



# **CONSENSO SOBRE LA NOMENCLATURA DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS**

Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica (GTNC) del CoDiNuCat

Esta presentación ha sido realizada por Inma Jiménez y Jose Manuel Sánchez-Migallón Montull,  
del Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica (GTNC) del CoDiNuCat

## Sumario

---

1/ JUSTIFICACIÓN .....	3
2/ INTRODUCCIÓN.....	6
3/ METODOLOGÍA .....	9
4/ GRUPO DE TRABAJO Y REVISORES .....	11
5/ DIETA HOSPITALARIA: DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN .....	12
6/ DIETAS TERAPÉUTICAS .....	19
7/ TEXTURA DE LA DIETA .....	42
8/ CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA .....	47
9/ DISCUSIÓN .....	48

# 1 Justificación

---

- ✓ Finalidad de ser una herramienta de trabajo para los profesionales de la dietética y la nutrición clínica, para la **estandarización** de los planes de trabajo y **evaluación** de sus **competencias**.
- ✓ **Informatización** de documentación clínica requiere consenso.
- ✓ Una misma dieta puede tener diferente nomenclatura y diferente composición, ante la misma **indicación**. Y al contrario.
- ✓ Al revisar diferentes manuales de diferentes centros, observamos cierta tendencia a la agrupación de pautas.
- ✓ Una nomenclatura favorece la seguridad de cara a estudios o revisiones de cual es la dieta que realmente ha recibido el paciente.



# 1 Justificación

- ✔ **Objetivo** del documento: establecer un consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias que las **defina inequívocamente** y que permita a todos los profesionales utilizar la misma terminología, independientemente de su centro de trabajo o lugar de residencia, para contribuir así a la **seguridad del paciente y evitar errores de prescripción, respetando el principio de equidad de la sanidad**

## 2 Introducción

---

- ✓ Las dietas hospitalarias deben tener una composición nutricional determinada y unas indicaciones concretas, como son:

TRATAR  
PATOLOGÍAS  
Y/O SÍNTOMAS

EVALUAR LA  
TOLERANCIA  
DIGESTIVA

RESPETAR  
IDEOLOGIAS Y/O  
CREENCIAS

- ✓ Este consenso no pretende ser un manual de dietas.



## 2 Introducción: premisas

---

1 Designar las dietas mediante la composición de nutrientes, alimentos o otras sustancias y características que lo componen, y no mediante la patología a la que van dirigidas.

2 No designar las dietas mediante las diferentes texturas en que se pueden presentar, dado que son solo una característica física de la dieta.

✓ Las características pueden ir asociadas a cualquier tipo de dieta.



## 2 **Introducción: ¿Qué pretenden estas premisas?**

- ✔ **Evitar** confusiones entre dietas y disminuir el número de errores en la prescripción de las mismas.
- ✔ **Unificar** las múltiples combinaciones de dietas que puede requerir un centro hospitalario.
- ✔ **Denominar** las dietas de una forma coherente.
- ✔ **Armonizar** la terminología que utilizan los diferentes profesionales sanitarios.
- ✔ **Facilitar** el trabajo al personal de restauración.



# 3 Metodología

---

- ✓ Revisar nomenclatura consensuada con el *Institut Català de la Salut* en 2008 y la información ya recopilada hasta ese momento.
- ✓ Revisión manuales de dietas y protocolos de dietoterapia tanto estatales como no estatales.
- ✓ Revisión de la literatura reciente existente.
- ✓ Elegir un **vocabulario adecuado** para designar las diferentes dietas y su composición.
- ✓ **Aportación de diferentes puntos de vista**, nuevas propuestas y discusión de apartados hasta lograr consenso actual.



# 3 Metodología

---

- ✔ Se realizaron 3 reuniones presenciales al año durante los últimos 3 años.
- ✔ Se trabajó activamente de forma telemática.
- ✔ **Consenso por unanimidad.**
- ✔ **Revisión** por las promotoras del consenso (Cocó Vilarasau y Anna Pibernat), la presidenta del CoDiNuCat (Nancy Babio) y el resto de la Junta de Gobierno y por 3 dietista-nutricionistas clínicas externas (Mireia Arús, Isabel Megías y Cristina Moreno) en activo en centros hospitalarios sin representación actual en el grupo de trabajo.
- ✔ Revisión por **lingüista** en ambas versiones.

# 4 Grupo de trabajo y revisores

---

## Autoría

---

**Mireia Badia Bernaus**, dietista-nutricionista. Hospital Universitario de Santa Maria (Lleida)

**Laura Cuixart Baronet**, dietista-nutricionista. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

**Laura Girona Alarcón**, dietista-nutricionista. SCIAS Hospital de Barcelona

**Inmaculada Jiménez García**, dietista-nutricionista. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

**Mireia Libran Torrente**, dietista-nutricionista. Hospital Universitario Mútua Terrassa

**Mariona Martín Giol**, dietista-nutricionista. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)

**Neus Salleras Compte**, dietista-nutricionista. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta

**José Manuel Sanchez-Migallón Montull**, dietista-nutricionista. Instituto Catalán de Oncología (Badalona)

**Gemma Simats Oriol**, dietista-nutricionista. Hospital San Juan de Dios. Althaia, Red Asistencial Universitaria de Manresa

**Sonia Vallès Martí**, dietista-nutricionista. SCIAS Hospital de Barcelona y vocal de la Junta de Gobierno del CODINUCAT

Con la colaboración al inicio del documento de:

**Jessica Martínez Rodríguez**, dietista-nutricionista. Consorcio Sanitario del Maresme y Hospital de Mataró

## Dirección de la revisión

---

**Nancy Babio Sánchez**, dietista-nutricionista y presidenta del CODINUCAT. Unidad de Nutrición Humana. Departamento de Bioquímica y Biotecnología. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili, Universidad Rovira i Virgili, Reus. Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid

**Anna Pibernat Tornabell**, dietista-nutricionista referente de la UDENTG (Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Territorial Girona) del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y vocal de la Junta de Gobierno del CODINUCAT

**Cocó Vilarasau Farré**, dietista-nutricionista colegiada jubilada y excoordinadora de la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

## Revisión clínica

---

**Mireia Arús Figa**, dietista-nutricionista. Consorcio Sanitario del Maresme y Hospital de Mataró

**Isabel Megías Rangil**, dietista-nutricionista. Hospital Universitario San Juan de Reus

**Cristina Moreno Castilla**, dietista-nutricionista. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida)





# 5 Dieta hospitalaria: Definición y clasificación

Plan de alimentación que se adecua a la situación fisiopatológica del paciente hospitalizado y a su etapa de la vida, con una composición determinada con respecto a los macronutrientes y que debe garantizar que un paciente hospitalizado mantenga o alcance un estado nutricional óptimo.

Clasificación según su finalidad:





# 5.1 Dieta básica

---

Pauta alimentaria equilibrada, variada y saludable que no tiene ninguna restricción respecto a nutrientes, alimentos ni procedimientos culinarios.



## Objetivos

Garantizar el aporte nutricional para mejorar y/o mantener el estado nutricional del paciente hospitalizado.



## Indicaciones

Pacientes que no necesitan una dieta terapéutica.



## Otros términos utilizados hasta el momento

*Dieta normal, dieta general, dieta libre, dieta sense restricciones.*

## 5.1 Dieta básica

---

Según los objetivos nutricionales diarios para grupos de edad y sexo basados en las ingestas de referencia dietética y las recomendaciones de pautas dietéticas, la ingesta calórica (dieta normocalórica) de referencia estándar para personas adultas de 1.800-2200 calorías. Los rangos porcentuales adecuados de macronutrientes que actualmente están vigentes según la European Food Safety Authority (EFSA) y las *Dietary Guidelines for Americans 2015-2020* son los siguientes: un 10-35% del total de las calorías procedentes de las proteínas, un 20-35% de las grasas y un 45-60% de los carbohidratos.

Las ingestas dietéticas de referencia recomiendan consumir 14 gramos de fibra por 1.000 calorías consumidas o un mínimo de 25 gramos de fibra en general por persona y día (valor que puede variar según las diferentes guías consultadas, la edad y el sexo).



## 5.2 Dieta terapéutica

- ✔ Plan de alimentación que se prescribe **en función de la situación fisiopatológica** del paciente . Puede ser **equilibrada o no** en su composición nutricional , ya que **conlleva modificar** la dieta para: excluir alimentos, restringir algunos o enriquecerlos y/o utilizar procedimientos culinarios específicos.
- ✔ Su finalidad es **acompañar al tratamiento** de algunas patología o **ser el tratamiento**.



## 5.3 Dietas progresivas

---

- ✔ Pauta alimentaria indicada en diferentes fases de la enfermedad. El objetivo es evaluar la tolerancia digestiva.
- ✔ Fácil digestión.
- ✔ La textura es inherente a la misma (NO es característica).

## 5.3 Dietas progresivas: Objetivos

Los objetivos generales de las dietas progresivas son:

- ✓ **Estimular de forma gradual la funcionalidad del tubo digestivo.**
- ✓ **Favorecer el confort postprandial después de un tiempo de reposo digestivo.**
- ✓ **Restablecer el trofismo intestinal**
- ✓ **Adaptar la alimentación a los cambios anatómico-funcionales ocasionados por la cirugía.**

# Características de la dieta hospitalaria

Cualidad, rasgo o peculiaridad que permite modificar parcialmente la dieta sin alterar la composición en macronutrientes. Son un complemento del tipo de dieta y pueden hacer referencia a:

- 1 Cambios en las propiedades físicas de los alimentos (textura)
- 2 Adición o eliminación de un determinado alimento o componente alimenticio
- 3 Cambios en la composición mineral





# 6 Dietas terapéuticas

## 6.1 Dietas control de aporte calórico

TÉRMINOS PROPUESTOS	TÉRMINOS DESESTIMADOS
<b>DIETA TERAPÉUTICA</b>	
<b>DIETAS CON CONTROL DEL APORTE CALÓRICO</b>	
Dieta hipocalórica	Dieta para obesidad
Dieta hipercalórica	Dieta enriquecida, dieta energética
Dieta de progresión energética	Dieta para anorexia nerviosa, dieta para trastorno de la conducta alimentaria, dieta AN 1, dieta TCA 10, dieta TCA 15, dieta TCA 23

# 6.1 Dietas control de aporte calórico

---

6. Dietas terapéuticas

DIETA HIPOCALÓRICA

DIETA HIPERCALÓRICA

DIETA DE PROGRESIÓN  
ENERGÉTICA





## 6.2 Dieta de progresión energética

Pauta alimentaria caracterizada por un **aporte progresivo de calorías y nutrientes**. Las dietas de progresión energética con muy bajo contenido de calorías son desequilibradas.

**Indicación:** trastornos de la conducta alimentaria como **anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**.

## 6.2 Dieta de progresión energética

**DIETA DE PROGRESIÓN ENERGÉTICA DE 1.000 KCAL**

**DIETA DE PROGRESIÓN ENERGÉTICA DE 1.500 KCAL**

**DIETA DE PROGRESIÓN ENERGÉTICA DE 2.200 KCAL**

**DIETA DE PROGRESIÓN ENERGÉTICA DE 3.000 KCAL**



## 6.3 Dieta con control de hidratos de carbono

---

**TÉRMINOS PROPUESTOS**

**TÉRMINOS DESESTIMADOS**

**DIETA TERAPÉUTICA**

**DIETAS CON CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO**

**Dieta con control de hidratos de carbono**

Dieta diabética, dieta para diabetes, dieta antidiabética, dieta glucídica, dieta hipoglucídica.

## 6.3 Dieta con control de hidratos de carbono

---



### Objetivos

Optimizar el control metabólico y reducir las complicaciones metabólicas



### Indicaciones

Pacientes con diabetes *mellitus* y/o que requieran control glucémico, pacientes con hipertrigliceridemia.



### Otros términos utilizados hasta el momento

*Dieta normal, dieta general, dieta libre, dieta sense restricciones.*



## 6.3 Dieta con control de hidratos de carbono

---

6. Dietas terapéuticas

DIETA CON CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO DE 1.800 KCAL

DIETA CON CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO DE 2.000 KCAL

DIETA CON CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO DE 2.200 KCAL

## 6.4 Dietas con control de grasas

TÉRMINOS PROPUESTOS	TÉRMINOS DESESTIMADOS
<b>DIETA TERAPÉUTICA</b>	
<b>DIETAS CON CONTROL DE GRASAS</b>	
<b>Dieta con bajo contenido de grasas totales</b>	Dieta baja en grasas, dieta sin grasas, dieta de protección hepática, dieta de protección biliar, dieta hepatobiliar, dieta para insuficiencia hepática, dieta para pancreatitis
<b>Dieta con bajo contenido de ácidos grasos saturados</b>	Dieta dislipémica, dieta cardiosaludable, dieta cardioprotectora
<b>Dieta con aporte mínimo de grasas totales</b>	Dieta sin grasas estricta, dieta libre de grasas, dieta para quilotorax, dieta para ascitis quilosa



## 6.4 Dietas con control de grasas

---

6. Dietas terapéuticas

DIETA CON BAJO CONTENIDO DE GRASAS TOTALES

DIETA CON BAJO CONTENIDO DE ÁCIDOS GRASOS SATURADOS

DIETA CON APORTE MÍNIMO DE GRASAS TOTALES



## 6.5.1 Dieta con aporte mínimo de grasas totales

---



### Objetivo

Disminuir al mínimo posible el aporte de grasas para evitar el paso de los triglicéridos de cadena larga a la circulación linfática.



### Indicaciones

Pacientes con derrames de contenido linfático.



### Otros términos utilizados hasta el momento

*Dieta para quilotorax, dieta sin grasas estricta, dieta libre de grasas, dieta para la ascitis quillosa*

## 6.6 Dietas con control de aporte de proteínas

---

### TÉRMINOS PROPUESTOS

### TÉRMINOS DESESTIMADOS

### DIETA TERAPÉUTICA

### DIETAS CON CONTROL DE PROTEÍNAS

Dieta con control de proteínas y bajo contenido de minerales

Dieta hiperproteica

Dieta renal, dieta baja en potasio, dieta sin potasio, dieta para diálisis

Dieta rica en proteínas



## 6.6 Dietas con control de aporte de proteínas

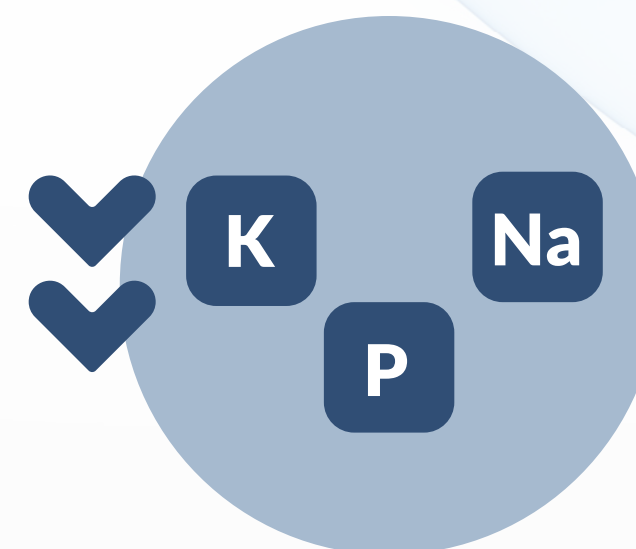
---

6. Dietas terapéuticas

DIETA HIPERPROTEICA



DIETA CON CONTROL DE PROTEÍNAS Y BAJO CONTENIDO MINERAL



## 6.6.1 Dietas con control de proteínas y bajo contenido de minerales

---



### Objetivos

Favorecer el control de la enfermedad renal aguda o crónica y ajustar la pauta alimentaria en función del estadio de la enfermedad.



### Indicaciones

Pacientes que presentan enfermedad renal aguda, enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento conservador, pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia renal sustitutiva y/o con patologías que provocan un aumento de potasio en la sangre.



### Otros términos utilizados hasta el momento

*Dieta renal, dieta baja en potasio, dieta sin potasio, dieta para diálisis.*

## 6.6.1 Dietas con control de proteínas y bajo contenido de minerales

---

Pauta alimentaria normocalórica, **control de aporte proteico** (las más utilizadas son las de 60 y 80 g de proteínas) y asociada a **restricción y/o bajo contenido de sodio, potasio y fósforo**.

- ✔ Se fundamenta en el uso de procedimientos culinarios específicos para **reducir el potasio de los alimentos**.
- ✔ Se excluye la sal añadida y los alimentos con alto contenido de **potasio y fósforo**.
- ✔ Se identifican **diferentes dietas en función del aporte de proteínas** que varía en según el estadio de la enfermedad y el peso del paciente.



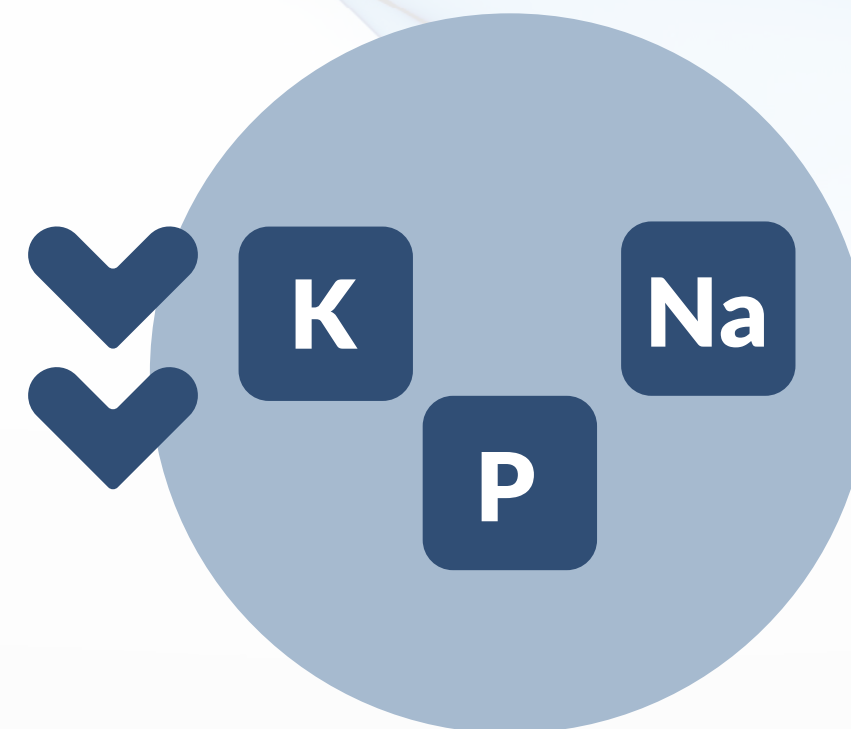
## 6.6.1 Dietas con control de proteínas y bajo contenido de minerales

---

6. Dietas terapéuticas

DIETA CON 60 G DE PROTEÍNAS CON BAJO CONTENIDO MINERAL

DIETA CON 80 G DE PROTEÍNAS CON BAJO CONTENIDO MINERAL



# 6.7 Dietas con control de residuo

TÉRMINOS PROPUESTOS	TÉRMINOS DESESTIMADOS
<b>DIETA TERAPÉUTICA</b>	
<b>DIETAS CON CONTROL DE RESIDUO</b>	
<b>Dieta con bajo contenido de residuo estricta</b>	Dieta astringente estricta, dieta para colitis, dieta sin fibra, dieta sin residuo, dieta pobre en residuo
<b>Dieta con bajo contenido de residuo moderada</b>	Dieta astringente moderada, dieta astringente, dieta astringente estricta, dieta pobre en fibra, dieta pobre en residuo, dieta baja en fibra, dieta baja en residuo
<b>Dieta con bajo contenido de fibra</b>	Dieta astringente moderada, dieta pobre en fibra, dieta baja en fibra
<b>Dieta con alto contenido de fibra</b>	Dieta rica en fibra, dieta laxante

## 6.7 Dietas con control de residuo

---

6. Dietas terapéuticas

**DIETA CON BAJO CONTENIDO DE RESIDUO ESTRICTA**

**DIETA CON BAJO CONTENIDO DE RESIDUO MODERADA**

**DIETA CON ALTO CONTENIDO DE FIBRA**

**DIETA CON BAJO CONTENIDO DE FIBRA**



## 6.7.1 Dietas con bajo contenido de fibra

---



### Objetivo

Evitar oclusiones intestinales reduciendo el volumen fecal.



### Indicaciones

Pacientes con carcinomatosis peritoneal, tumores que provocan estenosis del tubo digestivo y/o pacientes con estenosis intestinales por otras causas.



### Otros términos utilizados hasta el momento

*Dieta astringente moderada, dieta baja en fibra, dieta pobre en fibra, dieta baja en residuo, dieta pobre en residuo.*

## 6.8 Dietas progresivas

TÉRMINOS PROPUESTOS	TÉRMINOS DESESTIMADOS
<b>DIETA TERAPÉUTICA</b>	
<b>DIETA PROGRESIVA</b>	
Dieta líquida	Dieta blanda, dieta hídrica
Dieta semilíquida	Dieta semiblanda, dieta líquida completa
Dieta semisólida	Dieta semiblanda, dieta de protección gástrica de fase 1, dieta líquida completa
Dieta de fácil digestión	Dieta blanda, dieta gástrica, dieta de protección gástrica, dieta de protección gástrica de fase 2

## 6.8.1 Dieta líquida

---

Pauta alimentaria que aporta únicamente agua y líquidos claros de fácil asimilación (bajo contenido en grasas, sin lactosa ni zumos ácidos). Se excluyen también las infusiones irritantes para el estómago y el intestino. Esta dieta no cubre las necesidades nutricionales.



### Objetivo

Aportar electrolitos y fluidos que ejerzan poco estímulo sobre el tubo digestivo, lo que permite valorar la tolerancia digestiva y posibilita la progresión alimentaria.



### Indicaciones

Pacientes en situación de primer período postoperatorio y, en general, reinicio de la alimentación oral.



## 6.8.2 Dieta semilíquida

---

Pauta alimentaria que aporta, además del agua y los alimentos de la fase anterior, también líquidos de mayor viscosidad, como papillas o cremas a base de farináceos, tubérculos y cereales con bajo contenido en fibra y lácteos fermentados, ambos con bajo contenido en grasa, y excluye los alimentos proteicos como carne, pescado, huevos... Es una dieta nutricionalmente incompleta.

### Objetivos



Aportar a la dieta nuevos alimentos líquidos y de consistencia más cremosa introduciendo pequeñas cantidades de residuo, lo que permite valorar la tolerancia digestiva y preparar el organismo para progresar a la fase siguiente.

### Indicaciones



Pacientes en la segunda fase del período postoperatorio y continuación de la realimentación después de un ayuno prolongado.

## 6.8.3 Dieta semisólida

---

Pauta alimentaria caracterizada por un aporte calórico reducido, con bajo contenido de grasas y fibra, especialmente no fermentable.

Además de incluir los alimentos de las fases precedentes, **incluye alimentos sólidos que se pueden ablandar dentro de los líquidos y alimentos de origen animal triturados**. Se excluyen alimentos irritantes, fruta ácida y zumos de fruta ácidos.

### Objetivos



Fomentar la masticación y formación del bolo alimenticio, valorar la tolerancia digestiva al introducir alimentos proteicos de forma triturada y controlar una buena evolución de la estimulación del tubo digestivo.

### Indicaciones



Pacientes en la tercera fase de la dieta progresiva sometidos a cirugía y/o con enfermedad digestiva, y también pacientes que necesitan una progresión más gradual y específica y/o con reposo digestivo prolongado, como los pacientes críticos.



## 6.8.4 Dieta de fácil digestión

---

Pauta alimentaria normocalórica y normoproteica con bajo contenido de grasas y fibra, especialmente no fermentable. Es la última fase de las dietas progresivas, y el paso previo a la dieta básica o a la dieta terapéutica que el paciente necesita por patología.

### Objetivos



Favorecer la digestión y absorción de los nutrientes, evitar la irritación de la mucosa gastrointestinal y mejorar el confort postprandial.

### Indicaciones



Pacientes en la fase final de la progresión alimentaria y también pacientes con patologías digestivas, como úlcera gastroduodenal, reflujo gastroesofágico, gastritis o hernia hiatal, pancreatitis leves o graves en fase de remisión y enfermedad hepatobiliar.



# 7 **Textura de la dieta**

---

Conjunto de **propiedades físicas de un alimento** que dependen de la disposición y las características fisicoquímicas (densidad, viscosidad o tensión superficial) y biológicas de las partículas que lo integran.

**Afecta la forma en que se presentan las comidas o alimentos, pero no tiene porqué afectar la composición nutricional.** No es una dieta en ella misma.

**Es preciso que tanto la dieta básica como las terapéutica se puedan ofrecer en diferentes consistencias** para que el paciente se alimente de forma segura y eficaz.

# Características de la dieta: textura

**TRITURADA**

**FÁCIL MASTICACIÓN**

**FÁCIL DEGLUCIÓN**

**PASTOSA**

# 7 Textura de la dieta

---

- ✔ **Fácil masticación:** Textura de una dieta consistente en alimentos blandos y/o jugosos que permiten una masticación cómoda.
- ✔ **Fácil deglución:** Textura de una dieta consistente en la exclusión de todos los líquidos, alimentos con alto riesgo de aspiración, alimentos pegajosos o empalagosos y alimentos con doble textura. Se pueden tomar alimentos de consistencia blanda, que se puedan chafar con tenedor y que no se disgreguen. Tienen que deslizarse fácilmente por la orofaringe sin que desprendan líquido durante la masticación. Los líquidos se pueden tomar texturizados o espesados.

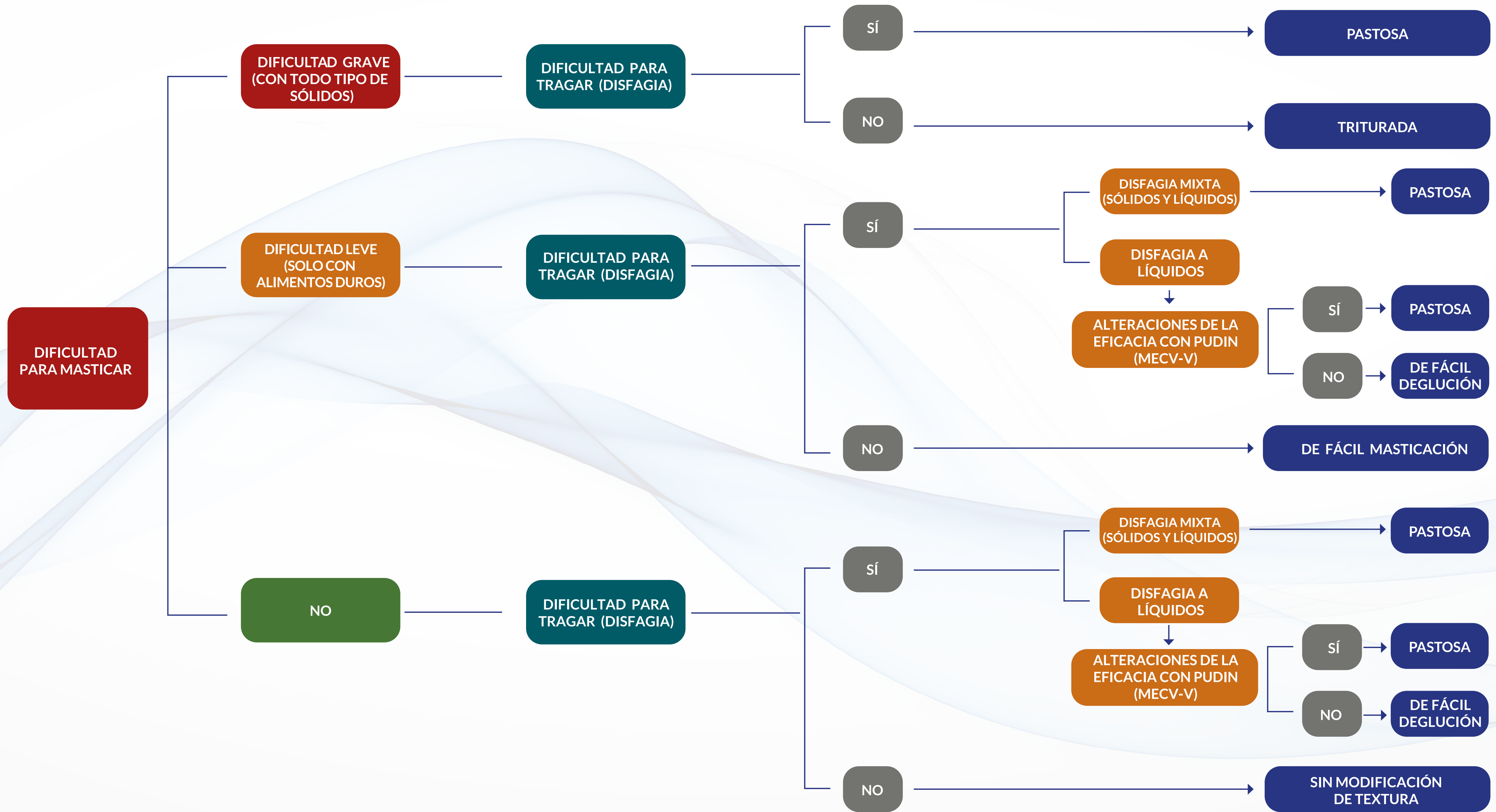


# 7 Textura de la dieta

---

- ✔ **Triturada:** Contiene líquidos, alimentos triturados y sólidos que se ablanden o desmenucen con facilidad dentro de los líquidos (galletas, magdalenas). Puede contener sólidos de pequeño tamaño y de consistencia similar a la quedaría después de una masticación (pasta pequeña).
- ✔ **Pastosa:** Textura consistente en la exclusión de todos los líquidos sin espesar y en proporcionar los sólidos con la textura triturada homogénea. Para conseguirlo, se puede utilizar un texturizador y productos liofilizados.

# ALGORITMO DE SELECCIÓN DE LA TEXTURA DE LA DIETA





# 8 Características de la dieta

<b>TÉRMINOS PROPUESTOS</b>	<b>TÉRMINOS DESESTIMADOS</b>
	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>De fácil masticación</b>	Dieta blanda, dieta geriátrica
<b>De fácil deglución</b>	Dieta para disfagia de fase 1
<b>Pastosa</b>	Dieta para disfagia de fase 2, dieta tx espeso
<b>Triturada</b>	Dieta turmix, dieta tx
<b>Ovolactovegetariana</b>	Dieta vegetariana
<b>Con bajo contenido microbiano</b>	Dieta con baja carga bacteriana, dieta con baja carga bacteriológica, dieta estéril, dieta limpia, dieta para neutropenia
<b>Sin sal añadida</b>	Dieta sin sal, dieta baja en sal, dieta pobre en sal, dieta hiposódica, dieta asódica
<b>Sin gluten</b>	Dieta celíaca
<b>Sin cerdo</b>	Dieta musulmana, dieta no cerdo
<b>Con bajo contenido de lactosa</b>	Dieta sin lactosa, dieta exenta de lactosa, dieta pobre en lactosa
<b>Con bajo contenido de fructosa y/o sorbitol</b>	Dieta sin fructosa ni sorbitol, dieta exenta de fructosa y sorbitol
<b>Con bajo contenido de cobre</b>	Dieta sin cobre, dieta pobre en cobre, dieta exenta de cobre
<b>Con bajo contenido de oxalatos</b>	Dieta sin oxalatos, dieta pobre en oxalatos, dieta exenta de oxalatos



# 9 **Discusión**

---

Puntos de intenso debate:

- ✓ Definición de residuo.
- ✓ Dietas progresivas.
- ✓ Nomenclatura de las dietas indicadas en patología renal.
- ✓ Existencia de la dieta de alto contenido en fibra.

# 9 Discusión

---

**Muchas de las características que se presentan en el actual consenso se pueden encontrar en diferentes manuales, libros o artículos como dietas en sí mismas. Aun así, defendemos su empleo en el ámbito hospitalario como característica con el fin de no multiplicar de forma innecesaria las dietas de las cuáles un centro hospitalario ha de disponer.**

**Debería ser un documento dinámico y ampliarse para incorporar la dietética y la nutrición clínicas pediátricas, para incorporar dietas que no constan en el documento actual (por falta de consenso o porque esas dietas no se utilizan en nuestros centros), así como para adaptarse a la evolución de nuestra profesión.**



# Esta presentación esta basada en el documento: “Consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias”

ISBN: 978-84-09-27057-6



## Autoría

---

Mireia Badia Bernaus, dietista-nutricionista. Hospital Universitario de Santa Maria (Lleida)

Laura Cuixart Baronet, dietista-nutricionista. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Laura Girona Alarcón, dietista-nutricionista. SCIAS Hospital de Barcelona

Inmaculada Jiménez García, dietista-nutricionista. Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

Mireia Libran Torrente, dietista-nutricionista. Hospital Universitario Mútua Terrassa

Mariona Martín Giol, dietista-nutricionista. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona)

Neus Salleras Compte, dietista-nutricionista. Instituto Catalán de Oncología. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta

José Manuel Sanchez-Migallón Montull, dietista-nutricionista. Instituto Catalán de Oncología (Badalona)

Gemma Simats Oriol, dietista-nutricionista. Hospital San Juan de Dios. Althaia, Red Asistencial Universitaria de Manresa

Sonia Vallès Martí, dietista-nutricionista. SCIAS Hospital de Barcelona y vocal de la Junta de Gobierno del CODINUCAT

Con la colaboración al inicio del documento de:

Jessica Martínez Rodríguez, dietista-nutricionista. Consorcio Sanitario del Maresme y Hospital de Mataró

## Dirección de la revisión

---

Nancy Babio Sánchez, dietista-nutricionista y presidenta del CODINUCAT. Unidad de Nutrición Humana. Departamento de Bioquímica y Biotecnología. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili, Universidad Rovira i Virgili, Reus. Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid

Anna Pibernat Tornabell, dietista-nutricionista referente de la UDENTG (Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición Territorial Girona) del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y vocal de la Junta de Gobierno del CODINUCAT

Cocó Vilarasau Farré, dietista-nutricionista colegiada jubilada y excoordinadora de la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

## Revisión clínica

---

Mireia Arús Figa, dietista-nutricionista. Consorcio Sanitario del Maresme y Hospital de Mataró

Isabel Megías Rangil, dietista-nutricionista. Hospital Universitario San Juan de Reus

Cristina Moreno Castilla, dietista-nutricionista. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lleida)





**¡Muchas gracias por su atención!**

Este consenso ha sido realizado bajo el marco de la legislatura de la Junta de Gobierno del CoDiNuCat compuesta por:

Nancy Babio Sánchez (Presidenta), Marta Planas Guillamón (Vicepresidenta), Inés Navarro Blanch (Secretaria), Roser Martí Cid (Vicesecretaria), Miguel Reverte Lorenzo (Tesorero), Elena Maestre González (Vicetresorera), Sónia Vallés Martí (Vocal), Anna Pibernat Tornabell (Vocal) i Blanca Salinas Roca (Vocal).



[www.codinucat.cat](http://www.codinucat.cat)