
CONSENSO SOBRE LA NOMENCLATURA DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS

Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica



Barcelona, enero de 2021

Edición: Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya
ISBN: 978-84-09-27057-6
Primera edición: Barcelona, enero de 2021
Revisión lingüística y traducción: Helena Brull Fontanilla
Algunos derechos reservados:



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 Internacional de Creative Commons.

La licencia completa se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

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 UIDENTG (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)

Junta de Gobierno del CODINUCAT

Nancy Babio Sánchez, presidenta

Marta Planas Guillamón, vicepresidenta

Inés Navarro Blanch, secretaria

Roser Martí Cid, vicesecretaria

Miguel Reverte Lorenzo, tesorero

Elena Maestre González, vicetesorera

Blanca Salinas - Roca, vocal

Anna Pibernat Tornabell, vocal

Sònia Vallès Martí, vocal

Sumario

1/ JUSTIFICACIÓN	8
2/ INTRODUCCIÓN	11
3/ METODOLOGÍA.....	13
4/ RESULTADO	14
4.1/ Definiciones	14
4.1.1/ Dieta hospitalaria.....	14
4.1.2/ Características de una dieta hospitalaria.....	14
4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias	15
4.2.1/ Dieta básica.....	15
4.2.2/ Dieta terapéutica	16
4.2.2.1/ Dietas con control del aporte calórico.....	16
4.2.2.2/ Dietas con control de hidratos de carbono	19
4.2.2.3/ Dietas con control de grasas.....	20
4.2.2.4/ Dietas con control de proteínas	22
4.2.2.5/ Dietas con control de residuo	24
4.2.3/ Dieta progresiva	27
4.2.4/ Dieta absoluta.....	30
4.3/ Propuesta de nomenclatura para las características de una dieta hospitalaria.....	31
4.3.1/ Características que afectan a sus propiedades físicas.....	31
4.3.2/ Características que afectan a la composición de sus micronutrientes, alimentos y/u otros componentes	35
5/ TABLA DE COMPARACIÓN DE LA PROPUESTA DE NOMENCLATURA PARA DIETAS HOSPITALARIAS Y LOS TÉRMINOS DESESTIMADOS UTILIZADOS HASTA EL MOMENTO	40
6/ TABLA DE COMPARACIÓN DE LA PROPUESTA DE NOMENCLATURA PARA LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS Y LOS TÉRMINOS DESESTIMADOS UTILIZADOS HASTA EL MOMENTO...	42
7/ DISCUSIÓN.....	43
8/ BIBLIOGRAFÍA	45
9/ ANEXO 1. GLOSARIO	48

1 Justificación

El presente documento tiene como finalidad ser una herramienta metodológica para el desarrollo de los profesionales de la dietética y la nutrición clínica, la estandarización de los planes de trabajo de los dietistas-nutricionistas clínicos y para la evaluación de las competencias de estos profesionales.

A los dietistas-nutricionistas del entorno sanitario siempre nos ha preocupado la falta de consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias, la cual todavía persiste, a pesar de los avances en el campo de la alimentación, la dietética y la nutrición. Esto conlleva que una misma dieta tenga distintas denominaciones, o que incluso una misma nomenclatura haga referencia a dietas que presentan composiciones y/o indicaciones diferentes.

Cataluña ha sido puntera a la hora de plantearse con rigurosidad el establecimiento de una nomenclatura de las dietas hospitalarias; básicamente, porque la mayor parte de los hospitales cuenta –y ha contado desde hace tiempo– con la figura del dietista-nutricionista. Desgraciadamente, sin embargo, la inclusión de dietistas-nutricionistas en los hospitales ha sido –y es aún– muy desigual a nivel del Estado español, e incluso en muchos centros todavía hoy día no se contempla, por lo que esta falta de consenso agudiza mucho más la disparidad de los distintos tipos de dietas. Es más, en los hospitales se utilizan varias denominaciones para designar las diferentes dietas y la mayoría de las veces estas denominaciones no son las más adecuadas desde un punto de vista terminológico y científico (*dieta turmix, dieta asódica, dieta diabética...*).

Años atrás, en el primer Congreso de la ya disuelta Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN), se creó un grupo de trabajo para llegar a un consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias con el fin de designarlas de una manera inequívoca, porque ya entonces las denominaciones obedecían a criterios diversos y muy dispares. Aunque se recogió bibliografía y manuales de dietas de diferentes hospitales tanto a nivel del Estado español como de otros países en los que se reflejaba esta falta de estandarización, el proyecto no prosperó.

Desde este primer intento de consenso, los dietistas-nutricionistas clínicos de la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), junto con dietistas-nutricionistas becarios y varios estudiantes de prácticas, siguieron trabajando en la definición, estandarización y puesta en marcha de una nueva nomenclatura de las dietas hospitalarias, haciendo énfasis, tanto en el respeto a la etimología (véase el anexo 1), utilizando un lenguaje correcto y actualizado, como en las características, que implican un cambio significativo en la elaboración de las dietas por parte del servicio de restauración hospitalaria.

Este trabajo, y su puesta en práctica en el mismo hospital, sirvió de punto de partida para analizar y evaluar la idoneidad y la comprensión de la nueva nomenclatura tanto por parte de enfermería

como del servicio de restauración. También sirvió de punto de salida para el equipo de dietistas-nutricionistas clínicos de la Asociación Catalana de Dietistas-Nutricionistas (ACDN) para seguir trabajando en el consenso sobre la nomenclatura de las dietas y, más adelante, también para los dietistas-nutricionistas profesionales clínicos de los hospitales del Instituto Catalán de Salud (ICS). Todo culminó, al fin, en un nuevo manual de dietas hospitalarias del HUB.

Paralelamente, en el marco de la informatización de la historia clínica y la documentación de enfermería del ICS, se reanudó la línea de trabajo sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias. En el reto de escoger una nomenclatura adecuada, se tuvo en cuenta la unificación de las diferentes dietas utilizadas y la elección de un lenguaje correcto etimológicamente y, al mismo tiempo, comprensible, tanto para todo el personal sanitario (médicos, profesionales de enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, dietistas-nutricionistas, técnicos en dietética, logopedas, etc.), como para el personal de restauración de los diferentes centros sanitarios que participaron: el Hospital Universitario de Bellvitge, el Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida y el Hospital Universitario General de la Vall d'Hebron.

El Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica (GTNC) lleva más de ocho años trabajando, primero como GTNC de la antigua Asociación Catalana de Dietistas-Nutricionistas, y desde el 2013, como GTNC del Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña (CODINUCAT). Todos los miembros del GTNC trabajamos y hemos trabajado profesionalmente en diferentes hospitales de Cataluña y, motivados para lograr un consenso y unificación de la nomenclatura de las dietas en los centros sanitarios, bajo el paraguas de nuestro colegio profesional, nos planteamos el objetivo de finalizar el proyecto “Nomenclatura de las dietas hospitalarias” como propuesta para aplicar en todos los hospitales de Cataluña y, si fuera posible, de todo el Estado español.

Cuando se analiza la nomenclatura utilizada en los manuales de dietas de diferentes centros hospitalarios, se observan algunas características comunes que reflejan una cierta tendencia a la agrupación de las pautas o dietas; por ejemplo, hay dietas que adoptan la denominación de la patología para la que están indicadas (*dieta diabética, dieta hepática, dieta renal, dieta gástrica...*); otras, se denominan de una manera en la que es imposible ofrecerlas (*dieta asódica, dieta sin grasas, dieta sin proteínas...*) y otras hacen referencia a la textura utilizada (*dieta normal, dieta blanda, dieta triturada, dieta líquida...*). Por el contrario, se deben utilizar alternativas denominativas que designen los conceptos a los que se refieran de la manera más coherente y que describan el contenido o composición específicos de la dieta, como *dieta con control de hidratos de carbono, dieta con control de proteínas con bajo contenido de minerales o dieta sin sal añadida*.

1. Justificación

En el presente trabajo de consenso se define la denominación de la dieta en relación con las características de la dieta misma, y se adecua a las necesidades, síntomas y/o patología del paciente. También se desestiman denominaciones de dieta que son un cajón de sastre para cualquier patología digestiva o problema mecánico, como dieta blanda y otras aberrantes o poco precisas, como *dieta antidiabética*, *dieta diabética*, *dieta asódica*, *dieta hepática*, *dieta gástrica* o *dieta astringente*, y tantas otras que se utilizan por todo el país.

Por lo tanto, ante la necesidad de definir adecuadamente las diferentes dietas, el **objetivo de este documento** es 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 en el ámbito de la sanidad.

2 Introducción

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

TRATAR
PATOLOGÍAS
Y/O SÍNTOMAS

EVALUAR LA
TOLERANCIA
DIGESTIVA

RESPETAR
IDEOLOGÍAS Y/O
CREENCIAS

Las dos premisas de este consenso son:

1 Designar las dietas mediante la composición de nutrientes, alimentos u otras sustancias y características que las 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.

En general, las características se pueden asociar a cualquier tipo de dieta (por ejemplo, todas las dietas pueden ser *sin sal añadida* o *con bajo contenido de lactosa*). Por lo tanto, estos rasgos los consideramos características de la dieta y no dietas en sí mismas.

En resumen, la elección de estas premisas y no de otras pretende:

- ✔ **Evitar confusiones entre dietas y disminuir el número de errores de prescripción de las dietas.** En la actualidad, hay centros que utilizan la denominación *dieta blanda* para referirse a una textura (de fácil masticación) y otros que la utilizan para un tipo de dieta (de fácil digestión).
- ✔ **Unificar las múltiples combinaciones de dietas que puede requerir un centro hospitalario para disminuir el número de dietas.**
- ✔ **Denominar las dietas de una forma coherente.** Por ejemplo, no existen *dietas diabéticas*, sino pacientes que presentan diabetes *mellitus* y que necesitan una *dieta con control de hidratos de carbono*.

2. Introducción

- ✓ **Armonizar la terminología que utilizan los diferentes profesionales sanitarios.** Es esencial que la prescripción dietética que realice el equipo médico sea adecuada a la patología y que los profesionales de enfermería y otros profesionales sanitarios conozcan la terminología de los diferentes tipos de dietas existentes.
- ✓ **Facilitar el trabajo al personal del servicio de restauración.** Es importante que sea el personal sanitario quien se esfuerce en traducir una denominación de la dieta que sea adecuada a la patología, en un lenguaje que haga referencia a la composición, y no al revés. Así es más fácil que todo el mundo entienda (profesional sanitario o no) qué es una *dieta con bajo contenido de grasas* que una *dieta de protección hepática*.

El presente documento no pretende ser un manual de dietas sino un consenso establecido por dietistas-nutricionistas que trabajan en hospitales y/o centros sanitarios de adultos, con el fin de poner en común la nomenclatura de la herramienta más básica y fundamental ligada a nuestra profesión: el conocimiento de los alimentos y dietas, así como el tratamiento de los alimentos, que puede modificar sus cualidades.

Esta nomenclatura también sería válida para designar las diferentes dietas destinadas a la población pediátrica, pero habría que referenciar las edades de los niños, que es lo que hará variar el contenido de la dieta tanto en nutrientes como en alimentos.



3 Metodología

El GTNC recogió y analizó el material trabajado para el proyecto de la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge: sumario, esquema de definición para una dieta, etimología de las palabras y bibliografía consultada, así como las actas de las reuniones celebradas por dietistas-nutricionistas de diferentes hospitales del ICS, que consensuaron la nomenclatura de dietas que debía aparecer en los documentos de enfermería.

En una primera reunión se decidió revisar la nomenclatura de dietas ya consensuada en el ICS en el año 2008 y realizar una nueva búsqueda bibliográfica de:

- ✓ Manuales o catálogos de dietas, así como de los protocolos de dietas hospitalarias utilizados actualmente, tanto en el ámbito estatal como en el internacional.
- ✓ La literatura reciente existente sobre el tema.

Una vez finalizado el análisis de toda la información obtenida, de manera conjunta se decidió el formato y contenido del documento. Posteriormente, individualmente y/o por parejas se trabajaron los diferentes apartados del documento: justificación, introducción, metodología, definiciones de las dietas, propuesta de nomenclatura, discusión, bibliografía y glosario.

Se recogieron las denominaciones de las diferentes dietas utilizadas en el ámbito hospitalario, se agruparon aquellas que compartían indicaciones y objetivos, se identificaron aquellas que eran idénticas, aunque se encontraron con denominaciones diferentes. También se establecieron los requisitos que debía tener una dieta y cuáles son las diferentes características que se pueden agrupar o añadir en una misma dieta.

Se desestimó el uso de los adjetivos *rico*, *pobre*, *rica en* y *pobre en* (o bien *alto*, *bajo*, *alta en* y *baja en*) para designar la composición nutricional de las dietas.

El contenido del documento se consensó por unanimidad, y se retiraron del documento los aspectos en que no se consiguió un acuerdo absoluto.

Durante la elaboración del trabajo, cada uno pudo aportar su punto de vista, nuevas propuestas, etc. y se fue discutiendo apartado por apartado hasta la unificación y la elaboración del documento definitivo.

Se celebraron tres reuniones presenciales (aproximadamente de dos horas) al año durante los últimos tres años y se trabajó activamente de forma telemática.

El documento ha sido revisado por Cócó Vilarasau, promotora del consenso sobre la nomenclatura de las dietas, y Anna Pibernat, que iniciaron el proyecto ya en el año 2008, y son pioneras y referentes en el mundo de la dietética y la nutrición en Cataluña. Finalmente, el documento acabado ha sido revisado de nuevo por la presidenta del CODINUCAT, Nancy Babio; por el resto de miembros de la Junta de Gobierno, y por las revisoras externas Mireia Arús, Isabel Megías y Cristina Moreno.

4 Resultado

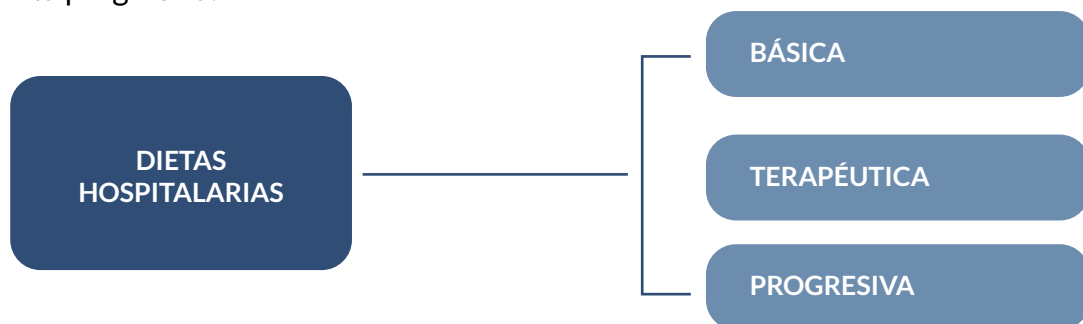
4.1/ DEFINICIONES

4.1.1/ Dieta hospitalaria

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 de nutrición óptimo.

En situaciones en las que se pierde el equilibrio nutricional para tratar determinadas patologías, se debe valorar su compensación con tratamientos de soporte nutricional, ya sea puntualmente o indefinidamente.

Según su finalidad, las dietas hospitalarias se clasifican en: dieta básica, dieta terapéutica y dieta progresiva.



4.1.2/ Características de una dieta hospitalaria

Cualidad, rasgo o peculiaridad que permite modificar parcialmente la dieta sin alterar su composición de macronutrientes. Puede hacer referencia a:

- 1 Cambios en las propiedades físicas de los alimentos, como la textura (*dieta de fácil masticación, dieta triturada, etc.*)
- 2 La adición o eliminación de algún alimento o componente alimenticio (*dieta sin sal añadida, dieta con bajo contenido de sodio, dieta sin gluten, dieta con bajo contenido microbiano, etc.*)
- 3 La composición de minerales (*dieta con bajo contenido de cobre, etc.*)

Las características de una dieta son un complemento del tipo de dieta.

4.2/ PROPUESTA DE NOMENCLATURA PARA LAS DIETAS HOSPITALARIAS

4.2.1/ Dieta básica

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

La composición de la dieta debe tener en cuenta los hábitos, patrones alimentarios locales y necesidades nutritivas del paciente ingresado.

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 es de 1.800-2.200 Kcal. 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 Kcal 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).



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 sin restricciones.

4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.2/ Dieta terapéutica

Plan de alimentación que se prescribe en función de la situación fisiopatológica del paciente. Puede ser equilibrado 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 patologías o formar parte de él.

4.2.2.1/ Dietas con control del aporte calórico

DIETA HIPOCALÓRICA

Pauta alimentaria caracterizada por un aporte total de calorías inferior a las necesidades calóricas del individuo, hiperproteica, con un alto contenido de fibra y un bajo contenido de grasas (especialmente, saturadas) e hidratos de carbono de absorción rápida. El aporte calórico habitual es de entre 1.200 y 1.500 Kcal, sin provocar carencias nutricionales.



Objetivo

Favorecer la pérdida ponderal para disminuir las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad sin provocar déficits nutricionales al individuo.



Indicaciones

Pacientes que presentan obesidad en ausencia de estrés catabólico.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta para obesidad.

DIETA HIPERCALÓRICA

Pauta alimentaria caracterizada por un alto contenido calórico y equilibrada que excluye los alimentos descremados y bajos en calorías. Se pueden incluir, ocasionalmente, alimentos considerados como comida rápida, bollería y refrescos azucarados.



Objetivo

Conseguir un aumento o mantenimiento del peso corporal.



Indicaciones

Pacientes con necesidades calóricas elevadas.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta enriquecida, dieta energética.



4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.2/ Dieta terapéutica

4.2.2.1/ Dietas con control del aporte calórico

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. Se identifican diferentes fases en función de cada hospital, en las que el aporte de calorías y nutrientes es ascendente (por ejemplo: 1.000 Kcal, 1.500 Kcal, 1.800 Kcal, 2.000-2.300 Kcal...). Para cambiar a una fase de mayor aporte calórico, es preciso un tiempo de consolidación de la fase de origen.

Objetivo



Iniciar o continuar la progresión hacia un mayor aporte calórico con la alimentación convencional para conseguir un aumento ponderal en casos de anorexia nerviosa y un aumento de peso o estabilidad ponderal en casos de bulimia nerviosa.

Indicaciones



Pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosas.

Otros términos utilizados hasta el momento



Dieta para anorexia nerviosa, dieta para trastorno de la conducta alimentaria, dieta AN 1, dieta TCA 10, dieta TCA 15, dieta TCA 23.



4.2.2.2/ Dietas con control de hidratos de carbono

DIETA CON CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO

Pauta alimentaria caracterizada por un aporte de hidratos de carbono cuantificados, principalmente complejos, y con un bajo contenido de hidratos de carbono de absorción rápida y de ácidos grasos saturados. El aporte calórico y la distribución de las raciones de hidratos de carbono se deben ajustar a las necesidades nutritivas de cada individuo y al tratamiento farmacológico; por ejemplo: dieta con control de hidratos de carbono de 2.200 Kcal.



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



4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.2/ Dieta terapéutica

4.2.2.3/ Dietas con control de grasas

DIETA CON BAJO CONTENIDO DE GRASAS TOTALES

Pauta alimentaria caracterizada por una aportación máxima de grasas alimentarias del 20 % del total de calorías. En caso de que se prolongue su prescripción, puede ser deficitaria en vitaminas liposolubles.

Objetivos



Disminuir el aporte de grasas en situaciones de malabsorción de grasas o bien evitar la estimulación de las secreciones pancreáticas o biliares destinadas a la digestión de las grasas.

Indicaciones



Pacientes que presentan hepatopatías, malabsorción de grasas sin tratamiento farmacológico, pancreatitis o colestasis.

Otros términos utilizados hasta el momento



Dieta baja en grasas, dieta sin grasas, dieta de protección hepática, dieta de protección biliar, dieta hepatobiliar, dieta para pancreatitis, dieta hipolipídica, dieta para insuficiencia hepática.



DIETA CON BAJO CONTENIDO DE ÁCIDOS GRASOS SATURADOS

Pauta alimentaria caracterizada por un aporte mínimo de ácidos grasos saturados, colesterol y ácidos grasos *trans*, que aporta un máximo del 30 % del total de calorías de la dieta en forma de grasas, principalmente ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados. Esta dieta no debe conllevar ningún déficit nutricional.



Objetivos

Mejorar o mantener un buen perfil lipídico del paciente.



Indicaciones

Pacientes con riesgo cardiovascular.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta cardiosaludable, dieta cardioprotectora, dieta dislipémica.

DIETA CON APORTE MÍNIMO DE GRASAS TOTALES

Pauta alimentaria caracterizada por un aporte mínimo (estricto) de grasas alimentarias, que es deficitaria en micronutrientes en general, especialmente en vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales. Se debe complementar con triglicéridos de cadena media para garantizar un aporte calórico suficiente y se puede considerar la opción de suplementarla con un módulo de proteínas.



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 quilotórax, dieta sin grasas estricta, dieta libre de grasas, dieta para la ascitis quillosa.

4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.2/ Dieta terapéutica

4.2.2.4/ Dietas con control de proteínas

DIETA CON CONTROL DE PROTEÍNAS Y BAJO CONTENIDO DE MINERALES

Pauta alimentaria normocalórica, con control del aporte proteico (las más utilizadas de 60 o 80 gramos 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 sodio, potasio y fósforo. Se identifican diferentes dietas en función del aporte de proteínas, que varía según el estadio de la enfermedad y el peso del paciente.



Objetivos

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



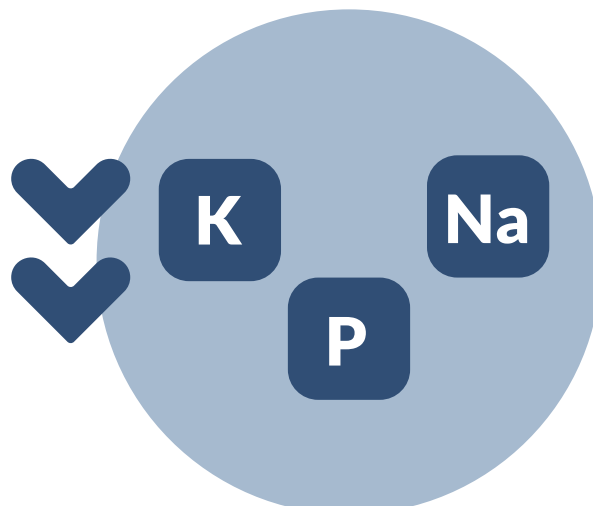
Indicaciones

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.



DIETA HIPERPROTEICA¹

Pauta alimentaria normocalórica caracterizada por un alto contenido de proteínas, que se puede complementar aumentando cantidades de alimentos con un alto contenido de proteínas en las comidas o añadiendo módulos proteicos.



Objetivo

Mejorar el estado nutricional del paciente.



Indicaciones

Pacientes con elevadas necesidades proteicas y/o desnutrición proteica y correcta ingesta oral y/o pacientes grandes quemados.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta rica en proteínas.



¹ Aunque esta dieta se puede asociar a la mayoría de las dietas, se considera una dieta en ella misma y no una característica, puesto que se modifica un macronutriente y, además, no se puede asociar a una dieta con control de proteínas.

4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.2/ Dieta terapéutica

4.2.2.5/ Dietas con control de residuo

Aunque habitualmente la literatura utiliza indistintamente los términos *fibra* y *residuo* como sinónimos, no son palabras equivalentes.²

DIETA CON BAJO CONTENIDO DE RESIDUO ESTRICTA

Pauta alimentaria normoproteica caracterizada por un contenido muy bajo de residuo (fibra tanto fermentable como no fermentable, grasas totales y lactosa). Puede conllevar déficits nutricionales si se sigue durante un tiempo prolongado.



Objetivo

Reducir al máximo el residuo intestinal.



Indicaciones

Pacientes con síndrome del intestino corto, fístulas colónicas, enteritis por radiación, enfermedad intestinal inflamatoria en fase de brote agudo, síndrome diarreico agudo, síndrome de malabsorción en fase aguda, ileostomías de alto débito.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta astringente estricta, dieta para colitis, dieta sin fibra, dieta sin residuo, dieta pobre en residuo.

²Para referirnos a este grupo de dietas, nos basamos en las siguientes definiciones:

Residuo: sustancia que llega al colon sin haberse absorbido o digerido completamente. Forman el residuo sustancias como la fibra, la grasa, la lactosa, los cartílagos y el tejido conectivo.

Fibra: no hay una única definición de fibra. Según la Cereales & Grains Association, la fibra alimentaria es la fracción de la parte comestible de las plantas alimentarias o hidratos de carbono análogos (componentes vegetales) que no son digeribles ni absorbibles en el intestino delgado, pero puede ser fermentada completamente o parcialmente en el intestino grueso por bacterias del colon. La fibra alimentaria incluye polisacáridos, oligosacáridos, lignina y sustancias asociadas de la planta.

DIETA CON BAJO CONTENIDO DE RESIDUO MODERADA

Pauta alimentaria normoproteica y normocalórica caracterizada por un bajo contenido de fibra no fermentable, grasas totales y lactosa, y que mantiene una cierta aportación de fibra fermentable.



Objetivo

Incrementar el tiempo de tránsito intestinal disminuyendo el volumen fecal y la frecuencia de las deposiciones, entre otros.



Indicaciones

Pacientes que presentan enfermedad inflamatoria intestinal en fase de brote moderado, diverticulitis, ralentización del vaciado gástrico, síndrome diarreico moderado, síndrome de malabsorción en fase moderada, ileostomías, bridas.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta astringente, dieta astringente estricta, dieta astringente moderada, dieta baja en fibra, dieta pobre en fibra.

DIETA CON BAJO CONTENIDO DE FIBRA

Pauta alimentaria normoproteica y normocalórica con bajo contenido de fibra no fermentable que no tiene ninguna restricción con respecto a grasas y lactosa.



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.

4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.2/ Dieta terapéutica

4.2.2.5/ Dietas con control de residuo

DIETA CON ALTO CONTENIDO DE FIBRA

Pauta alimentaria normoproteica y normocalórica caracterizada por un alto contenido de fibra fermentable y no fermentable que puede comprometer la biodisponibilidad de algunos nutrientes.



Objetivo

Reducir el tiempo de tráfico intestinal incrementando el volumen fecal.



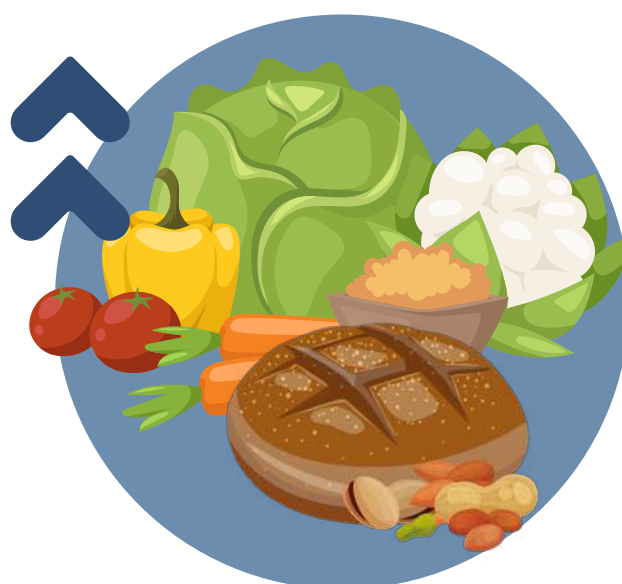
Indicaciones

Pacientes con diverticulosis y/o estreñimiento (favorecido por la inmovilización) y no debido a causas como suboclusión intestinal, carcinomatosis peritoneal, estenosis de la luz intestinal, isquemia intestinal, etc.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta rica en fibra, dieta laxante.



4.2.3/ Dieta progresiva

Pauta alimentaria indicada en diferentes fases de la enfermedad y/o de la recuperación del paciente después de un ayuno prolongado, un íleo paralítico o una intervención quirúrgica con el objetivo de evaluar su tolerancia digestiva. Por lo tanto, es una dieta de fácil digestión, con bajo contenido de fibra, lactosa y grasas. En esta dieta, la textura es una característica inherente al tipo de dieta, puesto que el objetivo de la pauta alimentaria así lo requiere.

El grupo de dietas progresivas está formado por cuatro fases, en las cuales se incluyen modificaciones de textura, variaciones cualitativas y cuantitativas de los alimentos y elección de las técnicas culinarias; todo ello para facilitar el proceso de digestión. Esta transición permite llegar a la dieta básica o a la dieta terapéutica del enfermo.

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.

DIETA LÍQUIDA

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

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.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta blanda, dieta hídrica

4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.3/ Dieta progresiva

DIETA SEMILÍQUIDA

Pauta alimentaria que aporta, además del agua y los líquidos de la primera fase, líquidos de mayor viscosidad, como papillas o cremas a base de farináceos, tubérculos y cereales con bajo contenido de fibra y lácteos fermentados, ambos con bajo contenido de grasas, y excluye alimentos proteicos como carne, pescado, huevos u otros. Es una dieta incompleta desde un punto de vista nutricional.

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

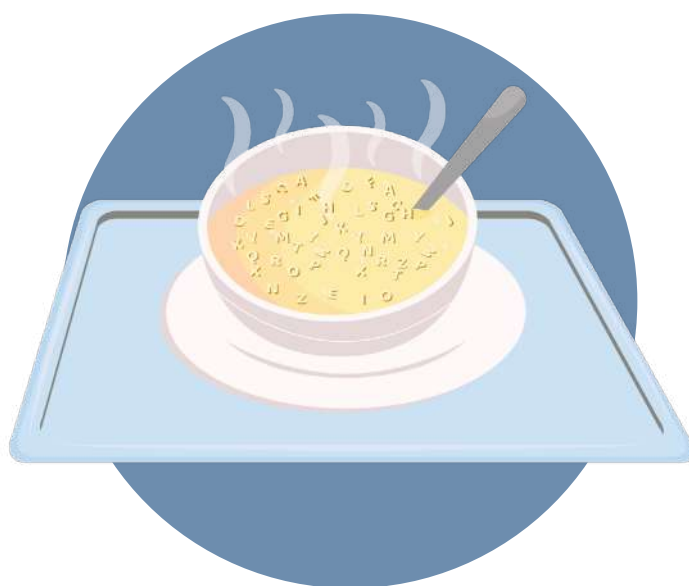


Pacientes en la segunda fase del período postoperatorio y continuación de la realimentación después de un ayuno prolongado.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta semiblanda, dieta líquida completa.



DIETA SEMISÓLIDA

Pauta alimentaria caracterizada por un aporte calórico reducido con bajo contenido de grasas y fibra, especialmente fibra no fermentable que, además de incluir los alimentos de las fases precedentes, incluye alimentos sólidos que se pueden ablandar dentro de los líquidos. Los alimentos de origen animal se presentan siempre triturados. Se excluyen también alimentos irritantes, fruta ácida y zumos de fruta ácida.

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.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta semiblanda, dieta de protección gástrica de fase 1, dieta líquida completa.



4. Resultado

4.2/ Propuesta de nomenclatura para las dietas hospitalarias

4.2.3/ Dieta progresiva

DIETA DE FÁCIL DIGESTIÓN

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



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.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta blanda, dieta gástrica, dieta de protección gástrica, dieta de protección gástrica de fase 2.

4.2.4/ Dieta absoluta



Pauta alimentaria consistente en la privación total de ingestión de alimentos, tanto líquidos como sólidos, durante un tiempo determinado. No se tiene que confundir el término *dieta absoluta* con *ayuno*, que se refiere a la abstención de comida para hacer pruebas diagnósticas o exploratorias.

4.3/ PROPUESTA DE NOMENCLATURA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA DIETA HOSPITALARIA

4.3.1/ Características que afectan a sus propiedades físicas

TEXTURA

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

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

Es preciso que todas las dietas, tanto las básicas como las terapéuticas, se puedan ofrecer en las diferentes texturas explicadas a continuación para favorecer que el paciente se alimente y nutra de forma segura y eficaz.

TEXTURA DE FÁCIL MASTICACIÓN

Textura de una dieta consistente en alimentos blandos y/o jugosos que permiten una masticación cómoda.



Objetivo

Facilitar la ingesta a los pacientes con problemas de masticación, ya sea por falta de dentición o por dificultades en la acción mecánica.



Indicaciones

Pacientes que presentan dificultad total o parcial de masticación.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta blanda, dieta geriátrica.

4. Resultado

4.3/ Propuesta de nomenclatura sobre las características de una dieta hospitalaria

4.3.1/ Características que afectan a sus propiedades físicas

TEXTURA DE 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.



Objetivos

Facilitar la deglución y disminuir el riesgo de aspiración; garantizar una deglución segura.



Indicaciones

Pacientes que presentan disfagia a alimentos líquidos y toleran los sólidos.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta para disfagia de fase 1.

TEXTURA PASTOSA

Textura de una dieta consistente en excluir todos los líquidos y en proporcionar los sólidos con la textura triturada. Los alimentos deben tener una textura homogénea (misma consistencia). Para conseguirlo, se puede utilizar un texturizador y productos liofilizados.



Objetivos

Garantizar una deglución segura, evitar broncoaspiraciones y facilitar la deglución sin necesidad de masticación.



Indicaciones

Pacientes con disminución del nivel de conciencia y/o con disfagia orofaríngea que toleran los líquidos con viscosidad tipo pudín o pacientes con falta de piezas dentales.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta para disfagia de fase 2, dieta tx espeso.

TEXTURA TRITURADA

Textura de una dieta consistente en alimentos triturados. Contiene líquidos, alimentos triturados y sólidos que se ablanden o desmenucen con facilidad dentro de los líquidos (galletas, magdalenas) o sólidos de pequeño tamaño (pasta pequeña) y de consistencia similar a la que quedaría después de una masticación.



Objetivo

Asegurar la eficacia en la ingesta del paciente.



Indicaciones

Pacientes con dificultad de masticación y/o deglución que no presentan disfagia.

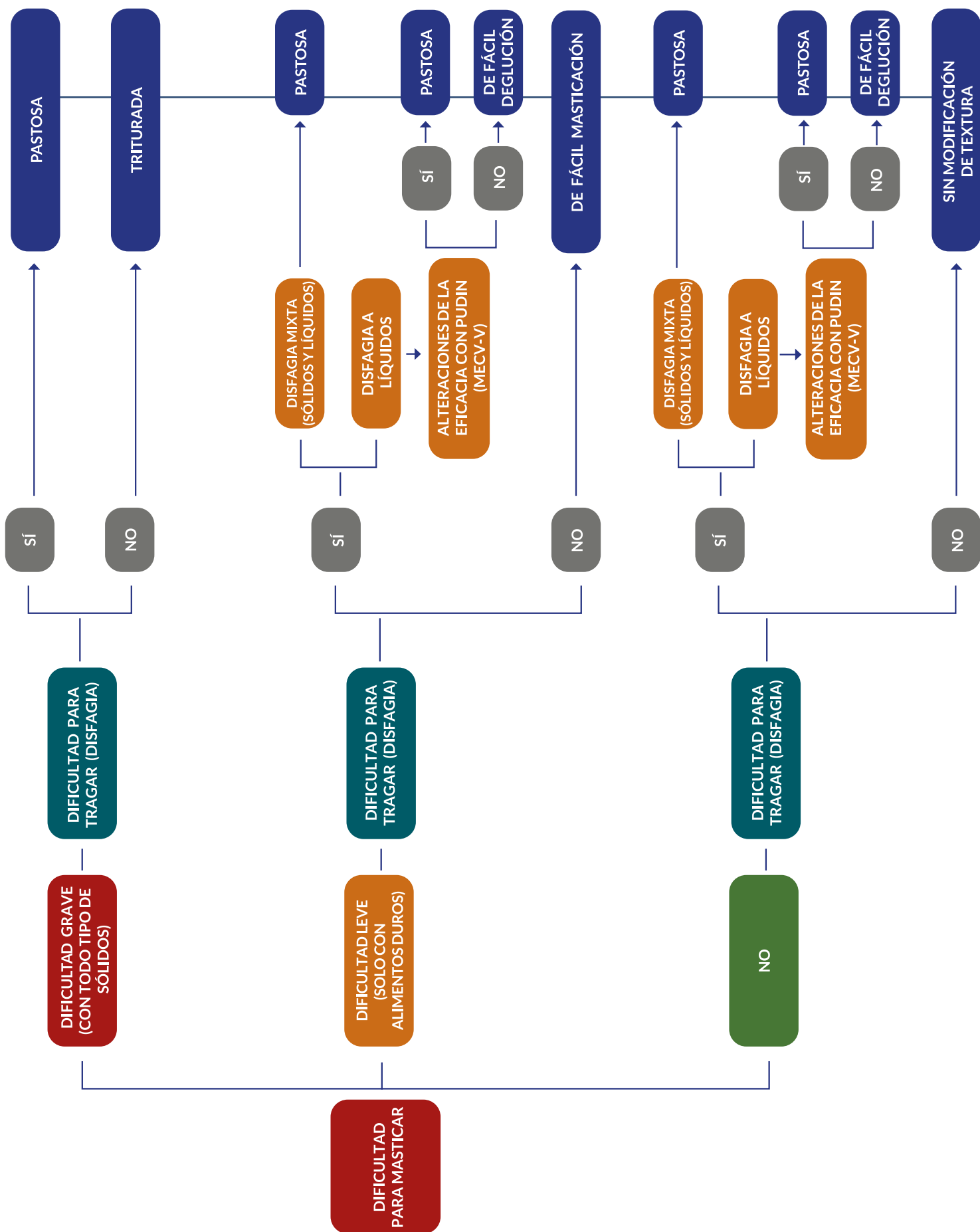


Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta turmix, dieta tx.



ALGORITMO DE SELECCIÓN DE LA TEXTURA DE LA DIETA



4.3.2/ Características que afectan a su composición de micronutrientes, alimentos y/u otros componentes

OVOLACTOVEGETARIANA

Modificación de la dieta consistente en excluir algunos alimentos de origen animal como la carne, el pescado y sus derivados.



Objetivo

Cubrir las necesidades nutritivas de las personas que excluyen la carne y el pescado de la alimentación.



Indicaciones

Pacientes que siguen una alimentación ovolactovegetariana.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta vegetariana.



4. Resultado

4.3/ Propuesta de nomenclatura sobre las características de una dieta hospitalaria

4.3.2/ Características que afectan a su composición de micronutrientes, alimentos y/u otros componentes

CON BAJO CONTENIDO MICROBIANO

Modificación de la dieta consistente en excluir los alimentos que pueden contener microorganismos (especialmente, microorganismos patógenos) y extremar las medidas de higiene alimentaria.



Objetivo

Evitar infecciones alimentarias en los individuos que presentan inmunosupresión.



Indicaciones

Pacientes que presentan neutropenia de grado III o IV (neutrófilos $<1.000 \text{ mm}^3$), pacientes sometidos a trasplante de órganos sólidos o de progenitores hematopoyéticos y otros pacientes que están inmunosuprimidos.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta con baja carga bacteriana, dieta con baja carga bacteriológica, dieta estéril, dieta limpia, dieta por neutropenia.

SIN SAL AÑADIDA

Modificación de la dieta consistente en la supresión de la sal añadida en todas las preparaciones y cocciones de alimentos y la exclusión de alimentos con alto contenido de sal, alimentos procesados y salsas que contengan sal. Se recomienda el uso de especias y hierbas aromáticas en sustitución de la sal.



Objetivos

Negativizar el balance de sodio hasta equilibrarlo, controlar la presión arterial y disminuir el riesgo cardiovascular que conlleva el exceso de sal.



Indicaciones

Pacientes que presentan hipertensión arterial, insuficiencia renal y/o insuficiencia cardíaca y/o pacientes con alteraciones hidroelectrolíticas.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta sin sal, dieta baja en sal, dieta pobre en sal, dieta hiposódica, dieta asódica.

SIN GLUTEN

Modificación de la dieta consistente en la exclusión de alimentos que contienen gluten, proteína que está presente en muchos cereales, como el trigo, el centeno, la cebada y sus derivados, y por contaminación cruzada puede estar presente en la avena. Se debe evitar la posible contaminación cruzada.



Objetivo

Evitar los síntomas y consecuencias causados por la ingesta de gluten.



Indicaciones

Pacientes que presentan celiaquía y/o hipersensibilidad al gluten.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta celíaca.

SIN CERDO

Modificación de la dieta consistente en la exclusión de alimentos que provienen del cerdo y sus derivados.



Objetivo

Sustituir el aporte de proteína procedente del cerdo por otras fuentes proteicas, como otras carnes, pescados, huevos, etc.



Indicaciones

Pacientes cuya religión o creencia les prohíbe comer cerdo y sus derivados.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta musulmana, dieta no cerdo.

4. Resultado

4.3/ Propuesta de nomenclatura sobre las características de una dieta hospitalaria

4.3.2/ Características que afectan a su composición de micronutrientes, alimentos y/u otros componentes

CON BAJO CONTENIDO DE LACTOSA

Modificación de la dieta consistente en la minimización del contenido de lactosa, retirando los lácteos y los derivados y productos elaborados con lácteos. Se pueden sustituir por lácteos sin lactosa y/o bebidas y derivados vegetales.



Objetivo

Evitar los síntomas digestivos causados por la intolerancia a la lactosa.



Indicaciones

Pacientes que presentan intolerancia a la lactosa.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta sin lactosa, dieta pobre en lactosa, dieta exenta de lactosa.

CON BAJO CONTENIDO DE FRUCTOSA Y/O SORBITOL

Modificación de la dieta consistente en la exclusión de los alimentos que presentan una elevada relación fructosa-glucosa y/o los alimentos que tienen un alto contenido en sorbitol. Puede ser necesario individualizarla en función de la tolerancia del paciente.



Objetivo

Evitar los síntomas digestivos causados por la malabsorción de la fructosa y/o el sorbitol.



Indicaciones

Pacientes que presentan malabsorción a la fructosa y/o sorbitol (excluye pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa).



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta sin fructosa ni sorbitol, dieta exenta de fructosa y sorbitol.

CON BAJO CONTENIDO DE COBRE

Modificación de la dieta consistente en la eliminación de alimentos con alto contenido de cobre.



Objetivo

Evitar la intoxicación de cobre en el organismo.



Indicaciones

Pacientes que presentan enfermedad de Wilson.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta sin cobre, dieta pobre en cobre, dieta exenta de cobre.

CON BAJO CONTENIDO DE OXALATOS

Modificación de la dieta consistente en la reducción de los alimentos con alto contenido de oxalatos.



Objetivos

Reducir la excreción de oxalato urinario y disminuir el riesgo de urolitiasis.



Indicaciones

Pacientes que presentan urolitiasis, hiperoxaluria y/u obstrucción de uretostomías.



Otros términos utilizados hasta el momento

Dieta pobre en oxalatos, dieta sin oxalatos, dieta exenta de oxalatos.

5 Tabla de comparación de la propuesta de nomenclatura para dietas hospitalarias y los términos desestimados utilizados hasta el momento

TÉRMINOS PROPUESTOS	TÉRMINOS DESESTIMADOS
DIETA BÁSICA	
Dieta básica	Dieta normal, dieta general, dieta libre, dieta sin restricciones
DIETA TERAPÉUTICA	
DIETAS CON CONTROL DEL APORTE CALÓRICO	
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
DIETAS CON CONTROL DE HIDRATOS DE CARBONO	
Dieta con control de hidratos de carbono	Dieta diabética, dieta antidiabética, dieta de restricción glucídica, dieta hipoglucídica
DIETAS CON CONTROL DE GRASAS	
Dieta con bajo contenido de grasas totales	Dieta baja en grasas, dieta sin grasas, dieta de protección hepática, dieta de protección biliar, dieta hepatobiliar, dieta para insuficiencia hepática, dieta para pancreatitis
Dieta con bajo contenido de ácidos grasos saturados	Dieta dislipémica, dieta cardiosaludable, dieta cardioprotectora
Dieta con aporte mínimo de grasas totales	Dieta sin grasas estricta, dieta libre de grasas, dieta para quilotórax, dieta para ascitis quilosa
DIETAS CON CONTROL DE PROTEÍNAS	
Dieta con control de proteínas y bajo contenido de minerales	Dieta renal, dieta baja en potasio, dieta sin potasio, dieta para diálisis
Dieta hiperproteica	Dieta rica en proteínas
DIETAS CON CONTROL DE RESIDUO	
Dieta con bajo contenido de residuo estricta	Dieta astringente estricta, dieta para colitis, dieta sin fibra, dieta sin residuo, dieta pobre en residuo
Dieta con bajo contenido de residuo moderada	Dieta astringente moderada, dieta astringente, dieta astringente estricta, dieta pobre en fibra, dieta pobre en residuo, dieta baja en fibra, dieta baja en residuo
Dieta con bajo contenido de fibra	Dieta astringente moderada, dieta pobre en fibra, dieta baja en fibra
Dieta con alto contenido de fibra	Dieta rica en fibra, dieta laxante

5. Tabla de comparación de la propuesta de nomenclatura para dietas hospitalarias y los términos desestimados utilizados hasta el momento

TÉRMINOS PROPUESTOS	TÉRMINOS DESESTIMADOS
DIETA PROGRESIVA	
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
DIETA ABSOLUTA	
Dieta absoluta	Dieta famis, dieta 0

6

Tabla de comparación de la propuesta de nomenclatura para las características de las dietas hospitalarias y los términos desestimados utilizados hasta el momento

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

7 Discusión

La ausencia de una normativa que establezca y estandarice tanto las denominaciones genéricas de las diferentes dietas y sus características como los criterios que se deben considerar antes de establecer el tipo de dieta a prescribir, ha permitido que cada hospital desarrolle sus procedimientos y directrices. Algunos casos tienen el apoyo de profesionales de la dietética y la nutrición, pero en hospitales donde no cuentan con este recurso no existen ni siquiera directrices internas.

Tal como se ha explicado en la justificación, el presente documento pretende ser una propuesta de nomenclatura para dietas hospitalarias consensuada entre los dietistas-nutricionistas clínicos bajo la tutela de la entidad oficial que nos representa. No es un manual de dietas.

Hasta el momento de nuestra búsqueda, no se ha encontrado ninguna referencia o documento similar acordado entre profesionales para denominar las diferentes dietas utilizadas habitualmente en nuestros centros hospitalarios. Pensamos que para la profesión del dietista-nutricionista es un documento fundamental.

Este apartado de discusión quiere evidenciar cuáles han sido los obstáculos que han dificultado el trabajo de consenso:

- ⊗ La inexistencia de normas o pautas claras, especialmente en relación con el establecimiento de los criterios que ha de tener una dieta para considerarse como tal y las diferencias con respecto a las características de una dieta. Existen centros que consideran algunas de las características que se presentan en este documento como un tipo de dieta (por ejemplo, la característica *sin sal añadida* se puede encontrar como un tipo de dieta per se *dieta hiposódica*). No obstante, según el criterio acordado por el GTNC, las características se pueden añadir a cualquier tipo de dieta, mientras que existen dietas que no siempre se pueden combinar (por ejemplo, *dieta de fácil digestión* y *dieta con alto contenido de fibra*).

Muchas de las características que se presentan en el actual consenso se pueden encontrar en diferentes manuales o artículos como dietas en sí mismas. Aun así, con el fin de no multiplicar de forma innecesaria –y a veces ridícula– las diferentes dietas de las cuales un centro hospitalario ha de disponer, defendemos utilizarlas en el ámbito hospitalario como una característica.

- ⊗ La existencia de términos que expresan de manera irreal la cantidad de una sustancia, como *dieta sin potasio*. Se puede presentar o elaborar una dieta a base de alimentos convencionales *con bajo contenido de potasio*, pero nunca *sin potasio*.

7. Discusión

- ⊗ La recurrencia de algunas discusiones para acercar puntos de vista diferentes con respecto a:
 - Los conceptos de *residuo* y *fibra*: muchas veces solo se hace referencia a la fibra cuando se habla de *residuo*, pero es sabido que otros componentes, como el tejido conectivo, las grasas y la lactosa no son digeridos de forma completa. Nuestra propuesta para la implicación clínica en el manejo de las suboclusiones intestinales es considerar *residuo* todo aquello que puede llegar al colon sin haberse digerido, es decir, fibra (tanto fermentable como no fermentable), grasas, tejido conectivo y lactosa. Por ello, se ha diferenciado la dieta de bajo contenido de *residuo* (grasas, lactosa y fibra) de la *dieta de bajo contenido de fibra*, que sí que puede contener cantidades equiparables a la dieta básica en lactosa y grasas. Esta última dieta puede prevenir el estreñimiento en pacientes con riesgo de suboclusión.
 - Cómo denominar las dietas para insuficiencia renal siguiendo las pautas marcadas por el grupo, pero sin mencionarlas con una denominación excesivamente larga o compleja.
- ⊗ La existencia de excepciones que no cumplen algunas de las reglas establecidas por el grupo de trabajo:
 - La textura de la dieta se ha considerado una característica de la dieta, pero en el caso de las dietas progresivas la textura sí es una característica física inherente al tipo de dieta.

El presente documento de consenso ha sido concebido y elaborado por dietistas-nutricionistas del GTNC del CODINUCAT. Aun así, podría ser que no todo el colectivo esté de acuerdo con el contenido completo y que haya otras maneras de interpretar alguna dieta y/o concepto. Por ello, **entendemos este documento como una base para disponer de un consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias que siempre se podrá modificar y mejorar para adaptarse a la evolución de la dietética y la nutrición clínica.**

Creemos que debe ser una herramienta utilizada en centros de enseñanza donde se imparten estudios en el ámbito de la salud como dietética y nutrición, medicina, enfermería, logopedia, etc., así como en ciclos formativos relacionados con la salud: dietética, cuidados auxiliares de enfermería, etc.

8 Bibliografía

- American Association of Cereal Chemists (AACC). The definition of dietary fiber. Cereal Foods World. 2001; 46(3): 112-126.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017; 36: 49-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Dahl WJ, Stewart ML. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: health implications of dietary fiber. J Acad Nutr Diet. 2015; 115 (11): 1861-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.09.003>
- Dietary reference values for nutrients. Summary report. EFSA Supporting Publication 2017: e15121. Disponible en: <http://doi:10.2903/sp.efsa.2017.e15121>
- Juvé-Udina ME. ATIC. Terminologia i eines de coneixement infermer [Internet]. Disponible en: <https://catalanurses.cat/projectes/la-terminologia-atic/>
- Manual de dietes hospitalàries. Hospital Universitari de Bellvitge; 2013.
- Manual of clinical nutrition management [Internet]. 14^a ed. Armonk, NY: Compass Group; 2013 Disponible en: https://bscn2k15.weebly.com/uploads/1/2/9/2/12924787/manual_of_clinical_nutrition2013.pdf
- Nelson JK. Dietética y nutrición: manual de la Clínica Mayo. 7^a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1995.
- Nutritional goals for age-sex groups based on dietary reference intakes and dietary guidelines recommendations (Appendix 7). A: Dietary guidelines for Americans 2015-2020. 8a ed. Washington, DC: US Department of Agriculture, US Department of Health and Human Services;(2015). Disponible en: <https://health.gov/our-work/food-nutrition/2015-2020-dietary-guidelines/guidelines/appendix-7/>
- Salas-Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Saló ME, Burgos R. Nutrición y dietética clínica. 4^a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- Stewart R. Handbook of clinical nutrition and dietetics. 5^a ed. Brisbane: Australian Dietitian; 2015.

8. Bibliografia

8.1/ BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA PARA LA ETIMOLOGÍA

- Blanco J, Papió F, Vilà LI. Diccionari de procediments culinaris [Internet]. Barcelona: TERM CAT, Centre de Terminologia, cop. 2006. (Diccionaris en Línia), Disponible en: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/20/
- CIM-9-MC: Classificació internacional de malalties: 9ª revisió: modificació clínica [Internet]. 6ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut: Pòrtic, 2008. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/catalegs/diagnostics-procediments/cim-9-mc/>
- CIM-10-MC/SCP. Classificació internacional de malalties: 10ª revisió: modificació clínica: sistema de codificació de procediments [Internet]. 10ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut; 2008. Departament de Salut: Pòrtic, 2018. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/registres-catalegs/catalegs/diagnostics-procediments/cim-10-mc-scp/>
- Diccionari de la llengua catalana [Internet]. 2ª ed. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans; 2007. Disponible en: <https://dlc.iec.cat/>
- Diccionario de la lengua española [Internet]. Real Academia Española. Madrid: Espasa Calpe, 1992. Disponible en: <https://dle.rae.es>
- Diccionario de términos médicos [Internet]. Real Academia Española de la Lengua; 2012. Disponible en: <https://dtme.ranm.es/index.aspx>
- Enciclopedia.cat [Internet]. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, [-2020]. Disponible en: <https://www.enciclopedia.cat/>
- Institut d'Estudis Catalans; Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears; Enciclopèdia Catalana; TERM CAT, Centre de Terminologia; Catalunya. Departament de Salut. Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT): Versió de treball [Internet]. Barcelona: TERM CAT, Centre de Terminologia, cop. 2015-2019. (Diccionaris en Línia). Disponible en: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/183>
- Navarro FA. Diccionario de dudas y dificultades de traducción del inglés médico. Libro rojo [Internet]. 3ª ed. v. 3.16.

- Disponible a: <http://www.cosnautas.com/es>
Portal Terminologia de Ciències i Tecnologies (CiT). Institut d'Estudis Catalans.
Disponible en: <https://cit.iec.cat/>
- PubMed [Internet]. Bethesda: US National Library of Medicine.
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- TERMCAT, Centre de Terminologia. Cercaterm [Internet]. Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia, 2008-2020. Disponible en: <https://www.termcat.cat/ca/cercaterm>
- TERMCAT, Centre de Terminologia. El diccionari terminològic. Vic: Eumo; Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia, 2010. (En Primer Terme, 9. Criteris i Mètodes). Disponible en: <https://arxiu.termcat.cat/enprimerterme/el-diccionari-terminologic.pdf>
- TERMCAT, Centre de Terminologia. L'ordenació de termes. Vic: Eumo; Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia, 2008. (En Primer Terme, 4. Criteris i Mètodes).
Disponible en: <https://arxiu.termcat.cat/enprimerterme/l-ordenacio-de-termes.pdf>
- TERMCAT, Centre de Terminologia. Terminologia de les tendències alimentàries [Internet]. Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia, cop. 2020. (Diccionaris en Línia).
Disponible en: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/284>

9 Anexo 1. Glosario

A continuación se definen algunos de los nombres, adjetivos, verbos, preposiciones, formas prefijadas más utilizados en las diferentes denominaciones de las dietas durante largos años. Se han seleccionado los que son de uso común en diferentes centros sanitarios, libros, índices de dietas... y los que pueden ayudar a comprender la nueva nomenclatura.

PREPOSICIONES Y FORMAS PREFIJADAS

a-, an- (prefijo): prefijo que significa 'no', 'sin', 'contra'

hiper- (prefijo): exceso, grado superior al normal.

hipo- (prefijo): 'debajo de', 'escasez de'.

normo- (prefijo): conformidad con la regla, normal, habitual.

semi- (prefijo): 'medio', 'parcialmente'.

sin (prep.): exclusión, carencia, privación absoluta; por ello, solo se ha de utilizar en las denominaciones que expresen privación absoluta del nutriente a excluir de la dieta. Ex. *sin gluten*. En las dietas en las que se reduce la cantidad de nutriente, es más recomendable utilizar el prefijo *hipo-*, o bien las expresiones *con bajo contenido de*, *con restricción de...*

SUSTANTIVOS, ADJETIVOS, LOCUCIONES ADJETIVAS Y VERBOS

absoluto, -a (adj.): que excluye toda relación.

alto, -a en (loc.): expresa que algo tiene mucha cantidad de alguna sustancia.

astriigente (adj.): que restringe los tejidos orgánicos; que produce una sensación de aspereza y amargura.

ayuno (n.): privación total de comida y bebida durante un período de tiempo determinado. En el ámbito médico, implica una abstinencia total de alimentos para la realización de pruebas diagnósticas.

con alto contenido de (loc.): expresa que algo tiene mucha cantidad de alguna sustancia.

con bajo contenido de (loc.): expresa que algo tiene poca cantidad de alguna sustancia.

con control de (loc.): en caso de alteración o de enfermedad.

bajo, -a en (loc.): expresa que algo tiene poca cantidad de alguna sustancia.

blando, -a en (adj.): tierno, suave, que cede fácilmente al tacto.

calórico, -a (adj.): 'energético'; relativo o perteneciente a la caloría.

característica (n.): cualidad, rasgo o peculiaridad que permite modificar parcialmente la dieta sin alterar la composición de macronutrientes. Puede hacer referencia a los cambios en las propiedades físicas de los alimentos, como la textura, la adición o eliminación de algún alimento o componente alimenticio o la composición de minerales.

carbohidrato (n.): v. hidrato de carbono.

carencia nutritiva (n.): falta de una sustancia nutritiva indispensable para el organismo.

consistencia (n.): estabilidad, solidez. Densidad o espesura de un líquido. Calidad de la materia que resiste sin romperse ni deformarse fácilmente. Coherencia entre las partículas de una masa o los elementos de un conjunto.

deglución (n.): paso de sustancias desde la boca hasta el estómago.

dieta (n.): régimen de alimentación en que la cantidad, calidad, composición, frecuencia u horario de las ingestas sólidas y líquidas han sido planificados con finalidades terapéuticas.

disfagia (n.): dificultad o imposibilidad de tragarse o deglutir.

eliminar (n.): descartar, sacar fuera, prescindir, excluir.

equilibrio nutricional (n.): mantenimiento de unas condiciones fisicoquímicas determinadas en el interior de los seres vivos. En los animales pluricelulares superiores, este equilibrio es mantenido por los sistemas nervioso y humoral, mientras que en las plantas verdes superiores solo existe el humoral. En las plantas y los animales unicelulares o bien inferiores, el núcleo de cada célula es el verdadero regulador de su actividad.

estricto, -a (adj.): rígido, riguroso, severo. Que se ajusta con exactitud a aquello que es necesario o está establecido y que no admite excepciones ni permite otra interpretación.

9. Anexo 1. Glosario

exento, -a (adj.): que está libre o no tiene una obligación o una carga. Libre de, desembarazado de una cosa.

fácil (adj.): que se puede hacer con poco esfuerzo.

famis (n.): v. dieta absoluta. La denominación hambre proviene del latín *fames*.

glúcido (n.): v. hidrato de carbono.

grasa (n.): término genérico que incluye varios tipos de lípidos.

hidrato de carbono (n.): principio inmediato orgánico imprescindible para el correcto desarrollo del organismo animal, que constituye una fuente importante de energía, utilizable directamente o que se almacena en forma de grasa, y que interviene en la constitución de las moléculas estructurales fundamentales.

masticación (n.): acto inicial de la digestión, que consiste en triturar los alimentos sólidos por la acción de los dientes y las muelas, la lengua y las paredes de la boca.

microbiano -ana (adj.): relativo o perteneciente a los microbios.

necesidad nutritiva (n.): necesidad de lograr el buen funcionamiento del organismo mediante la ingesta de los nutrientes esenciales.

pastoso -osa (adj.): que al tacto es suave y blanda, a semejanza de la masa. *Blando como una pasta*. Mantiene homogeneidad.

pobre, -a en (loc.): expresa que algo tiene poca cantidad de alguna sustancia.

progresivo, -iva (adj.): que avanza, que se desarrolla, por grados.

protección (n.): acción y efecto de proteger.

proteína (n.): macromolécula formada por cadenas lineales de aminoácidos.

puré (n.): pasta que se hace de legumbres, verdura u otros alimentos comestibles, cocidas, pasadas por el colador. Sopa formada por esa pasta disuelta en caldo.

restricción (n.): limitación o modificación.

rico, -a en (loc.): expresa que algo tiene mucha cantidad de alguna sustancia.

terapéutico, -a (adj.): relativo o perteneciente al tratamiento de las enfermedades.

textura (n.): propiedad y sensación que se genera en el sentido del tacto tanto en la boca como en las manos.

texturizar (v.): proceso tecnológico que puede utilizar diferentes operaciones básicas, como hilar, extrudir, batir, etc., un producto alimenticio, para conseguir cambiar su textura con la finalidad de hacerla más apta para el consumidor.

triturar (v.): moler, desmenuzar una materia sólida sin llegar a convertirla en polvo. Masticar, trocear la comida con los dientes.

Turmix (n.): marca comercial de un aparato electrodoméstico.



 Via Laietana, 38, 1r 1a 08003 - BARCELONA

 930 10 62 48

 administracio@codinucats.cat

 www.codinucats.cat

 CODINUCAT

 CoDiNuCat