

ÉTAT NUTRITIONNEL

PROBLÈME

Le vieillissement normal ne s'accompagne pas fatalement de malnutrition. Celle-ci peut avoir différentes causes. Sa présence peut signaler l'aggravation d'une pathologie qui peut mettre la vie en danger, et devrait toujours être considérée comme l'indicateur d'un risque déclin brutal du résident. La malnutrition grave est cependant relativement rare. Ce protocole se concentre sur les signes et symptômes suggérant un risque potentiel de malnutrition pour le résident. Dans la plupart des cas signalés, rien ne laisse penser à un problème de malnutrition, car les signes ne sont pas apparents. Une détection précoce est la clé qui permettra d'atteindre l'objectif qui est de prévenir.

Ce problème pris à temps peut permettre d'intervenir de manière appropriée. Pour beaucoup, de simples ajustements du mode d'alimentation peuvent être suffisants. Pour d'autres, des compensations ou corrections alimentaires peuvent être nécessaires.

Un programme nutritionnel privilégiera l'alimentation par voie orale. La voie entérale est normalement réservée aux résidents ayant une incapacité évidente de s'alimenter par voie orale suffisamment grave pour entraîner la malnutrition ou la perte de poids. L'alimentation parentérale est normalement réservée aux situations extrêmes, lorsque les voies naturelles et entérales sont toutes deux contre-indiquées ou inadaptées pour combler les besoins nutritionnels. Selon la nature du problème, vous pouvez proposer au résident de manger avec les mains, par petites bouchées, à déplacer l'aliment dans leur bouche avec la langue d'un côté et de l'autre, à mâcher et avaler chaque morceau, à éviter les aliments qui sont source de douleurs dans la bouche. Un plan de soins peut également envisager le besoin de fournir des moyens auxiliaires adaptés afin de compenser les problèmes de succion, de fermeture des lèvres ou de préhension des couverts, ainsi que de l'aide pour entretenir les habitudes liées à l'alimentation chez les résidents désorientés.

SIGNAUX D'ALARME

Des problèmes nutritionnels doivent être évoqués si n'importe lequel des cas suivants se présente :

1. Codes CIM-9 de déficience nutritionnelle [J2 = 260, 261, 262, 263, 263.1, 263.2, 263.8 ou 263.9]

2. Une perte de poids significative (5% ou plus durant le dernier mois ou 10% ou plus durant

les 6 derniers mois). C'est un signal d'alarme impératif [L2c = 1]

3. Altération du goût [L3a = coché].

Un certain nombre de maladies peuvent modifier le goût et ainsi affecter l'alimentation du résident. Par exemple, un résident traité pour un cancer peut trouver que tout ce qui est à base de protéines est répugnant ; d'autres aliments peuvent lui sembler amers, trop doux ou n'avoir pas de goût du tout.

4. Faim [L3b = coché].

En l'absence d'une perte de poids ou en présence d'une alimentation équilibrée, la faim est incompatible avec une bonne qualité de vie. En présence d'une perte de poids, ou en l'absence de programme nutritionnel bien étudié au sein de l'établissement, la faim peut constituer un indicateur précoce d'une alimentation inadaptée aux besoins de ce résident

5. Alimentation parentérale/IV [L4a = coché].

Elle peut être essentielle pour une personne incapable d'avaler sans suffoquer ou aspirer (comme dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de sclérose latérale amyotrophique), ou si le personnel n'a pu maintenir ou améliorer l'état nutritionnel du résident uniquement par un apport oral.

6. Alimentation mixée, à la seringue ou régime thérapeutique [L4c, L4d, L4e = n'importe lequel coché].

Un régime trop strict peut être la cause d'une malnutrition du fait d'un refus par le résident de se restreindre à certains types d'aliments ou par son manque de goût pour la nourriture proposée. Un résident soumis à un tel régime doit être suivi de près afin qu'il n'y ait pas de perte de poids involontaire.

7. 25% des aliments ne sont pas consommés à la plupart des repas [L3e = coché]. Sous réserve que les portions alimentaires ne soient pas trop importantes, ceci constitue une indication majeure de la nécessité d'identifier la cause du problème. Différents facteurs doivent être pris en compte : un faible appétit dû à des troubles mentaux ou confusionnels ou à une autre pathologie (Alzheimer, confusion, dépression, cancer, intolérances alimentaires, douleurs gastriques liées au diabète, constipation) ; la qualité de la nourriture peut également être mise en cause ; le pensionnaire ne peut peut-être pas exprimer ses préférences ; les repas ne sont peut-être pas suffisamment espacés ; la qualité du service et la compétence du personnel peuvent être inacceptables.

8. Présence d'escarres [N2 = 1, 2, 3 ou 4].

La malnutrition et la perte de poids peuvent être à l'origine d'escarres. Les escarres peuvent à leur tour être à l'origine d'une malnutrition. Les escarres aux stades II, III et IV ainsi que les ulcères variqueux importants augmentent les besoins en calories, en protéines, en liquides dans une moindre mesure, en vitamine C, zinc et autres nutriments.

DIRECTIVES

FACTEURS LIÉS À L'ÉTAT DU RÉSIDENT SUSCEPTIBLES DE GÊNER SA CAPACITÉ À S'ALIMENTER

Problèmes de mastication

Les résidents ayant des abcès dans la bouche, de mauvais appareillages, des dents cassées, manquantes, des caries, ou ceux pour qui l'on mixe souvent les repas, peuvent ne pas manger suffisamment pour couvrir leurs besoins. Une perte de poids importante peut provenir d'un mauvais appareillage dentaire et d'infections qui pourraient à leur tour conduire à une perte de poids encore plus importante.

Problèmes de déglutition

Différents contextes sont possibles : une longue chimiothérapie, une radiothérapie, une chirurgie faciale (incluant cancer au niveau de la tête et du cou), la peur d'avaler provoquée par une bronchopathie chronique obstructive, de l'emphysème, de l'asthme, une hémiplégié ou une paralysie complète, une maladie d'Alzheimer et d'autres démences, une hyperthyroïdie.

Réduction de la capacité de manger seul

Elle peut être due à l'arthrose, aux contractures, à la perte partielle ou totale des mouvements des bras, à une hémiplégié ou une paralysie complète du corps, à des problèmes de vue, à une incapacité de réaliser les activités de la vie courante sans aide, au coma.

Causes médicales éventuelles

De nombreuses situations de maladies entraînent une augmentation des besoins nutritifs (calories, protéines, vitamines, minéraux, eau et fibres). Parmi celles-ci, le cancer et ses traitements, la maladie de Parkinson avec tremblements, la septicémie, la pneumonie, la gastroentérite, la fièvre, les vomissements, la diarrhée et d'autres forme de malabsorption (y compris la perte nutritive excessive due aux brûlures, ulcères, asthme, Alzheimer accompagnée d'agitation et hyperthyroïdie).

- Cancer et conséquences nutritionnelles de la chirurgie, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

Pour les résidents qui suivent une thérapie visant une rémission ou la guérison, un support nutritionnel intensif est nécessaire; pour les patients atteints de maladies malignes incurables, suivant un traitement palliatif un support nutritionnel important est souvent médicalement inapproprié.

- Les désirs du pensionnaire (et de sa famille) concernant ces apports nutritionnels importants, ont-ils été pris en compte ?

- **Anémie** (déficience nutritionnelle, sans malnutrition).

Une hématoците à moins de 41% est annonciatrice d'un risque aggravé de morbidité ou de mortalité.

- Retrouvez-vous des signes d'insuffisance respiratoire, de faiblesse, pâleur des lèvres et des ongles, et/ou des ongles en griffes ?

- **La bronchopathie chronique obstructive** augmente les besoins en calories et peut être aggravée par la peur systématique de s'étouffer en mangeant ou en buvant.

- **Insuffisance respiratoire** (souvent associée à une hypertension artérielle, un oedème et une bronchite chronique/emphysème/asthme). Ceci peut également être la cause d'une crainte de manger et de boire, avec pour conséquence une nette réduction de l'apport alimentaire.

- **Constipation/occlusion intestinale/douleur** peuvent couper l'appétit.

- **Anémie provoquée par des médicaments.**

Les médicaments sont souvent responsables de l'altération ou la diminution du goût ou de l'odorat.

- **Delirium**

PROBLÈMES À PRENDRE EN COMPTE, POUVANT AVOIR UNE RELATION DE CAUSE À EFFET

Problèmes psychiques

La démence, la dépression, les craintes paranoïdes quant à l'éventuel empoisonnement de la nourriture, le retard mental, peuvent conduire à l'anorexie, aboutissant à une quantité d'aliments non mangés très importante et une grande perte de poids.

Troubles du comportement

1 Les résidents craintifs, qui sont agités, qui évitent les activités, qui ne peuvent pas, ou refusent

de communiquer, refusent souvent de manger ou ne mangeront qu'une variété restreinte d'aliments (mais en grande quantité). S'ils ne sont pas traités, ces problèmes de comportement, se traduisant par un refus de manger, peuvent entraîner une perte de poids importante et une malnutrition.

- Les résidents utilisent-ils la nourriture dans le but d'attirer l'attention du personnel ?
- Les résidents sont-ils en mesure de comprendre l'importance d'une bonne alimentation ?

Incapacité de communiquer.

Pour la plupart des résidents, le fait d'apprécier la nourriture et le moment du repas influence de façon majeure la qualité de vie. L'impossibilité de préparer soi-même ses repas selon ses propres goûts et de manger à une heure choisie, peut provoquer un appauvrissement de l'alimentation, une perte de poids et de la tristesse. La malnutrition, lorsqu'elle est la conséquence d'un manque de communication, révèle une prise en charge médiocre. La correction précoce de ces problèmes de communication, lorsque ceci est possible, peut prévenir une malnutrition.

- La salle à manger permet-elle aux résidents une bonne "socialisation" ? Est-ce un endroit où les relations peuvent facilement s'établir ?
- Y-a-t-il eu une défaillance dans la mise en place d'un personnel adéquat ou dans l'aménagement des horaires de repas afin d'aider les résidents à manger ?
- Y-a-t-il eu une défaillance dans l'évaluation des besoins et dans la mise à disposition d'équipements adaptés aux résidents qui auraient pu ainsi conserver une certaine autonomie pour manger ?
- Le résident peut-il parler aux membres du personnel des problèmes qu'il rencontre à propos de la nourriture servie, p. ex., s'il ne la trouve pas appétissante ou mal présentée ?

23 juin 2009

Éditique : Dr Lucien Mias