

# Η διαδικασία της διατροφικής φροντίδας

Καλλιόπη-Άννα Πούλια, MSc

Κλινική Διαιτολόγος, Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ "Λαϊκό"

Ιωάννα Αρχοντάκη, MSc, RD

Κλινική Διαιτολόγος, Προϊσταμένη Διαιτολογικού Τμήματος Θεραπευτηρίου "Υγεία"

Θεοδώρα Λάππα, MSc

Κλινική Διαιτολόγος, Τμήμα Διατροφής, ΓΝΑ "ΚΑΤ"

Φωτεινή Αρβανίτη, MSc

Κλινική Διαιτολόγος, Υγειονομική Μονάδα, Βουλή των Ελλήνων

## Περιεχόμενα

<b>Διαδικασία Διατροφικής Φροντίδας</b> . . . . .	<b>.2</b>	<b>Διατροφική Υποστήριξη του</b>	
<b>Ανίχνευση Διατροφικού Κινδύνου</b> . . . . .	<b>.3</b>	<b>Νοσηλεύμενου Ασθενή</b> . . . . .	<b>.15</b>
<b>Σχέδιο Διατροφικής Φροντίδας</b> . . . . .	<b>.4</b>	Βασικά Είδη Νοσοκομειακών Διαιτών . . . . .	.15
Αξιολόγηση . . . . .	.4	Ελεύθερη Δίαιτα . . . . .	.16
Ανάλυση Δεδομένων –		Ελαφρά Δίαιτα . . . . .	.16
Αξιολόγηση Προβλημάτων και Σχεδιασμός		Πολτοποιημένη Δίαιτα . . . . .	.17
Διατροφικής Φροντίδας . . . . .	.4	Υδρική Δίαιτα . . . . .	.17
Εφαρμογή της Διατροφικής Φροντίδας . . . . .	.4	Διατροφική Πρόσληψη . . . . .	.18
Αξιολόγηση της Διατροφικής Φροντίδας . . . . .	.7	Ψυχολογικοί Παράγοντες . . . . .	.19
<b>Αρχείο Διατροφικής Φροντίδας</b> . . . . .	<b>.7</b>	Διατροφική Αγωγή και Επιμόρφωση . . . . .	.21
Έγγραφα και Εργαλεία της Κοινής Πρακτικής . . . . .	.7	του Ασθενούς . . . . .	.21
Κλινική Αποτελεσματικότητα του Διαιτολόγου . . . . .	.8	Διατροφική Φροντίδα εκτός Νοσοκομείου . . . . .	.22
Διατροφική Παρέμβαση και Διατροφική			
Τροποποίηση . . . . .	.9		
Διαιτολογική Εντολή . . . . .	.9		
Τροποποίηση της Δίαιτας . . . . .	.15		

## Διαδικασία Διατροφικής Φροντίδας

Η διατροφική φροντίδα περιλαμβάνει την διαδικασία κατά την οποία αξιολογούνται και ικανοποιούνται σταθερές ή μεταβαλλόμενες διατροφικές ανάγκες. Ο τύπος της διατροφικής φροντίδας εξαρτάται από την παρουσία ή απουσία κάποιας νόσου, το περιβάλλον και την ανάπτυξη του ατόμου.

Η διαδικασία διατροφικής φροντίδας αποτελείται από:

1. την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης του ατόμου,
2. τον εντοπισμό των διατροφικών αναγκών ή προβλημάτων,
3. τον καθορισμό των στόχων της διατροφικής φροντίδας για να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες,
4. την εφαρμογή των διατροφικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένης και της εκπαίδευσης, που είναι απαραίτητη για να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί και
5. την αξιολόγηση της διατροφικής φροντίδας.<sup>1</sup>

Για ένα υγιές άτομο, η διατροφική φροντίδα περιλαμβάνει τη αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασής του, τον προσδιορισμό των θρεπτικών του αναγκών, τη διατροφική εκπαίδευση, την ενθάρρυνση για τη συνέχιση των καλών διατροφικών συνθηκών, στοχεύοντας στην πρόληψη της εμφάνισης εκφυλιστικών νόσων που σχετίζονται με τη διατροφή.

Η διατροφική φροντίδα για τον πάσχοντα ή νοσηλεύόμενο ασθενή είναι αρκετά πιο σύνθετη διαδικασία και δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή ενός δίσκου φαγητού τρεις φορές ημερησίως. Περιλαμβάνει τον έλεγχο της πρόσληψης τροφής και, όταν αυτή κρίνεται ανεπαρκής, τη λήψη μέτρων για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών του ατόμου μέσω παροχής συμπληρωμάτων ή τεχνητής διατροφής, τη χορήγηση συμβουλών, συναισθηματικής υποστήριξης και ενθάρρυνσης και βέβαια την τροποποίηση της δίαιτας του ασθενούς ανάλογα με τη νόσο και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του.<sup>1</sup>

Είναι προφανές ότι η διασφάλιση της όσο το δυνατόν πληρέστερης διατροφικής φροντίδας απαιτεί τη συμβολή και τη συνεργασία πολλών επαγγελματιών υγείας, όπως του κλινικού διαιτολόγου, του ιατρού της νοσηλεύτριας και του φαρμακοποιού.

Ένας από τους λόγους για τους οποίους παρατηρούνται τα προβλήματα σίτισης που αντιμετωπίζει μεγάλος αριθμός ασθενών στα νοσοκομεία της χώρας μας σήμερα, είναι ότι καμία ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας δεν έχει πάρει την πλήρη ευθύνη για τη διατροφική φροντίδα του ασθενή. Αυτό έχει συμβεί σε πολλούς τομείς της υγειονομικής περιθαλψής, και η διατροφή δεν αποτελεί εξαίρεση. Δεδομένου ότι η θρεπτική υποστήριξη περιλαμβάνει τη συνεισφορά πολλών επαγγελματιών υγείας, τα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να αναπτύξουν ομάδες υποστήριξης, όπου κλινικοί διαιτολόγοι, νοσηλευ-

τές, ιατροί, φυσιοθεραπευτές φαρμακοποιοί, θα μπορούν να συνεισφέρουν με την πείρα και τις γνώσεις τους και να είναι αρμόδιοι για τη διατροφική φροντίδα του ασθενή.

Πρόσφατα ο Αμερικάνικος Διαιτολογικός Σύλλογος (American Dietetic Association, ADA) παρουσίασε ένα μοντέλο διατροφικής φροντίδας το οποίο παράλληλα περιλαμβάνει και τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την παροχή διατροφικής φροντίδας.<sup>2</sup> Στο σχήμα 1.1 παρουσιάζεται αυτό το μοντέλο, το οποίο αποτελείται από τα παρακάτω μέρη:

- Ο πυρήνας, στον οποίο βρίσκεται η σχέση μεταξύ του ασθενούς και της θεραπευτικής ομάδας ή του διαιτολόγου.
- Τα τέσσερα βήματα της διατροφικής φροντίδας (διατροφική αξιολόγηση, εντοπισμός του διατροφικού προβλήματος, διατροφική παρέμβαση, παρακολούθηση και αξιολόγηση της παρεχόμενης διατροφικής φροντίδας).
- Από δυο δακτυλίους:
  - Ο εσωτερικός δακτύλιος, ο οποίος δίνει έμφαση στα χαρακτηριστικά και στις ικανότητες του διαιτολόγου για να ασκήσει αποτελεσματικά το επάγγελμα (επιστημονική κατάρτιση και γνώση, εξειδίκευση, κριτική σκέψη, συνεργασία και επικοινωνία, κώδικας ηθικής, πρακτική βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα).
  - Ο εξωτερικός δακτύλιος, ο οποίος περιλαμβάνει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη διαδικασία (σύστημα υγείας, συνθήκες εργασίας, κοινωνικοοικονομικό σύστημα).
- Από υποστηρικτικά συστήματα
  - Σύστημα ανίχνευσης και αναφοράς στο σχήμα διατροφικής φροντίδας.
  - Σύστημα διαχείρισης των αποτελεσμάτων για διαρκή έλεγχο και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αυτό το μοντέλο έχει σκοπό να περιγράψει τη σχέση όλων των εμπλεκόμενων παραγόντων ούτως ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα στην διατροφική φροντίδα.<sup>2</sup>

Για την παροχή αποτελεσματικής διατροφικής φροντίδας σε νοσηλεύομενους ή μη ασθενείς είναι απαραίτητη η δημιουργία και η υιοθέτηση ενός σχεδίου διατροφικής φροντίδας ή μιας γραπτής τεκμηρίωσης της διαδικασίας διατροφικής φροντίδας. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται εφικτή η καλύτερη παρακολούθηση του ασθενούς και ο επανέλεγχος του, ενώ εξασφαλίζεται και η καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στην διαχείριση του ασθενούς και η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

## ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η διαδικασία διατροφικής φροντίδας, για να μπορέσει να είναι αποτελεσματική, πρέπει να βασίζεται σε ένα καλά δομημένο εργαλείο ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου. Η ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου ορίζεται ως «η καθορισμένη διαδικασία που χρησιμοποιείται για την αναγνώριση των ασθενών που χρήζουν ειδική παρέμβαση». <sup>2</sup>

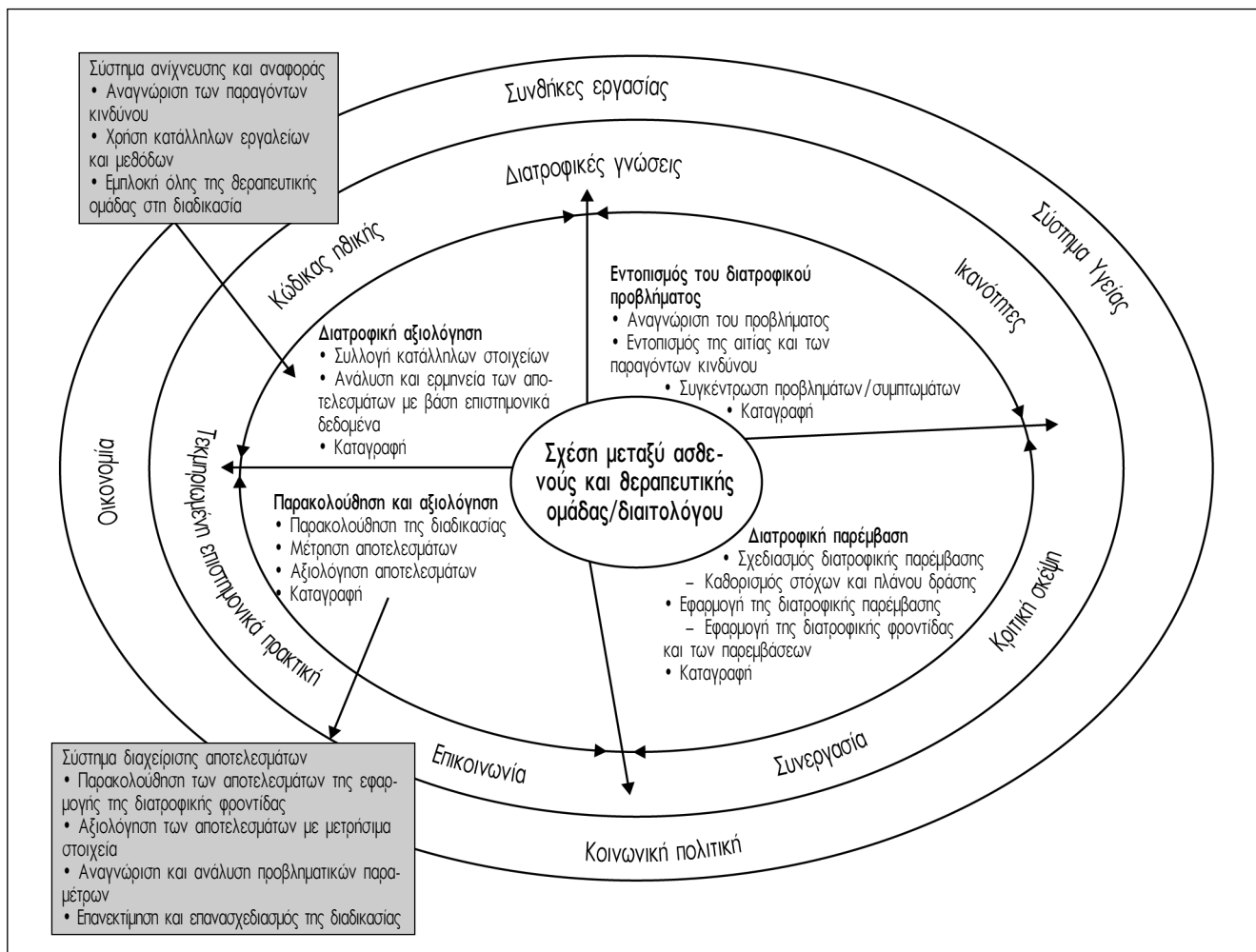
Στη σύγχρονη εποχή έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία για την ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου. Τα εργαλεία αυτά επιχειρούν την κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με τον διατροφικό κίνδυνο που διατρέχουν, βάσει στοιχείων, όπως η πρόσφατη απώλεια βάρους, η όρεξη και η διατροφική πρόσληψη. Για να θεωρούνται αποτελεσματικά πρέπει:

- να είναι εύκολα και γρήγορα στην εφαρμογή τους,
- να είναι αρκετά ευαίσθητα στην ανίχνευση των ασθενών σε κίνδυνο,

- να είναι κατάλληλα για την ομάδα ασθενών στην οποία εφαρμόζονται,
- να είναι εύκολα στην εφαρμογή τους και κατανοητά ούτως ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμη και από μη διαιτολογικό προσωπικό,
- να έχουν αρκετά καλή επαναληψιμότητα όταν χρησιμοποιούνται από διαφορετικούς παρατηρητές,
- να καθοδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό σε ενέργειες ανάλογες των ευρημάτων που προκύπτουν από αυτά. <sup>1,3</sup>

Το είδος των ερωτήσεων που θα συμπεριλαμβάνονται σε ένα εργαλείο διατροφικής διαλογής εξαρτάται από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται αλλά συνήθως καταγράφει:

- την ακούσια απώλεια βάρους (π.χ. 5-10% του συνήθους βάρους στη διάρκεια 2-3 μηνών),
- προβλήματα σίτισης (λόγω μειωμένης όρεξης, δυσκαταποσίας ή δυσκολίας μάσησης),
- αυξημένες διατροφικές ανάγκες (εμπύρετο, τραύμα, σήψη),



Σχήμα 1.1 Μοντέλο της διαδικασίας της διατροφικής φροντίδας του αμερικάνικου διαιτολογικού συλλόγου (American Dietetic Association, ADA), JADA, 2003;103:1061-1072).

- αυξημένες απώλειες θρεπτικών συστατικών (λόγω διάρροιας, δυσαπορρόφησης),
- το παρόν σωματικό βάρος και το επίπεδο παχυσαρκίας [ύψος, βάρος, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)].<sup>4</sup>

Η ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου και η διατροφική διαλογή για να είναι αποτελεσματική πρέπει να αποτελεί μέρος της καθημερινής πρακτικής. Αν γίνεται ως πρόσθετη διαδικασία, είναι πολύ πιθανό ο περιορισμένος χρόνος κατά την εισαγωγή των ασθενών και ο φόρτος εργασίας να οδηγήσει σε ελλιπή καταγραφή και πιθανή παράβλεψη ασθενών σε αυξημένο διατροφικό κίνδυνο.

Στο σχήμα 1.2 παρουσιάζονται το Καθολικό Εργαλείο Ανίχνευσης Διατροφικού Κινδύνου για ενήλικες (Malnutrition Universal Screening Tool, MUST), το εργαλείο Ανίχνευσης Διατροφικού Κινδύνου του 2002 (Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002), και το εργαλείο αρχικής Μικρής Διατροφικής αξιολόγησης για ηλικιωμένους (Mini Nutritional Assessment, MNA) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Παρεντερικής και Εντερικής Διατροφής (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, ESPEN).<sup>5</sup>

## ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το σχέδιο διατροφικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει την θρεπτική αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης, τον προσδιορισμό των διατροφικών προβλημάτων, τον καθορισμό των στόχων της διατροφικής φροντίδας, τις διατροφικές δραστηριότητες παρέμβασης (συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης) και την αξιολόγηση της διατροφικής φροντίδας.<sup>1</sup>

### Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τη συλλογή και εκτίμηση πληροφοριών που προκύπτουν από τα εργαλεία ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου αλλά και από πληροφορίες του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, από το συγγενικό περιβάλλον ή από προφορική ή γραπτή επαφή με τον ασθενή ή το προσωπικό του νοσοκομείου. Τα στοιχεία που απαιτούνται για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης περιλαμβάνουν τις ανθρωπομετρικές, βιοχημικές, κλινικές, διαιτητικές, ιατρικές και ψυχοκοινωνικές πληροφορίες που απεικονίζουν την διατροφική κατάσταση του ασθενή. Από αυτές τις πληροφορίες γίνεται η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης και ο προσδιορισμός των ιδιαίτερων προβλημάτων ή αναγκών του ασθενούς. Η αξιολόγηση αυτών των προβλημάτων έχει ως σκοπό την ιεράρχησή τους, με αποτέλεσμα να διευκολυνθεί η διατροφική παρέμβαση.

## Ανάλυση Δεδομένων – Αξιολόγηση Προβλημάτων και Σχεδιασμός Διατροφικής Φροντίδας

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται για κάθε ασθενή αξιολογούνται, κάνοντας δυνατή την αναγνώριση πιθανών διατροφικών προβλημάτων. Η αναγνώριση των διατροφικών προβλημάτων οδηγεί στην υιοθέτηση ενός σχεδίου αντιμετώπισής τους, με σειρά προτεραιότητας, ανάλογα με τη σοβαρότητά τους. Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων είναι ο καθορισμός στόχων παρέμβασης. Αυτοί οι στόχοι πρέπει να είναι διατυπωμένοι με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να μπορεί να κατανοήσει το κέρδος του από την επίτευξή τους και να είναι ρεαλιστικοί και εξειδικευμένοι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Πρέπει τέλος, πριν καθοριστούν οι στόχοι να έχει ληφθεί υπ' όψη η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση του ασθενούς ούτως ώστε να είναι δυνατή η υιοθέτηση τους και η προσπάθεια για επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί να βασίζεται σε ρεαλιστικά δεδομένα.

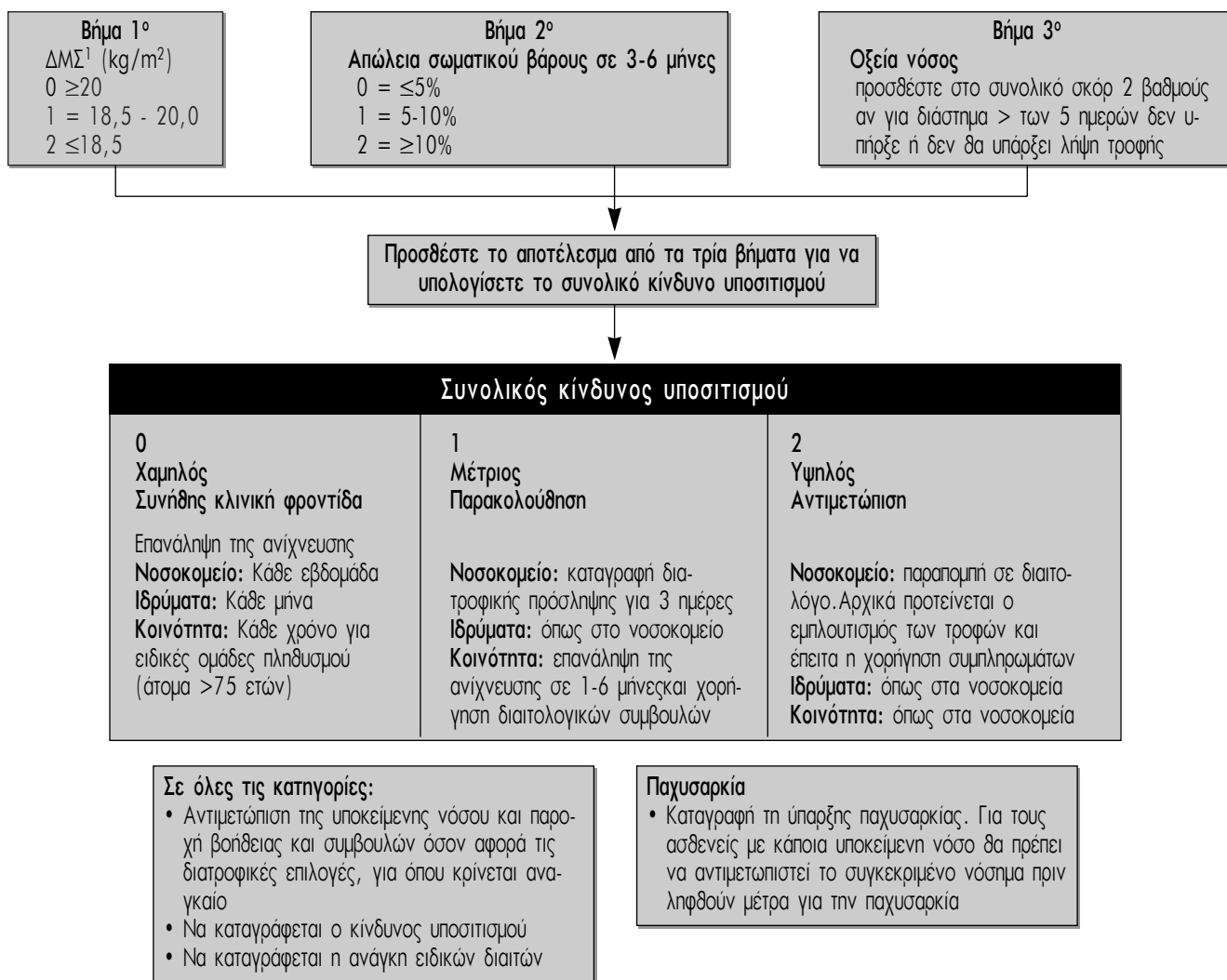
## Εφαρμογή της Διατροφικής Φροντίδας

Αμέσως μετά τον καθορισμό των στόχων ακολουθεί η εφαρμογή της διατροφικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει όλες εκείνες τις ενέργειες που θα κάνουν εφικτή την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Συγκεκριμένα, η εφαρμογή της διατροφικής φροντίδας περιλαμβάνει τον καθορισμό της διαιτητικής εντολής, την επιμόρφωση του ασθενούς, την λήψη αποφάσεων για την χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής ή τεχνητής διατροφής. Πρέπει σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι η διατροφική φροντίδα πρέπει να είναι ευέλικτη και ευπροσάρμοστη, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.<sup>1</sup> Ταυτόχρονα η εφαρμογή των παρεμβάσεων πρέπει να είναι δομημένη με τέτοιο τρόπο ώστε να δίνεται προτεραιότητα στα οξέα προβλήματα ή σε αυτά με τη μεγαλύτερη σημασία για την πρόοδο της υγείας του ασθενούς. Ο καθορισμός βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων γενικά βοηθά τον ασθενή να εφαρμόσει τις συστάσεις που του δίνονται πιο αποτελεσματικά, ενώ η προώθηση αλλαγών πρέπει να πραγματοποιείται εφόσον εξασφαλιστεί πρώτα η επίτευξη των στόχων υψηλής προτεραιότητας.

Η διατροφική παρέμβαση πρέπει πάντα να είναι συγκεκριμένη και καλά τεκμηριωμένη. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η άρτια συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ της ομάδας που παρέχει θεραπευτική φροντίδα στον ασθενή. Παράλληλα, οι πληροφορίες για τη θεραπεία και την πρόοδο της κατάστασης του ασθενούς πρέπει να είναι διαθέσιμες στο σύνολο της θεραπευτικής ομάδας και οι αποφάσεις που λαμβάνονται να είναι απόρροια ισότιμης συζήτησης και διαλόγου.

**Σχήμα 1.2** Εργαλεία ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου

**i) Καθολικό εργαλείο ανίχνευσης διατροφικού κινδύνου για ενήλικες (Malnutrition Universal Screening Tool, MUST)**



<sup>1</sup>  $\Delta\text{ΜΣ}$  = Δείκτης Μάζας Σώματος

Το παραπάνω εργαλείο μπορεί να προσαρμοστεί για ειδικές περιπτώσεις (π.χ. όταν το ύψος και το βάρος δεν είναι δυνατόν να μετρηθούν ή όταν παρατηρείται ανισορροπία υγρών) με τη χρήση εναλλακτικών μετρήσεων. Επίσης μπορεί να εντοπίσει την ύπαρξη παχυσαρκίας ( $\Delta\text{ΜΣ} > 30$  kg/m<sup>2</sup>)

**ii) Εργαλείο Ανίχνευσης Διατροφικού Κινδύνου του 2002 (Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1** Αρχική ανίχνευση

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Ο $\Delta\text{ΜΣ}$ είναι < από 20,5;		
2	Ο ασθενής έχει χάσει βάρος τους τελευταίους τρεις μήνες;		
3	Έχει μειωθεί η διατροφή πρόσληψη του ασθενούς την τελευταία εβδομάδα;		
4	Ο ασθενής είναι βαριά πάσχοντας; (π.χ. σε μονάδα εντατικής θεραπείας)		

*ΝΑΙ:* Αν έχει απαντηθεί ΝΑΙ σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις προχωρήστε στον πίνακα 2

*ΟΧΙ:* Αν όλες οι απαντήσεις είναι ΟΧΙ η εκτίμηση πρέπει να επαναλαμβάνεται εβδομαδιαία. Αν έχει προγραμματιστεί για παράδειγμα κάποια χειρουργική επέμβαση στον ασθενή πρέπει να εφαρμοστεί ένα προληπτικό διατροφικό πλάνο για να μειωθεί ο κίνδυνος υποσιτισμού

**Πίνακας 2** Τελική ανίχνευση

Διαταραχή διατροφικής κατάστασης		Σοβαρότητα της νόσου (αναγκών)	
Όχι <b>Σκορ 0</b>	Φυσιολογική κατάσταση θρέψης	Όχι <b>Σκορ 0</b>	Φυσιολογικές διατροφικές ανάγκες
Ήπια <b>Σκορ 1</b>	Απώλεια βάρους >5% σε 3 μήνες ή διατροφική πρόσληψη μικρότερη του 50–75% των συστάσεων για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας	Ήπια <b>Σκορ 1</b>	Κάταγμα ισχίου, χρόνια πάσχοντες ασθενείς με οξείες επιπλοκές: κίρρωση, Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς, διαβήτης, παχυσαρκία
Μέτρια <b>Σκορ 2</b>	Απώλεια βάρους >5% σε 2 μήνες ή ΔΜΣ = 18,5-20,5 και επιβαρυνόμενη κατάσταση υγείας ή λήψη τροφής ίση με 25-60% των συστάσεων για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας	Μέτρια <b>Σκορ 2</b>	Σοβαρή χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα, εγκεφαλικό επεισόδιο, Σοβαρή πνευμονία, αιματολογικές κακοήθειες
Σοβαρή <b>Σκορ 3</b>	Απώλεια βάρους >5% σε 1 μήνα (>15% σε τρεις μήνες) ή ΔΜΣ <18,5 ή διατροφική πρόσληψη ίση με 0–25% των συστάσεων για χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας	Σοβαρή <b>Σκορ 3</b>	Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μεταμόσχευση μυελού των οστών, ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας (APACHE >10)
<b>Σκορ Ηλικία</b>	+ Αν >70 ετών προσθέστε 1 στο τελικό σκορ	<b>Σκορ</b>	<b>Τελικό σκορ =</b> Τροποποιημένο λόγω ηλικίας σκορ =

- Αν το τελικό σκορ είναι  $\geq 3$ , ο ασθενής βρίσκεται σε διατροφικό κίνδυνο και πρέπει να αρχίσει η παροχή διατροφικής φροντίδας
- Αν το σκορ είναι <3 πρέπει να γίνει επανεκτίμηση του ασθενούς σε εβδομαδιαία βάση. Αν έχει προγραμματιστεί για παράδειγμα κάποια χειρουργική επέμβαση στον ασθενή πρέπει να εφαρμοστεί ένα προληπτικό διατροφικό πλάνο για να μειωθεί ο κίνδυνος υποσιτισμού

iii) Εργαλείο αρχικής σύντομης διατροφικής αξιολόγησης για ηλικιωμένους (Mini Nutritional Assessment, MNA)

- A Έχει μειωθεί η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 2 μήνες λόγω μειωμένης όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, ή προβλημάτων μασήσης και κατάποσης;**  
 0 = Σοβαρή μείωση της όρεξης  
 1 = Μέτρια μείωση της όρεξης  
 2 = Η όρεξη δεν έχει μεταβληθεί
- B Έχει παρατηρηθεί απώλεια βάρους τους τελευταίους μήνες;**  
 0 = απώλεια βάρους >3 κιλών  
 1 = ο ασθενής δεν γνωρίζει  
 2 = απώλεια βάρους 1–3 κιλών  
 3 = το βάρος παραμένει σταθερό
- Γ Κινητικότητα;**  
 0 = κατάκοιτος ή σε αναπηρική καρέκλα  
 1 = Ικανός να σηκώνεται από το κρεβάτι ή την καρέκλα αλλά χωρίς να βγαίνει έξω  
 2 = Κινητικός, βγαίνει έξω
- Δ Έχει υποστεί κατάσταση σωματικού στρες ή οξεία νόσο τους τελευταίους 3 μήνες;**  
 0 = Ναι  
 1 = Όχι
- E Νευροψυχολογικά προβλήματα;**  
 0 = σοβαρή άνοια ή κατάθλιψη  
 1 = ήπια άνοια  
 2 = χωρίς ψυχολογικά προβλήματα
- ΣΤ Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) (kg/m<sup>2</sup>)**  
 0 = ΔΜΣ <19  
 1 = ΔΜΣ 19–21  
 2 = ΔΜΣ 21–23  
 3 = ΔΜΣ >23

**Τελικό σκορ (μέγιστο σύνολο = 14)**

$\geq 12$  Φυσιολογική κατάσταση, χωρίς διατροφικό κίνδυνο → δεν είναι απαραίτητη η λεπτομερής αξιολόγηση  
 $\leq 11$  Πιθανή υποθρεψία → απαιτείται λεπτομερής αξιολόγηση

## Αξιολόγηση της Διατροφικής Φροντίδας

Το τελευταίο μέρος της διατροφικής φροντίδας είναι η αξιολόγησή της. Στην αξιολόγηση ουσιαστικά βασίζεται η λήψη αποφάσεων για τροποποίηση των συμβουλών που παρέχονται, καθιστώντας τη διατροφική φροντίδα μια διαδικασία δυναμική και άμεσα εξαρτώμενη από τις ανάγκες του ασθενούς.

Τα διάφορα σημεία που πρέπει ληφθούν υπ' όψη κατά την αξιολόγηση είναι:

1. Αξιολόγηση του ποιοι από τους στόχους που είχαν αρχικά τεθεί επιτεύχθηκαν. Συγκεκριμένα, ορισμένα ερωτήματα που συχνά ένας διαιτολόγος καλείται να απαντήσει είναι:
  - Ποια είναι η επίδραση της διαιτητικής αγωγής ή του τρόπου σίτισης στην ασθένεια ή την κατάσταση του ασθενούς;
  - Υπάρχει ανάγκη για οποιαδήποτε αλλαγή στην αναλογία των θρεπτικών συστατικών όπως αρχικά είχε υπολογιστεί, ή στον τρόπο σίτισης;<sup>6</sup>
2. Αξιολόγηση της ακριβείας των ενεργειών επέμβασης. Πρέπει να διερευνηθεί δηλαδή αν υπάρχει ανάγκη για μεταβολή του σχεδίου της διατροφικής φροντίδας, του είδους της τροφής που παρέχεται ή των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την διατροφική εκπαίδευση και επιμόρφωση.<sup>6</sup>
3. Αξιολόγηση της δυνατότητας του ασθενή να ακολουθήσει την διατροφική φροντίδα. Πρέπει δηλαδή να εξεταστεί αν υπάρχουν εμπόδια ή ανικανότητες που αποτρέπουν τον ασθενή να ακολουθήσει το σχέδιο της διατροφικής θεραπείας και την επίδραση που μπορεί να έχουν οι αλλαγές που προτείνονται στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς.<sup>6</sup>

Παρόλο που η διαδικασία της αξιολόγησης σε πολλές περιπτώσεις είναι περίπλοκη, απλοποιείται αρκετά αν πραγματοποιείται με μετρήσιμους όρους. Αν η διαδικασία της αξιολόγησης αποκαλύψει ότι οι στόχοι που είχαν αρχικά τεθεί δεν έχουν επιτευχθεί ή ανακαλύψει νέες ανάγκες που μπορεί να έχουν προκύψει, η διαδικασία της διατροφικής φροντίδας πρέπει να αρχίσει από την αρχή προκειμένου να γίνει επανακαθορισμός των αναγκών και των στόχων για τη διαιτητική θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενούς.<sup>1</sup>

## ΑΡΧΕΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη στον κλινικό διαιτολόγο να τεκμηριώσει τις πληροφορίες της διατροφικής φροντίδας των ασθενών, τα νοσοκομεία και νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να συμφωνήσουν σχετικά με την μορφή που θα λάβει αυτή η τεκμηρίωση στον ιατρικό φάκελο ή ιατρικό αρχείο. Οποιαδήποτε μορφή

τεκμηρίωσης που είναι να γίνει μέρος του ιατρικού φακέλου πρέπει να εγκριθεί από ένα εξουσιοδοτημένο σώμα πριν από τη χρησιμοποίησή του από το τμήμα κλινικής διατροφής. Ο ιατρικός φάκελος θεωρείται ένα νομικό έγγραφο και πρέπει να είναι ακριβές.<sup>7</sup>

Η τεκμηρίωση:

1. Συμβάλει στη βελτιστοποίηση της διατροφικής φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή μέσω:
  - της εξασφάλισης της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας του ασθενούς,
  - της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας,
  - της αποτροπής επαναλήψεων ή παραλείψεων,
  - της έγκαιρης ανίχνευσης προβλημάτων.
2. Προστατεύει το διαιτολόγο σε περίπτωση που υπάρξουν παράπονα ή νομικής φύσεως προβλήματα παρέχοντας:
  - αρχείο των ενεργειών που ελήφθησαν για το συγκεκριμένο ασθενή,
  - τεκμηρίωση και δικαιολόγηση των αποφάσεων και των πράξεων που έχουν πραγματοποιηθεί.
3. Συμβάλλει στην προαγωγή της επιστήμης μέσω της καταγραφής και ανάλυσης των δεδομένων που συλλέγονται.
4. Βοηθά στην καλύτερη διαχείριση του τμήματος διατροφής και της κατανομής των πόρων του τμήματος.<sup>1</sup>

Δεδομένου ότι το αρχείο διατροφικής φροντίδας μπορεί να είναι διαθέσιμο στον ασθενή ανά πάσα στιγμή, πρέπει να είναι πλήρες και οι πληροφορίες που καταγράφονται πρέπει να είναι εύκολα κατανοητές, τόσο από τον ίδιο όσο και από μη εξειδικευμένα με τη διατροφή μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

## Έγγραφα και Εργαλεία της Κοινής Πρακτικής

Ένας τρόπος τεκμηρίωσης ευρύτατα αποδεκτός στο αρχείο γίνεται συνήθως με τις σημειώσεις SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Οι σημειώσεις SOAP είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο τεκμηρίωσης από τους κλινικούς διαιτολόγους, ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. δεδομένου ότι περιέχει τα βασικά απαραίτητα στοιχεία για την παροχή διατροφικής φροντίδας. Οι σημειώσεις SOAP αναφέρονται στα τέσσερα βασικά στοιχεία της τεκμηρίωσης, περιλαμβάνοντας υποκειμενικές (Subjective) και αντικειμενικές (Objective) πληροφορίες, αξιολόγηση (Assessment) των αναγκών του ασθενούς και τέλος σχέδιο (Plan) αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανιχνεύθηκαν.<sup>7</sup>

Το υποκειμενικό μέρος **S** περιλαμβάνει την άποψη του ασθενή. Παρέχει μια ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει την άποψη του για τους οποιουδήποτε διαιτητικούς περιορισμούς και πιθανά προβλήματα στην σίτιση του όπως δυσκολία στην μάσηση και κατάπο-

ση. Αυτό το τμήμα της τεκμηρίωσης περιέχει επίσης μια συνοπτική περίληψη διατροφικού ιστορικού του ασθενή. Οι παρατηρήσεις και οι απόψεις του ασθενή μπορούν να βοηθήσουν τον διαιτολόγο στο σχέδιο διατροφικής φροντίδας έτσι ώστε να είναι ικανοποιητικό στον ασθενή.<sup>7</sup>

Το αντικειμενικό μέρος **Ο** περιλαμβάνει στοιχεία όπως το ύψος, το βάρος, το δείκτη μάζας σώματος, εργαστηριακά στοιχεία, την διάγνωση, το ιατρικό ιστορικό, την φαρμακευτική αγωγή και την διαιτητική εντολή. Μερικά στοιχεία, όπως το ύψος και το βάρος, μπορούν να ληφθούν άμεσα από τον ασθενή, αλλά σ' αυτή την περίπτωση ίσως να θεωρηθούν υποκειμενικές πληροφορίες που χρειάζονται επαλήθευση.<sup>7</sup>

Στο τμήμα της αξιολόγησης **Α**, ο διαιτολόγος πρέπει να αξιολογήσει την διατροφική κατάσταση του ασθενούς βασιζόμενος στο υποκειμενικό και αντικειμενικό τμήμα. Σε αυτό το μέρος καταγράφεται ο υπολογισμός των αναγκών του ασθενούς σε ενέργεια, μακρο- και μικρο-δρεπτικά συστατικά και αξιολογείται η διαιτητική εντολή που χορηγήθηκε. Παράλληλα, ο διαιτολόγος πρέπει να αξιολογήσει την δυνατότητα του ασθενούς να κατανοήσει, να αποδεχτεί και να ακολουθήσει τις διατροφικές αλλαγές και συστάσεις που του προτείνονται.<sup>7</sup>

Το σχήμα αντιμετώπισης **Ρ** είναι μια περιγραφή του σχεδίου δράσης με σκοπό να επιλυθούν τα προβλήματα διατροφής που αντιμετωπίζει ο ασθενής συμπεριλαμβανόμενης και της εκπαίδευσης/επιμόρφωσής του.

Στον Ελλαδικό χώρο ελάχιστα στοιχεία υπάρχουν όσον αφορά την τεκμηρίωση σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο έχουν αναπτυχθεί φόρμες τεκμηρίωσης για νοσηλευόμενους ασθενείς, βασισμένες σε πρότυπα διαιτολογικής πρακτικής του εξωτερικού. Οι φόρμες αυτές είναι εύχρηστες και μπορούν να τροποποιηθούν ούτως ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες των διαιτολογικών τμημάτων των ελληνικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τα έντυπα Σχεδίου Ανάλυσης Περιστατικού (ΣΑΠ) παρουσιάζονται στα Σχήματα 1.3 και 1.4 και διακρίνονται σε ΣΑΠ για νοσηλευόμενους ασθενείς και ΣΑΠ για τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΣΑΠ-ΜΕΘ). Το ΣΑΠ-ΜΕΘ έχει προκύψει μετά από τη συνεργασία του Τομέα της Πρακτικής Άσκησης του Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας Διατροφής του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου και των Διαιτολογικών Τμημάτων του Σισμανογλείου Νοσοκομείου, του Νοσοκομείου του Ρίου και του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου «Υγεία».

Το ΣΑΠ περιλαμβάνει την καταγραφή:

- Της ημέρας εισαγωγής, το δάλαμο και την κλίνη του ασθενούς.
- Των προσωπικών στοιχείων του ασθενούς.
- Της αιτίας εισαγωγής και ενός σύντομου ιατρικού ιστορικού.
- Των τιμών των εργαστηριακών εξετάσεων.

- Ανθρωπομετρικών στοιχείων όπως το ύψος, το παρόν, το σύννηδες βάρος και το εύρος φυσιολογικού βάρους, την απώλεια βάρους και τον χρόνο κατά τον οποίο αυτή παρατηρήθηκε. Τα ανθρωπομετρικά στοιχεία είτε μετρούνται άμεσα ή γίνεται λήψη στοιχείων από τον ασθενή ή το περιβάλλον του αναγνωρίζοντας πάντα τα περιδώρα λάδους και ανακριβειών.
- Της φαρμακευτικής αγωγής, όπως καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο.
- Του διαιτητικού ιστορικού, που συμπληρώνεται μετά από συνέντευξη, την οποία πραγματοποιεί ο διαιτολόγος.
- Πληροφοριών για τη φυσική δραστηριότητα του ασθενούς, όταν βρίσκεται εκτός νοσοκομείου.

Στη συνέχεια ακολουθεί η καταγραφή και ταυτόχρονη αξιολόγηση των προβλημάτων του ασθενούς και ο καθορισμός της σειράς αντιμετώπισής τους, ανάλογα με την προτεραιότητά τους.

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που ανιχνεύθηκαν και έχουν καταγραφεί αναλύεται στο σχήμα διατροφικής αντιμετώπισης του Σ.Α.Π., στο οποίο οι επιλογές του διαιτολόγου ως προς τη χορηγούμενη ενέργεια, μακρο- και μικρο-δρεπτικά συστατικά πρέπει να τεκμηριώνονται αναλυτικά.

Ακολουθεί η καταγραφή συστάσεων και συμβουλών προς τον ασθενή ή προς τα άτομα που είναι υπεύθυνα για την σίτιση του ασθενούς, ώστε να εξασφαλιστεί η εφαρμογή του σχήματος διαιτολογικής αγωγής, που προτείνεται. Τέλος καταγράφεται πότε θα πρέπει να γίνει ο επανέλεγχος του ασθενούς καθώς και τι στοιχεία απαιτούνται κατά τον επανέλεγχο αυτό (εργαστηριακές εξετάσεις, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, κλπ).

Όσον αφορά το ΣΑΠ-ΜΕΘ διαφοροποιείται σε ορισμένα σημεία από το ΣΑΠ. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνονται στοιχεία όπως η ύπαρξη Συστηματικής Φλεγμονώδους Απάντησης (ΣΦΑ), το διαιτολογικό ιστορικό έχει αντικατασταθεί από το προτεινόμενο σχήμα χορήγησης τροφής από το νοσοκομείο (π.χ. σίτιση δια στόματος, οδός χορήγησης εντερικής διατροφής), αναλυτικά το είδος και τη σύσταση των χορηγούμενων τροφίμων ή του σχήματος εντερικής ή παρεντερικής σίτισης και τέλος μια εκτίμηση για το ποσοστό κάλυψης των αναγκών του ασθενούς από το σχήμα που προτείνεται. Το ΣΑΠ-ΜΕΘ έχει δημιουργηθεί με τρόπο που να το καθιστά εύχρηστο για τους διαιτολόγους αλλά και εύκολο να κατανοηθεί από την θεραπευτική ομάδα της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

## Κλινική Αποτελεσματικότητα του Διαιτολόγου

Σκοπός όλων των επαγγελματιών υγείας είναι η διαρκής βελτίωση των παρεχόμενων από αυτούς υπηρεσιών. Αν και η κλινική αποτελεσματικότητα δεν εί-



ναι εύκολο να ορισθεί, συνήθως ο ορισμός της περιλαμβάνει τις κλινικές δράσεις που σκοπό έχουν τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των νοσηλευόμενων ασθενών και την εξασφάλιση του μέγιστου πιθανού κέρδους για την υγεία των ασθενών με τη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Πιο συγκεκριμένα, τα βασικά συστατικά αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας είναι:

- Η έγκαιρη χορήγηση της κατάλληλης αγωγής στον ασθενή, σε χρόνο συμβατό με τις ανάγκες, όπως αυτές προκύπτουν από την κλινική του κατάσταση.
- Η επιλογή του καταλληλότερου θεραπευτικού σχήματος, πάντα με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.
- Η χορήγηση της κατάλληλης αγωγής σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα, λαμβάνοντας πάντα υπ' όψη την ορθότητα και την ασφάλεια των επιλογών που γίνονται.
- Η θεραπευτική αγωγή που συστήνεται πρέπει να εγκρίνεται τόσο από τον ίδιο το συγγενή αλλά και το περιβάλλον του.
- Η χορήγηση της θεραπευτικής αγωγής που τελικά θα προσφέρει το βέλτιστο δυνατό στον ασθενή.

Η κλινική αποτελεσματικότητα περιλαμβάνει βασικά στοιχεία της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα συνδέει την κλινική πρακτική με τα ευρήματα σύγχρονων μελετών μέσω της εφαρμογής σύγχρονων συστάσεων. Ο κύκλος της κλινικής αποτελεσματικότητας παρουσιάζεται στο σχήμα που ακολουθεί (Σχήμα 1.5). Τα βασικά στοιχεία της κλινικής αποτελεσματικότητας είναι τρία:

- Η εύρεση των **δεδομένων** που ουσιαστικά υπαγορεύουν στο διαιτολόγο τι πρέπει να κάνει.
- Η **εφαρμογή** των διεθνών συστάσεων από τον διαιτολόγο.
- Η **παρακολούθηση** και ο **έλεγχος** αν ο διαιτολόγος δρα με τον τρόπο που ορίζουν οι συστάσεις, η μελέτη νέων μεθόδων για τη βελτίωση της άσκησης της διαιτολογικής πρακτικής και η σχέση κόστους- οφέλους που προκύπτει από τη λειτουργία κάποιου Διαιτολογικού Τμήματος.<sup>4</sup>

Για τη διαρκή βελτίωση της άσκησης της διαιτολογικής πρακτικής, είναι απαραίτητο οι διαιτολόγοι να προσπαθούν να ενσωματώνουν στοιχεία από ερευνητικές μελέτες στην κλινική πράξη. Αυτό βέβαια προϋποθέτει διαρκή ενημέρωση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, δραστηριότητες που εκτός από προσπάθεια απαιτούν και αλλαγή νοοτροπίας. Και αυτό γιατί οι διαιτολόγοι πρέπει πάντα να έχουν στο μυαλό τους ότι ο ρόλος τους δεν είναι απλά διαχειριστικός και διοικητικός, αλλά έχουν τη δυνατότητα, την ευκαιρία και την υποχρέωση να προάγουν την επιστήμη που υπηρετούν μέσα από την καθημερινή τους απασχόληση.

## Διατροφική Παρέμβαση και Διατροφική Τροποποίηση

Οι διατροφικές παρεμβάσεις στηρίζονται στην τροποποίηση των συνήθων συστάσεων για μια επαρκή και ισορροπημένη διατροφή, λαμβάνοντας υπ' όψη τις ιδιαιτερότητες που απαιτεί η διατροφή του κάθε ασθενούς, ανάλογα με την πάθηση και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του. Γενικά, η θεραπευτική διαίτα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο κοντά στις συνήθειες του ασθενούς, για να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμόρφωσή του και η υιοθέτηση των διατροφικών συστάσεων. Εκτός από τις συνήθειες και τις προτιμήσεις του ασθενούς ο διαιτολόγος πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπ' όψη την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς, την ικανότητά του να προμηθεύεται και να παρασκευάζει τα τρόφιμα που του συστήνονται και άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφική του πρόσληψη, όπως η θρησκεία, ο τόπος κατοικίας, η ικανότητά του να σιτιστεί μόνος του κλπ.

## Διαιτολογική Εντολή

Η διαιτολογική εντολή περιλαμβάνει τον τύπο και την συχνότητα των γευμάτων που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής, ανάλογα με τις ανάγκες του, την εξέλιξη της νόσου και τους θεραπευτικούς στόχους που έχουν τεθεί. Στην διαιτολογική εντολή πρέπει να καταγράφεται το προτεινόμενο ποσό των θερμίδων που χορηγείται, καθώς και οι συστάσεις ή τυχόν περιορισμοί σε μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά, υγρά και φυτικές ίνες. Η σειρά καταγραφής των επιμέρους συστατικών της διαιτολογικής εντολής στις περισσότερες περιπτώσεις εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς, όπως αυτές προκύπτουν από την νόσο από την οποία πάσχει.<sup>1</sup>

## Ενεργειακή πρόσληψη

Οι ενεργειακές απαιτήσεις ενός ασθενούς μπορούν να υπολογιστούν άμεσα, μέσω της έμμεσης θερμιδομετρίας, μιας μεθόδου πολύ χρήσιμης αλλά σχετικά δύσχρηστης στην καθημερινή πρακτική. Συνήθως, το ποσό των θερμίδων που αποφασίζεται να χορηγηθεί σε νοσηλευόμενους ασθενείς υπολογίζεται μέσω ανάλογων εξισώσεων (Harris–Benedict, Schofield κλπ, Βλέπε κεφάλαιο 2) συνυπολογίζοντας αντίστοιχους παράγοντες στρες και προσαυξήσεις λόγω σωματικής δραστηριότητας, εμπύρετου ή άλλων υπερμεταβολικών καταστάσεων.

Ένας άλλος τρόπος καθορισμού του ποσού των θερμίδων της διαιτητικής εντολής είναι η χορήγηση συγκεκριμένου ποσού θερμίδων ανά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους ανά ημέρα. Το ποσό των χορηγούμε-

ΣΧΗΜΑ 1.3 Σχέδιο αντιμετώπισης περιστατικού



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής  
ΣΧΕΔΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ημερομηνία εισαγωγής:	Θάλαμος:	Αριθμός κλίνης:
1. Στοιχεία ασθενούς Όνοματεπώνυμο:		Φύλο:
2. Αιτία εισαγωγής και πιθανή διάγνωση:		
3. Ανθρωπομετρικά στοιχεία Ύψος: Ιδανικό σωματικό βάρος:		Παρόν σωματικό βάρος: Σύννηθες σωματικό βάρος:  Δείκτης μάζας σώματος: Αλλαγή σωματικού βάρους:
4. Ιατρικό ιστορικό:		
5. Εργαστηριακά στοιχεία Αναλύσεις	Τιμές αναλύσεων	Φυσιολογικές τιμές
Αιματοκρίτης / Αιμοσφαιρίνη		
Λευκά αιμοσφαίρια		
Ερυθρά αιμοσφαίρια		
Ολικά λευκώματα / Αλβουμίνη		
Γλυκόζη αίματος		
Κάλιο		
Νάτριο		
Κρεατινίνη		
Ουρία		
Ουρικό οξύ		
HDL		
LDL		
Ολική χοληστερόλη		
Τριγλυκερίδια		
Φώσφορος / Ασβέστιο		
SGOT		
SGPT		
γGT		
Αλκαλική φωσφατάση		
Αμυλάση		
Άλλες σημαντικές αναλύσεις (ανάλογα με την πάθηση του ασθενούς)		
6. Φαρμακευτική αγωγή:		
7. Προτεινόμενη διαίτα από το νοσοκομείο:		

## 8. Διαιτητικό ιστορικό:

Γεύμα

	Αριθμός ισοδυνάμων σε κάθε ομάδα τροφίμων					
	Γάλα-Γαλακτοκομικά	Λαχανικά	Φρούτα	Άμυλο-Δημητριακά	Κρέας	Λίπη-Έλαια
Πρωινό						
Δεκατιανό						
Μεσημεριανό						
Απογευματινό						
Βραδινό						
Προ ύπνου						
Σύνολο						

Σχόλια:

Συμπληρώματα Διατροφής:

Συμπληρώματα βιταμινών-μετάλλων:

Προτιμήσεις:

Αποστροφές:

Δυσανεξίες-Αλλεργίες:

Πρόσφατες αλλαγές στη διαίτα:

Ο ασθενής έχει όρεξη;

NAI

OXI

Ο ασθενής έχει προβλήματα κατάποσης ή μάσησης;

NAI

OXI

Πρόσληψη υγρών

Είδος:

Ποσότητα:

Πρόσληψη αλκοόλ

Είδος:

Ποσότητα:

Συχνότητα:

Επιδόρπιο

Είδος:

Ποσότητα:

Συχνότητα:

Χρησιμοποιείτε ζάχαρη;

OXI

NAI

Ποσότητα:

Χρησιμοποιείτε αλάτι;

OXI

NAI

Ποσότητα:

Καπνίζετε;

OXI

NAI

Ποσότητα:

## 9. Επάγγελμα:

## 10. Σωματική δραστηριότητα:

11. Σημαντικά προβλήματα του ασθενούς προς επίλυση (κατά σειρά προτεραιότητας):  
Διατροφική διάγνωση

## 12. Σχήμα διατροφικής αντιμετώπισης (παρακαλείστε να τεκμηριώσετε την απάντησή σας) - Στόχοι:

## 13. Συστάσεις/συμβουλές προς τον ασθενή:

## 14. Επανελέγχος:

ΣΧΗΜΑ 1.4 Σχέδιο αντιμετώπισης περιστατικού για τη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΣΑΠ-ΜΕΘ)



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας Διατροφής ΣΧΕΔΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ – ΜΕΘ			
Ημερομηνία:	Αριθμός κλίνης:	ΜΕΘ νοσοκομείου:	
<b>1. Στοιχεία ασθενούς</b>			
Όνοματεπώνυμο:	Φύλο:	Ηλικία	
<b>2. Διάγνωση – Ιατρικό ιστορικό:</b>			
<b>3. Ανθρωπομετρικά στοιχεία</b>			
Ύψος:	Παρόν σωματικό βάρος:	Δείκτης μάζας σώματος:	
Ιδανικό σωματικό βάρος:	Σύνθετες σωματικό βάρος:		
<b>Συνολική αλλαγή το τελευταίο έμνηο:</b>			
<b>Αλλαγή τις τελευταίες 2 εβδομάδες</b>			
<input type="checkbox"/> Αύξηση	<input type="checkbox"/> Μείωση	<input type="checkbox"/> Αύξηση	<input type="checkbox"/> Μείωση <input type="checkbox"/> Καμία αλλαγή
<b>5. Κατά την εισαγωγή στη ΜΕΘ:</b> Σφύξεις: CO <sub>2</sub> : Λευκά αιμοσφαίρια: Θερμοκρασία:			
<b>Κατάταξη σε ΣΦΑ:</b>	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
<b>Βαρύτητα ΣΦΑ:</b>	<input type="checkbox"/> Ήπια	<input type="checkbox"/> Μέτρια	<input type="checkbox"/> Σοβαρή
	<input type="checkbox"/> Ήπια προς μέτρια	<input type="checkbox"/> Μέτρια προς σοβαρή	
<b>Παράγοντας τραύματος (Injury factor, IF):</b>			
<b>Δυσανεξίες – Αλλεργίες:</b>			
<b>Διάρροια – Δυσκοιλιότητα:</b>			
<b>6. Εργαστηριακά Στοιχεία Αναλύσεις</b>	<b>Τιμές αναλύσεων</b>	<b>Ημερομηνία</b>	<b>Φυσιολογικές τιμές</b>
Λευκά αιμοσφαίρια			
PT/PTT			
Αιματοκρίτης/Αιμοσφαιρίνη			
Άζωτο ουρίας ούρων 24ώρου			
Ολικά λευκώματα/αλβουμίνη			
Προαλβουμίνη			
Ουρία			
Κρεατινίνη			
Γλυκόζη αίματος			
Na			
K			
Cl			
Ca/P			
Zn			
Ουρικό Οξύ			
Γαλακτικό οξύ			
SGOT			
SGPT			
Αλκαλική Φωσφατάση			
γ-GT			
Χολερυθρίνη			
Χοληστερόλη			
Τριγλυκερίδια			
PCO <sub>2</sub> -Αυτόνομη αναπνοή			
PCO <sub>2</sub> – Μηχανική Αναπνοή			
PO <sub>2</sub>			
pH			
Αποβολή ούρων ml			

7. Φαρμακευτική αγωγή:

---

8. Προτεινόμενο σχήμα διατροφικής υποστήριξης από το νοσοκομείο:

Σίτιση από στόματος       Εντερική σίτιση       Παρεντερική σίτιση

**Συνδυασμός:**

Εντερικής                              **Οδός Χορήγησης:**       Γαστροστομία       Νοστιδοστομία       Ρινογαστρικός

Παρεντερικής

Σίτιση από στόματος

---

9. Σημαντικά προβλήματα του ασθενούς προς επίλυση (Κατά σειρά προτεραιότητας)

---

10. Εκτίμηση διατροφικών αναγκών του ασθενούς:

---

11. Κάλυψη αναγκών ασθενούς

---

12. Επανελέγχος:

<i>Per os</i>											
	Ποσότητα	Πρωτεΐνη (g)	HCO (g)	Λίπος (g)	Kcal	Na (mg)	K (mg)	P (mg)	Mg (mg)	Cl (mg)	
Σύνολο											
Προτ/νο											

<i>Εντερική σίτιση</i>											
Σκεύασμα	Ποσότητα	Πρωτεΐνη (g)	CHO (g)	Λίπος (g)	Kcal	Na (mg)	K (mg)	P (mg)	Mg (mg)	Cl (mg)	Ωσμωτικότητα (mOsm/L)
Σύνολο											
Προτ/νο											

<i>Παρεντερική σίτιση</i>											
Σκεύασμα	Ποσότητα	Πρωτεΐνη (g)	CHO (g)	Λίπος (g)	Kcal	Na (mg)	K (mg)	P (mg)	Mg (mg)	Cl (mg)	Ωσμωτικότητα (mOsm/L)
Σύνολο											
Προτ/νο											

νων θερμίδων με αυτόν τον τρόπο συνήθως υπαγορεύεται από συστάσεις διεθνώς αναγνωρισμένων οργανισμών, εξειδικευμένων για διάφορες ασθένειες. Συνήθως η χορήγηση 25-40 kcal επαρκούν για όλους σχεδόν τους ασθενείς, ενώ ακόμη και οι πιο υπερμεταβολικοί ασθενείς μπορούν να καλυφθούν ενεργειακά με 35-40 kcal/kg/ημέρα.

Το σωματικό βάρος που χρησιμοποιείται στον καθορισμό των ενεργειακών αναγκών του ασθενούς πρέπει να είναι το σύνθηδες σωματικό βάρος, εφόσον εμπίπτει στο εύρος του φυσιολογικού βάρους ( $18,5 > \Delta \text{ΜΣ} < 25 \text{ kg/m}^2$ ), ή το ιδανικό ή το τροποποιημένο σωματικό βάρος για υπέρβαρους ή παχύσαρκους ασθενείς. Σε πολλές περιπτώσεις η χρήση του παρόντος σωματικού βάρους δεν είναι προτιμητέα, δεδομένου ότι μπορεί να είναι επηρεασμένο από παρουσία οιδημάτων ή αφυδάτωσης ή γενικότερα από την πορεία της νόσου. Εξαιρεση αποτελεί η επανασίτιση σοβαρά υποσιτισμένων ασθενών, δεδομένου ότι η απότομη χορήγηση μεγάλου ποσού θερμίδων ίσως τους προκαλέσει τα συμπτώματα που σχετίζονται με το σύνδρομο επανασίτισης (υπερτριγλυκεριδαιμία, υπεργλυκαιμία, κλπ).<sup>1,4</sup>

### Πρωτεϊνική πρόσληψη

Οι συστάσεις για πρόσληψη πρωτεΐνης για τον υγιή πληθυσμό κυμαίνονται από 0,8-1 g/kg σωματικού

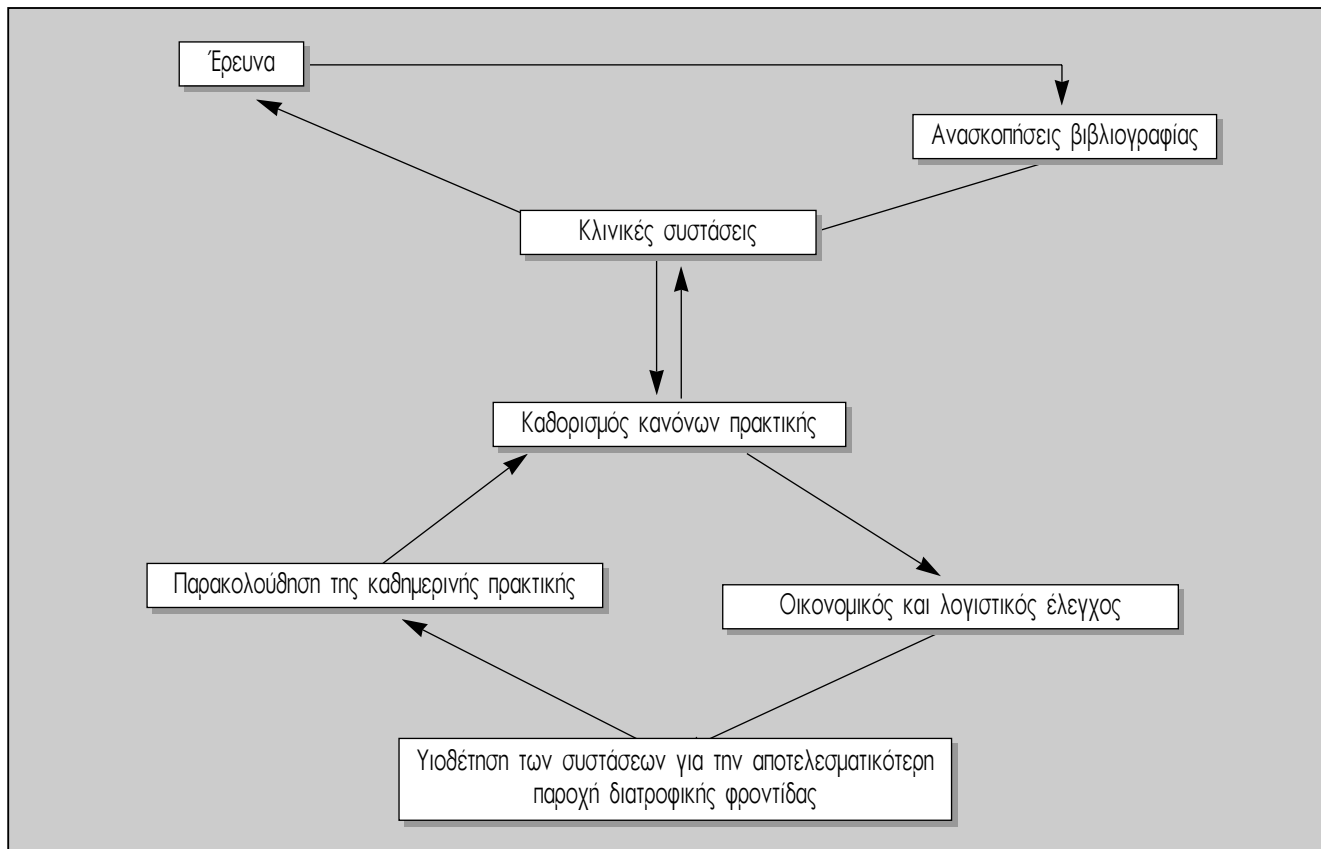
βάρους. Συνήθως τα επίπεδα αυτά της πρωτεϊνικής πρόσληψης είναι επαρκή για την πλειοψηφία των νοσηλευόμενων. Για όσους ασθενείς η σύσταση αυτή κρίνεται ως ανεπαρκής (ασθενείς σε κατάσταση στρες, πολυτραυματίες, αιμοκαθαιρώμενοι νεφροπαθείς, κλπ) ή υπερβολική (νεφροπαθείς προ τελικού σταδίου), απαιτείται εξατομικευμένη εκτίμηση και καθορισμός της πρωτεϊνικής πρόσληψης ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Πάντως, η ελάχιστη πρωτεϊνική πρόσληψη η οποία έχει βρεθεί ότι επιτυγχάνει την διατήρηση του ισοζυγίου του αζώτου είναι 0,5 g/kg σωματικού βάρους.<sup>1,4</sup>

### Μέταλλα και βιταμίνες

Η ενδεικνυόμενη πρόσληψη βιταμινών και μετάλλων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως:

- τις συστάσεις για τον υγιή πληθυσμό,
- την υποκείμενη νόσο και γενικότερα την κατάσταση της υγείας των νοσηλευόμενων ασθενών,
- τις απώλειες μέσω των ούρων, του ιδρώτα και των κοπράνων,
- τις αλληλεπιδράσεις τροφίμων και φαρμάκων,
- τα σωματικά αποθέματα του ασθενούς.

Έτσι, οι ανάγκες σε μικροθρεπτικά συστατικά είναι σχετικά δύσκολο να υπολογιστούν με ακρίβεια,



Σχήμα 1.5 Ο κύκλος της κλινικής αποτελεσματικότητας του Βρετανικού Συλλόγου Διαιτολόγων (British Dietetic Association, BDA). Από: Thomas B. Manual of Dietetic Practice. 3/ed. Blackwell Science 2001.

δεδομένου ότι ο ανάγκες μπορεί να μεταβάλλονται συνεχώς λόγω συνύπαρξης δυσαπορρόφησης ή αυξημένου βαθμού αποθήκευσης. Επίσης, οι διαγνωστικές μέθοδοι για την ανίχνευση ανεπαρκειών είναι ακόμη ανεπαρκείς και σχετικά μικρής ακρίβειας και τέλος τα κλινικά σημεία ανεπάρκειας στα περισσότερα μικροθρεπτικά συστατικά για να γίνουν εμφανή πρέπει η έλλειψη να είναι πολύ σοβαρή και συνήθως μακροχρόνια.<sup>1,4</sup>

### Υγρά

Η σύσταση για τον υγιή πληθυσμό είναι 35 ml/κilo σωματικού βάρους ή 1ml/kcal.<sup>8</sup> Έτσι μια πρόσληψη υγρών της τάξης των 1500-2500 ml καλύπτουν τις ανάγκες της πλειοψηφίας των ασθενών. Σύσταση για επιπλέον πρόσληψη υγρών πρέπει να δίνεται σε ασθενείς με μεγάλες απώλειες λόγω εμέτων ή διάρροιας, εμπύρετου, ή εφιδρώσεων. Αν οι ανάγκες αυτές δεν μπορούν να καλυφθούν μέσω χορήγησης υγρών δια στόματος πρέπει να πραγματοποιείται χορήγηση υγρών παρεντερικά, με ταυτόχρονη αναπλήρωση των ηλεκτρολυτών. Αντίθετα, περιορισμός των υγρών συστήνεται σε περιπτώσεις ασθενών με συμπτώματα παροδικής (οξεία νεφρική ανεπάρκεια στην ανουρική φάση) ή μόνιμης ανουρίας (ανουρικός νεφροπαθής ασθενής τελικού σταδίου).<sup>1,4</sup>

### Τροποποίηση της Δίαιτας

Βάση των νοσοκομειακών διαιτών αποτελούν οι συστάσεις που ισχύουν για τον υγιή πληθυσμό. Οι συστάσεις αυτές τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Οι τροποποιήσεις αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αλλαγή στη σύσταση της τροφής (δίαιτα χαμηλού υπολειμματος, ελαφρά δίαιτα, πλήρης υδρική δίαιτα κλπ).
- Αύξηση ή μείωση του ενεργειακού περιεχομένου του διαιτολογίου για υποστήριξη της θρέψης ή για απώλεια βάρους αντίστοιχα.
- Αύξηση ή μείωση ορισμένων τροφών (δίαιτα χαμηλή σε κάλιο ή νάτριο, δίαιτα ελεύθερη λακτόζης κλπ).
- Αλλαγή στην υφή της τροφής (πολυτοποιημένη δίαιτα).
- Αποκλεισμό ορισμένων τροφίμων (δίαιτα ελεύθερη γλουτένης, δίαιτα για συγκεκριμένες τροφικές αλλεργίες).
- Αλλαγή στην ποσότητα των μακροθρεπτικών συστατικών (δίαιτα για νεφροπαθείς προ τελικού σταδίου, κετογονική δίαιτα, διαβητική δίαιτα, υπολιπιδαιμική δίαιτα).
- Αλλαγή στην συχνότητα και στον αριθμό των γευμάτων (διαβητική δίαιτα, δίαιτα μετά από γαστροστομία).
- Αλλαγή στην οδό χορήγησης τροφής (σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα, γαστροστομία ή νηστίδοστομία).<sup>1</sup>

Πρέπει τέλος να τονιστεί ότι ο κλινικός διαιτολόγος προκειμένου να σχεδιάσει και να προτείνει ένα διαιτολόγιο πρέπει να είναι πολύ καλός γνώστης της σύστασης των τροφίμων που θα περιέχονται σε αυτό, όπως επίσης και να είναι σε θέση να σκεφτεί ευφάνταστους τρόπους εμπλουτισμού του διαιτολογίου σε περιπτώσεις υποσιτισμένων ασθενών.

## ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην διατροφική υποστήριξη του ασθενούς. Έτσι, κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα πρέπει να θέτει ως βασικό στόχο την διασφάλιση της καλής ποιότητας διατροφικής φροντίδας που παρέχει προκειμένου να συμβάλει στην εξάλειψη του ενδονοσοκομειακού υποσιτισμού αλλά και στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών του.

Η άρτια διατροφική αξιολόγηση των ασθενών και η εξασφάλιση γευμάτων υψηλής θρεπτικής αξίας, που μεγιστοποιούν την διατροφική τους πρόσληψη, αποτελούν μια συνεχή και σύνθετη πρόκληση για τον κλινικό διαιτολόγο.<sup>4</sup> Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο, να γίνονται προσπάθειες, ώστε να εκπληρώνονται οι επιθυμίες του ασθενούς, να δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα και να προσφέρεται βοήθεια κάθε φορά που τη χρειάζεται ο ασθενής. Η φαντασία και η πρωτοτυπία στον σχεδιασμό των διατροφικών επιλογών του ασθενούς και προσοχή στο χρώμα, την υφή, την εμφάνιση, τη σύνδεση και τη θερμοκρασία του τροφίμου, παράλληλα με τη γνώση των διαφόρων ειδών διαιτολογίων, είναι απαραίτητα στοιχεία των προγραμμάτων διατροφής.<sup>4</sup>

Ο ρόλος της διατροφής στην υποστήριξη του ασθενούς είναι πολυσήμαντος, και για αυτό το λόγο κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα οφείλει να είναι σε διαρκή εγρήγορση προκειμένου να βελτιώνεται διαρκώς το σύστημα σίτισης και συνεπώς η διατροφική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς. Κατ' αυτόν τον τρόπο, προσφέρεται στον ασθενή η δυνατότητα επιλογής τροφίμων που τον ικανοποιούν, σε ένα κατά τα άλλα περιοριστικό περιβάλλον.<sup>1</sup>

### Βασικά Είδη Νοσοκομειακών Διαιτών

Όλα τα νοσοκομεία διαθέτουν κάποια βασικά είδη διαιτολογίων, τα οποία είναι σχεδιασμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να εξυπηρετείται η όλη διαδικασία της διατροφικής υποστήριξης του ασθενούς. Αυτά τα βασικά διαιτητικά σχήματα είναι, στην πλειοψηφία τους, σχεδιασμένα έτσι ώστε να αποτελούν ένα επαρκές και πλήρες διατροφικό πρόγραμμα, σύμφωνο με τις συνιστώμενες ποσότητες πρόσληψης για κάθε συστατικό. Οι βασικές νοσοκομειακές δίαιτες είναι κατά το δυνατό ευέλικτες, προκειμένου να ικανοποιούν τις -