorobie.



Ile doustnych preparatów odżywczych powinienam/ powiniennem przyjmować?

Każdy z nas jest inny. Lekarz może doradzić, ile doustnych preparatów odżywczych należy przyjmować każdego dnia i jakie ich rodzaje będą dla Ciebie najlepsze. Zazwyczaj zaleca się spożywanie od 1 do 3 butelek doustnych preparatów odżywczych dziennie – informacje dotyczące stosowania znajdują się na etykiecie. Ważne jest, aby przyjmować odpowiednią ilość preparatów **każdego dnia**, zgodnie z zaleceniami, ale jeśli masz z tym trudności - poinformuj o tym swojego lekarza.

Żywnienie medyczne należy stosować tak długo jak tego potrzebuje Twój organizm – najlepiej przez cały czas leczenia i rekonwalescencji. Zazwyczaj trwa to co najmniej kilka tygodni, ponieważ odżywienie organizmu to proces, który wymaga czasu.

W jaki sposób przyjmować doustne preparaty odżywcze?



Ogólnie rzecz biorąc warto przyjmować doustne preparaty odżywcze, gdy masz na nie największą ochotę. Może to być między posiłkami jako przekąska, z samego rana lub przed snem. Niektórzy wolą regularne przyjmowanie niewielkich ilości preparatów w ciągu całego dnia. Doustne preparaty odżywcze możesz również dodawać do niektórych ulubionych potraw.

Należy dobrze wstrząsnąć preparat przed otwarciem i spożywać powoli, małymi łykami lub porcjami, najlepiej przez co najmniej 30 min.

Większość doustnych preparatów odżywczych można pić prosto z butelki, ale można je również przelać do szklanki lub kubka. Dostępnych jest wiele smaków do wypróbowania, więc nie musisz ograniczać się do jednego. Porozmawiaj ze swoim lekarzem lub farmaceutą na temat różnych dostępnych smaków.



Czy mogę podgrzewać doustne preparaty odżywcze?

Niektóre osoby mogą preferować przyjmowanie doustnych preparatów odżywczych na ciepło lub jako dodatek do żywności i napojów. Na przykład, doustne preparaty odżywcze można delikatnie podgrzać, aby przygotować gorącą czekoladę, lub wykorzystać je do wzbogacenia różnych posiłków, deserów i napojów. Można nimi zastąpić mleko w ciastach, deserach i napojach, a także dodać do zup, sosów czy kawy. W przypadku podgrzewania, należy robić to powoli, unikając gotowania, ponieważ wysoka temperatura może zmienić smak i uszkodzić wrażliwe na ciepło witaminy.



Czy mogę zamrozić doustne preparaty odżywcze?

Jak najbardziej. Doustne preparaty odżywcze wystarczy wlać do foremki na lizaki czy kostki lodu i zamrozić lub można je wykorzystać do przygotowania lodów.



Jak należy przechowywać doustne preparaty odżywcze?

Nieotwarte doustne preparaty odżywcze można przechowywać w szafce, z dala od światła słonecznego. Po otwarciu powinny być przechowywane w lodówce - sprawdź instrukcje na etykiecie, aby dowiedzieć się, jak długo można je bezpiecznie przechowywać w lodówce po otwarciu.



Z kim porozmawiać, jeśli mam więcej pytań dotyczących doustnych preparatów odżywczych?

Jeśli masz dodatkowe pytania dotyczące doustnych preparatów odżywczych, skontaktuj się ze swoim lekarzem lub dietetykiem, którzy będą w stanie dostarczyć Ci dalszych pomysłów/sugestii dotyczących ich stosowania. Pomocne informacje można również znaleźć na stronach internetowych producentów żywienia medycznego.



Co jeszcze jest ważne dla dobrego stanu odżywienia?

1. Właściwe żywienie - każdy posiłek ma znaczenie

Stosowanie doustnych preparatów odżywczych zgodnie z zaleceniami jest bardzo istotne, ale równie ważne jest to, co codziennie jesz. Każdy dobry, zdrowy posiłek to inwestycja w Twój organizm!

Pomysły na to, jak wzmocnić swoją codzienną dietę, znajdziesz w żółtej ulotce „Twój przewodnik, jak uzyskać jak najwięcej wartości odżywczych z jedzenia, które spożywasz” dostępnej na stronie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.



2. Ruch - 20 minut dziennie, codziennie!

Odzyskanie utraconej masy i siły mięśniowej to proces – trwa tygodnie a nawet miesiące. Dlatego potrzeba czasu i cierpliwości, a co najważniejsze – zaangażowania! To co jesz, jest bardzo ważne, ale do odzyskania sił konieczny jest też codzienny ruch. Wszyscy dorośli, w tym osoby starsze oraz z chorobami przewlekłymi powinny podejmować regularną aktywność fizyczną. Ruszaj się **codziennie** co najmniej 20 minut, a stopniowo, każdego dnia odrobinę zwiększaj czas i intensywność. Każdy krok się liczy!

Jeśli stosowanie się do tych rad jest trudne lub jeśli mimo stosowania żywienia medycznego dalej tracisz masę ciała – niezwłocznie porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem prowadzącym.

PIŚMIENNICTWO

1. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P i wsp. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017; 36: 49-64.
2. Kłęk S i wsp. Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu POLSPEN. Scientifica, Kraków 2019.
3. Ljungqvist O, de Man F. Under nutrition – a major health problem in Europe. *Nutr Hosp* 2009; 24: 368-370.
4. MNI. Better care through better nutrition: value and effects of medical nutrition. A summary of the evidence base. Medical Nutrition International Industry. 2018. https://www.medicalnutritionindustry.org/content/uploads/2023/10/2018_mni_dossier_final_web.pdf. Dostęp: 18.09.2024.
5. Russell C, Elia M; on behalf of BAPEN and collaborators. Nutrition Screening Surveys in Care Homes in the UK: A report based on the amalgamated data from the four Nutrition Screening Week surveys undertaken by BAPEN in 2007, 2008, 2010 and 2011. 2015. <http://www.bapen.org.uk/pdfs/nsw/bapen-nsw-uk.pdf>. Dostęp: 18.09.2024.
6. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D i wsp. Malnutrition in hospital outpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr* 2004; 92: 799-808.
7. McGurk P, Cawood A, Walters E i wsp. The burden of malnutrition in general practice. *Gut* 2012; 61 (Suppl. 2): A18 (OC-042).
8. Stratton R, Green CJ, Elia M (eds.). Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment. Oxford CABI Publishing, Wallingford, UK, 2003.
9. Gossier S, Guyonnet S, Volkert D. The role of nutrition in frailty: an overview. *J Frailty Aging* 2016; 5: 74-77.
10. Morley J, Vellas B, van Kan GA i wsp. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14: 392-397.
11. Brotherton A, Simmonds N, Stroud M; on behalf of BAPEN Malnutrition Matters. Meeting quality standards in nutritional care UK: BAPEN. 2010. <https://www.bapen.org.uk/pdfs/toolkit-for-commissioners.pdf>. Dostęp: 18.09.2024.
12. Sobotka L (red.). Podstawy żywienia klinicznego. Edycja czwarta. Scientifica, Kraków 2013.
13. Pulley J, Todd A, Flatley C i wsp. Malnutrition and quality of life among adult inflammatory bowel disease patients. *JGH Open* 2020; 4: 454-460.
14. Wunderle C, Gomes F, Schuetz P i wsp. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. *Clin Nutr* 2023; 42: 1545-1568.
15. Elia M, Russell C. Combating Malnutrition: Recommendations for Action. Report from the advisory group on malnutrition, led by BAPEN. 2009. https://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/advisory_group_report.pdf. Dostęp: 18.09.2024.
16. Burgos R, Bretón I, Cereda E i wsp. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr* 2018; 37: 354-396.
17. West M, Wischmeyer PE, Grocott MPW i wsp. Prehabilitation and nutritional support to improve perioperative outcomes. *Curr Anesthesiol Rep* 2017; 7: 340-349.
18. Weimann A, Braga M, Carli F i wsp. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr* 2021; 40: 4745-4761.
19. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P i wsp. ESPEN practical guideline: clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021; 40: 2898-2913.
20. Van Zanten A, De Waele E, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Crit Care* 2019; 23: 368. doi: 10.1186/s13054-019-2657-5.
21. Krumholz H. Post-hospital syndrome – a condition of generalized risk. *N Engl J Med* 2013; 368: 100-102.
22. Caraballo C, Dharmarajan K, Krumholz HM. Post hospital syndrome: is the stress of hospitalization causing harm? *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* 2019; 72: 896-898.
23. Preedy V (ed.). Diet and nutrition in palliative care. 1st edition. s.l. CRC Press, 2011.
24. Fávoro-Moreira N, Krausch-Hofmann S, Matthys C i wsp. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. *Adv Nutr* 2016; 7: 507-522.
25. Elia M; on behalf of the Malnutrition Action Group (BAPEN) and the National Institute for Health Research Southampton Biomedical Research Centre. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report). <https://www.bapen.org.uk/pdfs/economic-report-full.pdf>. Dostęp: 18.09.2024.
26. Parsons E, Stratton RJ, Cawood AL. i wsp. Oral nutritional supplements in a randomised trial are more effective than dietary advice at improving quality of life in malnourished care home residents. *Clin Nutr* 2017; 36: 134-142.
27. Cawood A, Green C, Stratton RJ. The budget impact of using oral nutritional supplements in older community patients at high risk of malnutrition in England. *Proc Nut Soc* 2010; 69(OCE7): E544.
28. Norman K, Pirlich M, Smoliner C i wsp. Cost-effectiveness of a 3-month intervention with oral nutritional supplements in disease-related malnutrition: a randomized controlled pilot study. *Eur J Clin Nutr* 2011; 65: 735-742.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition CG32; Costing Report. Implementing NICE guidance in England. 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG32>. Dostęp: 18.09.2024.
30. Stratton R i wsp. Managing malnutrition to improve lives and save money. BAPEN. 2018. <https://www.bapen.org.uk/pdfs/reports/mag/managing-malnutrition.pdf>. Dostęp: 18.09.2024.
31. Holdoway A (ed.); on behalf of British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Malnutrition Pathway, Managing Adult Malnutrition in the

Community. 3rd Edition 2021 (1st Edition in May 2012); https://www.malnutritionpathway.co.uk/library/managing_malnutrition.pdf. Dostęp: 18.09.2024.

32. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD i wsp. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr 2019; 38: 1-9.

33. Volkert D, Beck AM, Cederholm T i wsp. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr 2019; 38: 10-47.

34. Deutz N, Bauer JM, Barazzoni R i wsp. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. Clin Nutr 2014; 33: 929-936.

35. Deutz J, Wolfe RR. Is there a maximal anabolic response to protein intake with a meal? Clin Nutr 2013; 32: 309-313.

36. Moore D, Churchward-Venne TA, Witard O i wsp. Protein ingestion to stimulate myofibrillar protein synthesis requires greater relative protein intakes in healthy older versus younger men. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2015; 70: 57-62.

37. Hengeveld LM, Boer J, Gaudreau P i wsp. Prevalence of protein intake below recommended in community dwelling older adults: a meta-analysis across cohorts from the PROMISS consortium. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2020; 11: 1212-1222.

38. Bauer J, Biolo G, Cederholm T i wsp. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in

older people: a position paper from the PROT-AGE study group. J Am Med Dir Assoc 2013; 14: 542-559.

39. Stratton R, Marinos E. A review of reviews: a new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. Clin Nutr Suppl 2007; 2: 5-23.

40. Smith T, Cawood AL, Walters ER i wsp. Ready-made oral nutritional supplements improve nutritional outcomes and reduce health care use – a randomised trial in older malnourished people in primary care. Nutrients 2020; 12: 517.

41. Cawood A, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Ageing Res Rev 2012; 11: 278-296.

42. Baldwin C, Weekes C. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease related malnutrition in adults (review). Cochrane Database Syst Rev 2011; 9: CD002008.

43. Elia M, Normand C, Laviano A i wsp. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. Clin Nutr 2016; 35: 125-137.

44. Elia M, Parsons EL, Cawood AL i wsp. Cost-effectiveness of oral nutritional supplements in older malnourished care home residents. Clin Nutr 2018; 37: 651-658.

45. Sobocki J, Kunecki M, Zmarzły A, Rudzki S (red.). Standardy żywienia dojelitowego dorosłych pacjentów w warunkach domowych. Via Medica, Gdańsk 2019.

Publikacja została zrealizowana w ramach niezależnego grantu edukacyjnego firmy Nutricia.

Grantodawca nie miał wpływu na treść artykułu.

Opracowanie graficzne: Katarzyna Masala (Masala rysuje)

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. Mateusz Babicki

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

e-mail: ma.babicki@gmail.com

DODATKOWE MATERIAŁY

Wszystkie załączniki do niniejszych wytycznych, jak również ryciny oraz materiały w formie slajdów przygotowane na potrzeby edukacyjne, są dostępne do pobrania na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR) w sekcji 'Rekomendacje'.