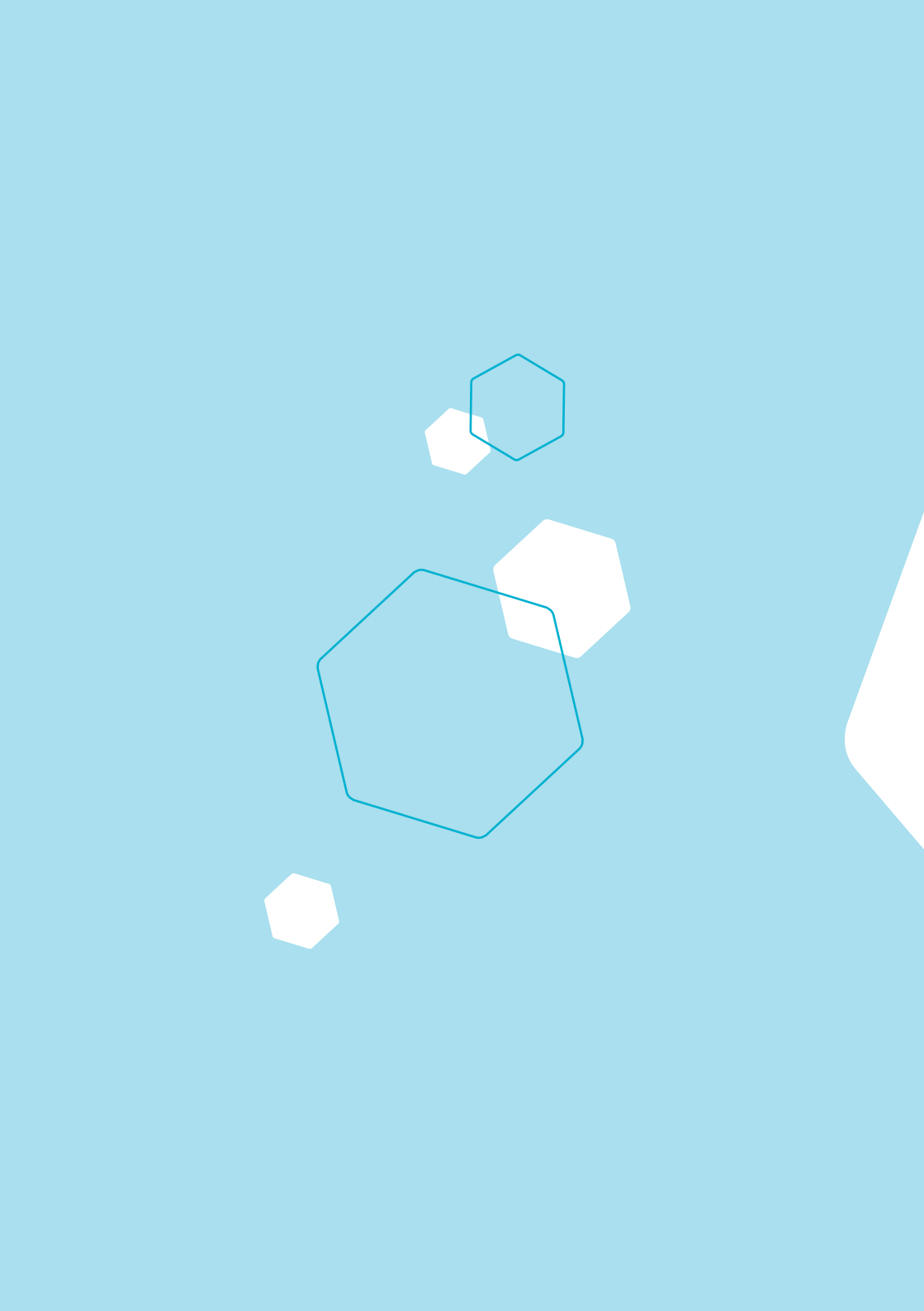




## **Wsparcie żywieniowe Seniorów** poradnik dla rodzin i opiekunów



## Spis treści

- 1 Praktyczne wskazówki żywienia osób starszych ..... 5
- 2 Starzenie się organizmu – teoria a praktyka ..... 6
- 3 Mniejsze możliwości, a większe potrzeby – na co zwrócić uwagę w żywieniu osób starszych ..... 9
- 4 Ryzyko niedożywienia osób starszych – bagatelizowany problem ..... 11
- 5 Jak zapewnić dodatkowe wsparcie żywieniowe po 65. roku życia? ..... 14
- 6 Praktyczna realizacja zaleceń Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) z wykorzystaniem produktów marki Resource ..... 21

## Wstęp

Starzenie się organizmu to nieodwracalny proces, który zachodzi przez całe dorosłe życie. Związane z tym zmiany fizjologiczne są odczuwalne i obniżają komfort życia w późniejszym okresie. Warto jednak pamiętać, że nasze funkcjonowanie zależy od wielu czynników, na które mamy wpływ. Takim czynnikiem jest m. in. jakość codziennej diety - prawidłowe żywienie sprzyja zdrowemu i dłuższemu życiu.

Dowiedz się, jak powinna wyglądać codzienna dieta osoby, która ukończyła 65 lat i jakie wsparcie żywieniowe można jej zapewnić, zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie.



# 1 Praktyczne wskazówki żywienia osób starszych

**W diecie osób starszych można wyróżnić uniwersalne zasady, które nie tylko mogą mieć pozytywny wpływ na skuteczność potencjalnego leczenia, ale też wpływają pozytywnie na ogólne samopoczucie seniora. Oto najważniejsze spośród nich:**



Spożywanie 5-6 posiłków co 2-3 godziny.



Picie co najmniej 2 l płynów dziennie, najlepiej w postaci wody. Polecana jest także niesłodzona herbata i kawa.



Spożywanie warzyw i owoców tak często jak to możliwe. Ilość warzyw w diecie powinna być trzykrotnie większa niż owoców.



Spożywanie w głównych posiłkach produktów zbożowych, zwłaszcza pełnoziarnistych takich jak pełnoziarniste pieczywo i makaron, grube kasze, czy brązowy ryż.



Spożywanie produktów mlecznych – głównie fermentowanych (jogurty, kefir).



Spożywanie ryb, jaj, chudego mięsa przy jednoczesnym ograniczaniu spożycia mięsa czerwonego, przetworzonych produktów mięsnych i tłuszczów zwierzęcych.



Stosowanie olejów roślinnych.



Ograniczanie cukru i słodczy na korzyść owoców i orzechów.



Ograniczenie używania soli, picia alkoholu i napojów słodzonych.



Codzienna suplementacja diety witaminą D (2000 j.m./dobę).



Codzienna aktywność fizyczna i umysłowa.

Powyższe zalecenia kierowane są do osób zdrowych. Istnieje konieczność modyfikacji ogólnych zaleceń żywieniowych, pod kątem indywidualnego stanu zdrowia i możliwości konkretnej osoby, w przypadku występowania u niej dolegliwości lub poważnej choroby.

## 2 Starzenie się organizmu – teoria a praktyka

Tak jak z wiekiem zmieniają się nasze oczekiwania i upodobania, tak samo zmieniają się możliwości naszego organizmu. Proces starzenia powoduje liczne modyfikacje w funkcjonowaniu układu pokarmowego, które utrudniają realizację zaleceń żywieniowych opisanych w rozdziale pierwszym.

Wśród najważniejszych z nich można wymienić:

### Choroby zębów i jamy ustnej

Braki w uzębieniu lub dyskomfort w jamie ustnej, wywołany przez protezy zębowe, uniemożliwiają swobodne żucie i rozdrabnianie pokarmów. Wywołuje to spadek przyjemności ze spożywania potraw, unikanie pokarmów twardych, suchych, czy włóknistych i w efekcie ograniczenie jedzenia.



### Mniejsza ilość śliny

Mniejsza ilość śliny to nie tylko dyskomfort podczas posiłku, to także mniejsza ilość enzymów trawiennych, powodująca kłopoty żołądkowe, a w efekcie ograniczanie jedzenia.



### Zaburzenia odczuwania smaku i zapachu

Zmiany funkcjonowania zmysłów smaku i węchu powodują brak apetytu, co może skutkować niedożywieniem.





## Problemy z połykaniem

Spożywanie pokarmów mogą utrudniać także problemy z połykaniem tzw. dysfagia, która może być konsekwencją osłabienia siły mięśni przełyku lub przebytej choroby neurologicznej, jak np. udar. U osób z problemami z połykaniem konieczna może być modyfikacja konsystencji podawanej żywności na płynną o odpowiedniej gęstości.

## Refluks żołądkowo-przełykowy

Refluks żołądkowo-przełykowy jest odpowiedzialny za uczucie zgagi, która skutecznie zniechęca do jedzenia i jest kolejną przyczyną ograniczania spożycia niektórych wartościowych produktów.

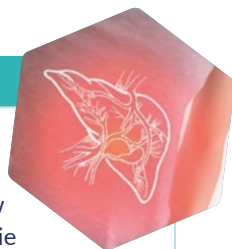


## Zmniejszenie wydzielania soków żołądkowych

Zmiany wynikające z wieku dotyczą także żołądek. Zanik błony śluzowej żołądka prowadzi do zmniejszania wydzielania soku żołądkowego, co przyczynia się do mniejszych zdolności trawiennych i gorszego samopoczucia po niektórych posiłkach.

## Zmiany w działaniu wątroby i trzustki

Postępująca utrata około 20% masy wątroby ogranicza możliwości radzenia sobie z przyjmowanymi lekami, powodując częstsze działania niepożądane. Dodatkowo, ograniczona aktywność enzymów trzustkowych pogarsza tolerancję posiłków, a upośledzone wydzielanie insuliny przez ten organ, wraz z obniżoną wrażliwością organizmu na ten hormon, prowadzi do częstszego występowania cukrzycy typu 2 w tej grupie wiekowej.





## Zmniejszenie perystaltyki jelit

Oslabienie mięśni przełyku oraz dalszych odcinków przewodu pokarmowego przyczynia się do pogorszonej perystaltyki jelit powodując częste w tym wieku zaparcia i nietrzymanie stolca.

## Liczne choroby

Liczne choroby, jak nadciśnienie, cukrzyca typu 2, choroby nowotworowe mają szczególnie negatywny wpływ na stan odżywienia organizmu. Proces terapeutyczny może powodować działania niepożądane, np.: brak apetytu, nudności, wymioty, zmiany w jamie ustnej, zmiany odczuwania smaku i zapachu i wiele innych.



## Przyjmowanie leków

Gorszy stan zdrowia w wyniku chorób przewlekłych to większa liczba przyjmowanych leków, które również niekorzystnie wpływają na apetyt i stan odżywienia.

## Stan psychiczny

Negatywny wpływ na nawyki żywieniowe mają samotność, depresja i zaburzenia funkcji układu nerwowego.



Zmiany w funkcjonowaniu układu pokarmowego i obecność innych dolegliwości stanowią niewątpliwie przeszkodę w realizacji zaleceń żywieniowych dla osób starszych.



### 3 Mniejsze możliwości a większe potrzeby – na co zwrócić uwagę w żywieniu osób starszych



## BIAŁKO

Jednym z najważniejszych składników odżywczych w diecie osób po 65. roku życia jest wysokiej jakości białko.

Zdrowa osoba starsza potrzebuje dziennie przynajmniej **1,0-1,2 g** białka na każdy kilogram masy ciała, to jest o 25% więcej niż zdrowa osoba dorosła poniżej 65. roku życia.

Znaczny wzrost zapotrzebowania na białko u osób starszych - zarówno zdrowych jak i chorych - wynika, między innymi, ze zmniejszonych rezerw tego składnika w organizmie, gdyż wraz z wiekiem dochodzi do naturalnej i postępującej utraty masy mięśniowej. Zjawisko to nosi nazwę **sarkopenii**.

W przypadku chorób, w tym onkologicznych, występowania ran przewlekłych, czy zabiegów operacyjnych zapotrzebowanie na ten składnik może wzrosnąć od **1,2 g aż do 2,0 g** na każdy kg masy ciała.

Wzrost zapotrzebowania na pełnowartościowe białko



#### Sarkopenia przyczynia się do:

- zwiększonej ilości upadków, prowadzących do złamań,
- trudności z oddychaniem,
- niepełnosprawności,
- obniżenia odporności,
- większej zachorowalności i śmiertelności.



## ZAPOTRZEBOWANIE NA ENERGIĘ

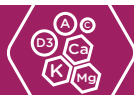
U osób starszych, na skutek zmian składu ciała, z roku na rok wzrasta zawartość tkanki tłuszczowej, co z kolei powoduje zmniejszenie tempa przemiany materii, tym samym zmniejsza się zapotrzebowanie na energię (kalorie). Mniejsze zapotrzebowanie na kalorie to także wynik zmniejszonej aktywności fizycznej na tym etapie życia. Warto jednak w tym miejscu podkreślić, że mniejsze potrzeby energetyczne, w obliczu licznych ograniczeń organizmu, okazują się być często trudne do zaspokojenia.

Zmniejszenie aktywności fizycznej

Ubytek masy mięśniowej

Spadek zapotrzebowania na energię

**Wiele osób starszych na co dzień spożywa znacznie mniej, niż wskazują wytyczne, a kaloryczność ich jadłospisu nie zbliża się nawet do granic podanych w normach. To właśnie dlatego duża grupa osób powyżej 65. roku życia boryka się z niedoborem masy ciała.**



## WITAMINY I SKŁADNIKI MINERALNE

Zapotrzebowanie osób starszych na większość witamin i składników mineralnych nie różni się znacznie od zapotrzebowania młodszych osób dorosłych.

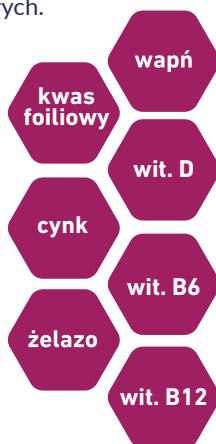
Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi dla osób w wieku starszym, ważna jest suplementacja witaminy D. Wraz z wiekiem obniża się zdolność jej przekształcania do form aktywnych w organizmie człowieka.

Ponadto, organizm osoby starszej potrzebuje zwiększonej ilości wapnia, na skutek ubytku składników mineralnych w masie kostnej i obniżonej zdolności wchłaniania go.

Mimo braku wzrostu zapotrzebowania na takie składniki, jak żelazo, cynk, witamina B6, B12 i kwas foliowy, często stwierdza się ich niedobory w grupie osób starszych.

**W diecie osób po 65. roku życia szczególnie cenne są produkty o dużej gęstości odżywczej, zawierające znaczną ilość cennych składników odżywczych w małej objętości.**

**Wymóg ten spełnia m.in. żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, szczególnie polecana osobom starszym, które jedzą niewiele i mogą być zagrożone niedożywieniem.**



## 4 Ryzyko niedożywienia osób starszych – bagatelizowany problem

Trudności z przyjmowaniem, trawieniem i wchłanianiem pokarmów oraz stany chorobowe utrudniają osobie w wieku podeszłym przyjęcie odpowiedniej ilości kalorii oraz niezbędnych składników odżywczych. Stanowi to jedną z przyczyn rozwoju niedożywienia.

### Częstość występowania niedożywienia:

25-60%

osoby starsze

35-65%

osoby starsze przebywające w szpitalu

**Niedożywienie ilościowe (białkowo-kaloryczne)** to wynik niedostatecznego przyjmowania pożywienia. Prowadzi do utraty masy ciała oraz pogorszenia się stanu odżywienia. To, jak znaczny będzie stopień niedożywienia ilościowego, zależy m.in. od stopnia i czasu trwania ograniczenia przyjmowania pożywienia, wyjściowych zasobów składników odżywczych organizmu oraz ogólnego stanu zdrowia.

**Warto wiedzieć, że problem niedożywienia u osób starszych występuje niezwykle często, mimo mniejszego zapotrzebowania na energię w tej grupie wiekowej. Wynika to z faktu, że wraz ze zmniejszeniem zapotrzebowania na energię, rosną trudności w realizacji zaleceń żywieniowych. Innymi słowy - duża grupa osób starszych spożywa znacznie mniej, niż wynika to z zapotrzebowania.**

**Niedożywienie jakościowe** jest efektem niepasowania składu odżywczej diety do potrzeb organizmu - w pożywieniu może występować zarówno niedobór, jak i nadmiar poszczególnych składników odżywczych.

Może to wynikać z nieprawidłowych nawyków żywieniowych, zwiększonego zapotrzebowania w wyniku choroby, zaburzeń wchłaniania i/lub przyswajania składników odżywczych, a także zwiększonej utraty poszczególnych składników.

**Niedożywienie jakościowe może występować w powiązaniu z niedożywieniem ilościowym, może jednak wystąpić również u osób z prawidłową lub zwiększoną masą ciała.**

### Niewykryte i nieleczone niedożywienie ma liczne negatywne skutki:

- przyczynia się do pogorszenia jakości życia i zdolności do samodzielnego funkcjonowania;
- nasila zmiany związane z sarkopenią;
- przyspiesza utratę masy kostnej, przekładając się na zwiększoną liczbę złamań;
- może powodować niedokrwistość;
- pogarsza odporność organizmu;
- spowalnia gojenie ran;
- utrudnia powrót do pełni sił po zabiegach operacyjnych;
- manifestuje się w postaci odleżyn;
- negatywnie wpływa na zdolności poznawcze, takie jak pamięć, czy koncentracja.

**Niedożywienie to także jeden z czynników występujący w tzw. zespole kruchości (frailty), którego obecność może przyczynić się do zwiększenia ryzyka śmiertelności osób starszych. Wśród osób dotkniętych zespołem kruchości, obok niedożywienia obserwuje się także:**

- występowanie sarkopenii,
- zmniejszenie siły i tolerancji wysiłku,
- spowolnienie ruchowe,
- zaburzenia równowagi,
- zmniejszoną aktywność fizyczną,
- pogorszenie funkcji poznawczych,
- zwiększoną wrażliwość na działanie czynników stresogennych.

**Ryzyko wystąpienia niedożywienia lub rozwijające się niedożywienie, powinno być zdiagnozowane jak najwcześniej, w celu wdrożenia odpowiedniego wsparcia żywieniowego.**



## JAK ROZPOZNAĆ NIEDOŻYWIENIE?

W celu szybkiej identyfikacji niedożywionych osób starszych lub zagrożonych niedożywieniem stworzono specjalistyczne skale, wykorzystywane w badaniach przesiewowych przez dietetyków, lekarzy i inny wykwalifikowany personel medyczny. Na skale składa się zestaw pytań, pozwalający na szybką ocenę stanu odżywienia i skierowanie na pogłębione badania.

## Czy niedożywienie może dotyczyć mnie lub mojego podopiecznego? Sprawdź, odpowiadając na poniższe stwierdzenia!

1. W ciągu ostatnich trzech miesięcy wystąpiło u mnie/mojego podopiecznego ograniczenie ilości spożywanych posiłków, związane z utratą apetytu, problemami z połykaniem, żuciem lub trawieniem.

**TAK** **NIE**

2. W ostatnim czasie wystąpił u mnie/mojego podopiecznego spadek masy ciała (widoczna utrata kilogramów, za luźne ubrania, konieczność noszenia paska, zsuwające się pierścionki lub obrączka).

**TAK** **NIE**

3. W ostatnim czasie zmniejszyła się aktywność ruchowa moja/mojego podopiecznego.

**TAK** **NIE**

4. W ciągu ostatnich trzech miesięcy ja/mój podopieczny doświadczyłem/doświadczył stresu psychicznego lub ciężkiej choroby.

**TAK** **NIE**

5. Ja/mój podopieczny doświadczam/doświadcza problemów z pamięcią lub depresji.

**TAK** **NIE**

Powyższe stwierdzenia wzorowane są na jednej ze skal: Mini Nutritional Assessment (MNA), stosowanej w badaniu przesiewowym ryzyka niedożywienia osób starszych. Jeśli zgadzasz się z większością z nich, koniecznie skonsultuj się z lekarzem lub dietetykiem, który przeprowadzi dokładną ocenę ryzyka niedożywienia i zaleci odpowiednio dobrane wsparcie żywieniowe.

## 5 Jak zapewnić dodatkowe wsparcie żywieniowe po 65. roku życia?

Wsparcie żywieniowe to wprowadzenie, obok tradycyjnych posiłków lub zamiast nich, **żywności specjalnego przeznaczenia medycznego**.

Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego może mieć formę doustnych preparatów przeznaczonych **do picia** lub **proszku** przeznaczonego do rozpuszczenia w płynie albo wykorzystania w tradycyjnych potrawach.

### Czym jest żywność specjalnego przeznaczenia medycznego?

Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego została stworzona dla osób, które nie są w stanie dostarczyć sobie wszystkich składników odżywczych w odpowiednich ilościach i proporcjach, stosując standardowe posiłki i produkty spożywcze.



## Czym różni się żywność specjalnego przeznaczenia medycznego od tradycyjnej żywności?

### Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego:



Może zawierać wszystkie składniki odżywcze i w razie potrzeby stanowić wyłączne źródło pożywienia.



Dostarcza skoncentrowaną ilość energii (kalorii) w małej objętości. Ma to znaczenie w sytuacji, gdy występuje ograniczony apetyt, a jednocześnie potrzeby żywieniowe organizmu w wyniku choroby są zwiększone.



Może być pozbawiona jednego lub kilku składników, które są obecne w tradycyjnej żywności (np. laktoza, gluten). Jest to istotne w przypadku nietolerancji tych składników.



Może zawierać dodatek lub zwiększone ilości wybranego składnika. Przykładem jest białko lub arginina, czyli aminokwas egzogenny szczególnie ważny m.in. w diecie pacjentów w okresie okołoperacyjnym.



Może zawierać tylko jeden wybrany celowo składnik. Może to być np. tylko białko lub nawet jeden budujący je aminokwas, jak np.: glutamina.



Zawiera składniki „zwykłej” żywności, ale w łatwej do wchłaniania formie.



Ma formę łatwą do spożycia niezależnie od składu. Często jest to forma płynna, pomocna u osób z trudnościami z przełykaniem, suchością czy bolesnością w jamie ustnej.



Powinna być stosowana wyłącznie pod kontrolą lekarza i zgodnie z jego zaleceniami.

Wprowadzenie do jadłospisu osób starszych żywności specjalnego przeznaczenia medycznego w formie doustnych preparatów odżywczych, jest zalecane przez Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN).

Zgodnie z rekomendacją ESPEN, doustne preparaty odżywcze (ONS) powinny być podawane wszystkim osobom starszym dotkniętym niedożywieniem lub z ryzykiem niedożywienia i dziennie dostarczać przynajmniej

400  
kcal

+

30 g  
białka

Podawanie doustnych preparatów odżywczych (ONS) powinno być prowadzone przynajmniej przez miesiąc. Skład i smak należy dostosować do zapotrzebowania organizmu na składniki odżywcze i preferencji smakowych.

Doustne preparaty odżywcze (ONS) są ważne dla wszystkich osób starszych niedożywionych lub z ryzykiem niedożywienia: zarówno mieszkających we własnych domach, jak i przebywających w Domach Seniora. Jeszcze większe znaczenie ma ich podawanie w okresie choroby i hospitalizacji, ponieważ ich regularne stosowanie może przynieść korzyści:

- zwiększenie spożycia składników odżywczych,
- zwiększenie masy ciała,
- zmniejszenie powikłań pooperacyjnych,
- zmniejszenie ryzyka ponownej hospitalizacji.

**ESPEN** Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi żywienia klinicznego i metabolizmu. Jego celem jest szerzenie wiedzy z tego obszaru i zachęcanie do jej praktycznego stosowania. Towarzystwo ESPEN regularnie publikuje zalecenia dotyczące, m.in. żywienia w chirurgii, neurologii, onkologii jak i geriatryi. Niektóre z nich zostały przywołane powyżej.



# Poznaj doustne preparaty odżywcze (ONS) marki **resource**<sup>®</sup> i **IMPACT** Oral



Kompletny pod względem odżywczym produkt **wysokoenergetyczny (2,0 kcal/ml)**.

### Warto, ponieważ:

- Zwiększa ilość pełnowartościowego białka w diecie (1 opakowanie to 18 g białka)
- Zwiększa ilość energii w diecie (1 opakowanie to 400 kcal)
- Zapobiega monotonii posiłków (różne smaki)
- Osmolarność: 520 mOsm/l

### Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia np.:

- W chorobach przewlekłych
- W chorobach nowotworowych
- W zaburzeniach żucia i połykania
- W okresie rekonwalescencji

Kompletny pod względem odżywczym produkt **wysokoenergetyczny (2,0 kcal/ml) z dodatkiem błonnika**.

### Warto, ponieważ:

- Zwiększa ilość pełnowartościowego białka w diecie (1 opakowanie to 18 g białka)
- Zwiększa ilość energii w diecie (1 opakowanie to 400 kcal)
- Zwiększa ilość błonnika w diecie (1 opakowanie to 5 g błonnika)
- Zapobiega monotonii posiłków (różne smaki)
- Osmolarność: 520 mOsm/l

### Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia np.:

- W chorobach przewlekłych
- W chorobach nowotworowych
- W zaburzeniach pasażu jelitowego (zaparcia)
- W okresie rekonwalescencji



Kompletny pod względem odżywczym produkt **wysokobiałkowy**.

**Warto, ponieważ:**

- Zwiększa ilość pełnowartościowego białka w diecie (1 opakowanie to 18,8 g białka i aż 30% energii z białka)
- Zwiększa ilość energii w diecie (1 opakowanie to 250 kcal)
- Zapobiega monotonii posiłków (różne smaki)
- Osmolarność: 390 mOsm/l\*

**Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko np.:**

- W chorobach nowotworowych
- W zaburzeniach żucia i połykania
- U osób w wieku podeszłym
- U osób przewlekle leżących

\* wariant o smaku czekoladowym osmolarność 450 mOsm/l



Kompletny pod względem odżywczym produkt **wysokobiałkowy** i **wysokoenergetyczny** (1,6 kcal/ml) z dodatkiem błonnika.

**Warto, ponieważ:**

- Wspiera równowagę i kontrolę glikemii
- Zwiększa ilość pełnowartościowego białka w diecie (1 opakowanie to 18 g białka)
- Posiada niski indeks glikemiczny
- Zapobiega monotonii posiłków (różne smaki)
- Zwiększa zawartość błonnika w diecie (1 opakowanie to 5 g błonnika)
- Osmolarność: 300 mOsm/l

**Do postępowania dietetycznego w przypadku niedożywienia lub ryzyka niedożywienia u pacjentów z zaburzeniami metabolizmu glukozy np.:**

- W chorobach przewlekłych
- U osób w podeszłym wieku
- W okresie rekonwalescencji
- U chorych przewlekle leżących





Koncentrat białka w proszku. Produkt niekompletny pod względem odżywczym.

**Warto, ponieważ:**

- Jest całkowicie rozpuszczalny w zimnych i ciepłych potrawach i napojach
- Neutralny – nie zmienia smaku, konsystencji i koloru potraw i napojów
- Dawkowanie dostosowane do potrzeb pacjenta

**Do postępowania dietetycznego u pacjentów w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, u których może występować zwiększone zapotrzebowanie na białko związane np. z:**

- Oparzeniami
- Odleżynami
- Ranami

Kompletny pod względem odżywczym produkt:

- **wysokobiałkowy:** 18 g/237 ml
- **wysokoenergetyczny:** 341 kcal/237 ml

**Warto, ponieważ:**

- Impact Oral to immunożywienie
- To produkt o unikalnym składzie
- Zawiera kwasy tłuszczowe omega-3, argininę i nukleotydy
- Osmolarność: 680 mOsm/l

**Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia u pacjentów chirurgicznych w okresie okołoperacyjnym np.:**

- W sytuacji stresu metabolicznego (np. urazy)
- Przed i po zabiegu
- Z odleżynami



# Jak stosować doustne preparaty odżywcze

## resource® i **IMPACT** Oral ?



Zamknięte opakowania należy przechowywać w chłodnym i suchym miejscu. Po otwarciu niewykorzystaną porcję zamknąć, przechowywać w lodówce, zużyć w ciągu 24 godzin. Porcję produktu, która została przelana do innego opakowania należy szczelnie zamknąć i spożyć w ciągu 6 godzin.



Najlepiej spożywać schłodzone.



Należy pić powoli, małymi łykami.



Produkty Resource mogą być dodawane do tradycyjnych potraw w celu zwiększenia ich odżywczości.



W przypadku produktów w proszku np. Resource Instant Protein należy kierować się sposobem przygotowania podanym na opakowaniu.

### Resource 2.0, Resource 2.0+Fibre, Resource Protein, Resource Diabet:

- Jako uzupełnienie diety: 1-3 butelki na dobę lub jako jedyne źródło pożywienia, zgodnie z zaleceniami specjalisty.

### Impact Oral:

- 3 opakowania dziennie jako uzupełnienie diety przez 7 dni przed operacją.
- Kontynuować spożycie 4-5 opakowań dziennie przez 7 dni po operacji w przypadku wystąpienia niedożywienia lub zgodnie z zaleceniem specjalisty.

### Resource Instant Protein:

- Na 150 ml płynu lub 150 g potrawy należy dodać 10-15 g proszku (2-3 łyżki stołowe).
- Ilość należy dostosować do wieku, potrzeb oraz stanu pacjenta.
- Zgodnie z zaleceniem specjalisty.

## 6 Praktyczna realizacja zaleceń Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) z wykorzystaniem produktów marki Resource

1



3x  
ŁYŻKI  
STOŁOWE

+



=

457  
kcal

31,5 g  
białka

560 mg  
wapnia

2



3x  
ŁYŻKI  
STOŁOWE

+



=

457  
kcal

31,5 g  
białka

590 mg  
wapnia

+ 5 g  
błonnik

3



5x  
ŁYŻKI  
STOŁOWE

+



=

415  
kcal

40,5 g  
białka

614 mg  
wapnia

+ 5 g  
błonnik

**4**



**250 kcal**  
**18,8 g białka**  
**240 mg wapnia**

**+**



**250 kcal**  
**18,8 g białka**  
**240 mg wapnia**

**=**

**500 kcal**

**37,6 g białka**

**480 mg wapnia**

**5**



**400 kcal**  
**18 g białka**  
**350 mg wapnia**

**+**



**250 kcal**  
**18,8 g białka**  
**240 mg wapnia**

**=**

**650 kcal**

**36,8 g białka**

**590 mg wapnia**

**6**



**400 kcal**  
**18 g białka**  
**380 mg wapnia**

**+**



**250 kcal**  
**18,8 g białka**  
**240 mg wapnia**

**=**

**650 kcal**

**36,8 g białka**

**590 mg wapnia**



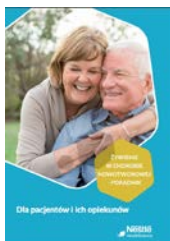


Dowiedz się więcej na:  
**www.poradnikzywienia.medycznego.pl**  
gdzie znajdziesz nasze pozostałe poradniki:

 wsparcie w okresie okołoperacyjnym



 wsparcie w chorobach nowotworowych



 wsparcie w chorobach neurologicznych



**Nestlé Polska S.A.**, ul. Domaniewska 32, 02-672 Warszawa

Centrum Obsługi Konsumenta Nestlé  
Zapraszamy od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-18:00  
Infolinia: 801 333 000 lub na adres mailowy [cs@pl.nestle.com](mailto:cs@pl.nestle.com)

Wszystkie znaki towarowe należą do Societe des Produits Nestlé S.A., Vevey, Szwajcaria.

**Żywność Specjalnego przeznaczenia medycznego. Stosować pod kontrolą lekarza. Resource 2.0, Resource 2.0 + Fibre:** Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub ryzyka niedożywienia. **Resource Protein:** Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia i/lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko. **Resource Instant Protein:** Do postępowania dietetycznego w stanach niedożywienia lub w przypadku ryzyka niedożywienia, któremu może towarzyszyć zwiększone zapotrzebowanie na białko. **Resource Diabet Plus:** Do postępowania dietetycznego w przypadku niedożywienia u pacjentów z zaburzeniami metabolizmu glukozy.

#### Piśmiennictwo:

1. Volkert, D.; Beck, A.M.; Cederholm, T.; i in. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin. Nutr. 2019, 38, 10-47. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024
2. Rosen HN, Rosen CJ, Schmader KE, Mulder JE. Calcium and vitamin D supplementation in osteoporosis. Dostęp: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). 1 maj 2019.
3. Stanga Z, Allison S, Vandewoude M, Schneider SM, Drożdż Ł. Żywność osób w wieku podeszłym. In: Sobotka L, editor. Podstawy żywienia Klinicznego. IV edn. Kraków: Scientifica; 2013. pp. 581-617.
4. Dennison EM, Sayer AA, Cooper C. Epidemiology of sarcopenia and insight into possible therapeutic targets. Nat Rev Rheumatol. 2017;13(6):340-347.
5. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. Clin Interv Aging 2010;5:207-16.
6. Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. Med Clin North Am. 2006;90:887-907.
7. Gil-Montoya JA, Ponce G, Sánchez Lara I, Barrios R, Llodra JC, Bravo M. Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders. Arch Gerontol Geriatr 2013;57:398-402.