



## Presentado un documento de consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias

02-02-2021

Nancy Babio y Gemma Simats, Codinucat

**El grupo de trabajo de Nutrición Clínica del Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Catalunya (Codinucat) ha desarrollado un documento de consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias. Nancy Babio y Gemma Simats (presidenta del Codinucat y coordinadora del grupo de trabajo respectivamente), explican en esta entrevista el por qué de la necesidad del documento y de su importancia para conseguir una prescripción más segura de las dietas.**

**– En la introducción del documento dicen que se ha estado denominando a las dietas según la patología, la textura o la forma en la que se ofrecen... ¿Qué problemas generaba esto en los hospitales y en la atención a los pacientes?**

– Nancy Babio (NB): El principal problema es que la falta de consenso en la nomenclatura de las dietas hospitalarias y que éstas puedan denominarse en base a una gran variedad de criterios, ha provocado que una misma dieta pueda denominarse de formas distintas, o que una misma nomenclatura haga referencia a dietas que tengan composición y/o indicaciones diferentes, según el profesional o centro en el que sea atendido. Por ejemplo, dieta blanda puede hacer referencia equivocadamente a una dieta de textura de fácil masticación y a su vez a una dieta de fácil digestión.

Esto supone un impedimento para garantizar la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y dificulta la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, es decir, pone en riesgo el mantenimiento de la misma indicación dietética en el tiempo, dificulta su comprensión por parte del mismo paciente y puede inducir a error y a la no adherencia a las pautas adecuadas.

Por ello se propone designar las dietas mediante su composición evitando otros criterios como la textura que es solo una característica física de las mismas.

En definitiva, una estandarización de la nomenclatura redundaría en una buena prescripción y pauta dietética lo que conllevaría a una adecuada planificación dietética y como consecuencia el paciente recibirá realmente la pauta que verdaderamente necesite.

**– ¿Estas denominaciones erróneas es algo común a todos los hospitales españoles o son propias de algunos pocos?**

– Gemma Simats (GM): La falta de consenso en la nomenclatura de las dietas hospitalarias es común en todos los hospitales y centros sanitarios españoles. De hecho, en una primera etapa del desarrollo del documento se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la que se analizaron los manuales de dietas de diferentes centros hospitalarios, dónde quedó reflejada la diversidad de denominaciones.

– **¿Esta guía debería ser un referente en todos los hospitales españoles y que todos manejan los mismos conceptos dietéticos?**

– NB: Este documento, debería ser referente no sólo en todos los hospitales españoles, sino incluso podría serlo en Latinoamérica. Este documento se distribuirá a todos los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, dietistas-nutricionistas, personal docente, personal de restauración y otros profesionales sanitarios).

– **La guía está hecha pensando en los enfermeros, dietistas, farmacéuticos hospitalarios y otros profesionales de los servicios de alimentación de los hospitales... pero también es crucial para los farmacéuticos comunitarios, que atienden a los pacientes y que salen del hospital con indicaciones como 'siga una dieta blanda'. ¿Es así?**

– NB: Este documento establece un consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias y pretende que sea usado por todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que estén involucrados en la alimentación de la persona hospitalizada, institucionalizada y en el ámbito comunitario. Es importante que se defina las dietas de forma inequívoca y que permita a todos los profesionales utilizar la misma terminología, con independencia de su centro de trabajo o lugar de residencia. Se trata así de contribuir a la seguridad del paciente/usuario y evitar errores de prescripción, respetando el principio de equidad en el ámbito de la sanidad.

– **¿Con qué tipo de dieta os habéis encontrado más problemas a la hora de buscar la denominación correcta?**

– GS: En el caso de la dieta progresiva, y como excepción a las premisas del documento, se ha denominado este grupo de dietas según la textura después de consensuar que, en este caso concreto, la textura es una característica física inherente al tipo de dieta y no una modificación parcial de ésta, y, por lo tanto, no es una característica de otra dieta, sino un tipo de dieta hospitalaria per se.

También han supuesto un reto para el grupo de trabajo la denominación de las dietas con control de proteínas y bajo contenido de minerales asociadas a insuficiencia renal evitando usar una nomenclatura excesivamente larga y/o demasiado compleja, así como la nomenclatura de las dietas con control de residuo por la dificultad en la propia definición y clasificación del residuo.

– **¿Por qué en la guía se ha desestimado el uso de los adjetivos 'rico', 'pobre', 'rica en' y 'pobre en'? ¿Qué problemas acarreaban?**

– GS: Si bien es cierto que en este caso concreto y tras la búsqueda bibliográfica se observó que las dietas definidas como ricas o pobres solían hacer referencia mayoritariamente a una misma pauta dietética y que no suponían un problema grave de interpretación, indicación y prescripción, uno de los objetivos del trabajo era realizar una propuesta de nomenclatura basada en unas premisas previamente establecidas que sirvieran de directriz para la denominación de las distintas dietas.

Así, siguiendo las premisas iniciales se consensuó el uso de las locuciones 'con alto contenido de' o 'con bajo contenido de', en lugar de los adjetivos y locuciones 'rico', 'pobre', 'rica en', 'pobre en' o 'alto', 'bajo', 'alto en' y 'bajo en', con el objetivo de utilizar una terminología más precisa, inequívoca y ajustada a la composición y características reales de la dieta.

– **No obstante, mencionáis dietas con bajo contenido en cobre o fructosa...**

– GS: Como se ha mencionado anteriormente, siguiendo las premisas inicialmente establecidas y con el objetivo de desestimar denominaciones poco precisas se consideró poco adecuado asociar adjetivos como 'rico' o 'pobre', así como alto o bajo al término dieta y, en su lugar, se propuso definir las como pautas con 'un alto o bajo contenido' de determinados nutrientes o sustancias.

Esto permitía una mejor comprensión e indicación de las dietas y disminuir así los posibles errores derivados de una nomenclatura que, aunque pudiera ser terminológicamente correcta, consideramos no define con tanta precisión la pauta dietética.

**Tres grandes grupos de dietas: básicas, terapéuticas y progresivas**

– **Establecen una clasificación de las dietas hospitalarias en básicas, terapéuticas y progresivas. ¿Estos conceptos son bien manejados por los profesionales sanitarios de los hospitales? ¿Los conocen y están instauradas en todos?**

– GS: La clasificación de las dietas hospitalarias en básicas, terapéuticas y progresivas probablemente no sea ampliamente conocida entre los profesionales sanitarios... y especialmente desconocida la diferencia entre terapéutica y progresiva. A pesar de no manejar bien la clasificación, todas las dietas incluidas en éste consenso son conocidas y utilizadas en los distintos hospitales, aunque no sean denominadas de la misma forma.

– **También establecen la diferencia entre absoluta y ayuno. ¿Cuándo se recomienda uno y otro? ¿Hay mucha confusión en este sentido?**

– GS: En primer lugar, queremos destacar que este documento no pretende ser un manual de dietas dónde encontrar la definición y composición de cada una de ellas, sino un consenso con el fin de establecer una nomenclatura común para todos los profesionales involucrados en la alimentación de los pacientes. A pesar de ello, en este documento hemos querido diferenciar la dieta absoluta –pauta alimentaria consistente en la privación total de ingestión de alimentos líquidos y sólidos durante un tiempo determinado– de un ayuno que es la abstención de comida para hacer pruebas diagnósticas o exploratorias.

– **Es interesante la aclaración sobre los tipos de textura que hay y el algoritmo que han hecho para saber cuándo recomendar una u otra. ¿Cuentan los hospitales con algoritmos parecidos?**

– NB: Tomando como referencia los centros en los que trabajamos los miembros del Grupo de Nutrición Clínica y la búsqueda bibliográfica realizada inicialmente, vemos que los hospitales no suelen disponer de algoritmos para la elección de la textura de la dieta. En función del centro sanitario, la elección de la textura es realizada por una variedad importante de profesionales, desde el médico referente del paciente, personal de enfermería, dietistas-nutricionistas, hasta en algunos centros profesionales del logopeda

o la nutrición.

Desgraciadamente, la inclusión de los dietistas-nutricionistas en los hospitales ha sido –y es aún– muy desigual en España. Catalunya ha sido pionera en la inclusión de dietistas-nutricionistas en los hospitales y en los grupos de investigación interdisciplinarios hospitalarios y ello ha contribuido a plantearse con rigor el establecimiento de una nomenclatura de las dietas hospitalarias.

El algoritmo en relación a las texturas, es un trabajo del que nos congratulamos ya que fue una colaboración que realizamos para el Documento de Consenso para el abordaje comunitario de la desnutrición relacionada con la enfermedad crónica en personas con complejidad clínica del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y que ha sido refrendado incluso por profesionales provenientes de sociedades científicas de enfermería, geriatría, endocrinología y nutrición, e incluso de profesores del ámbito de la dietética de las universidades catalanas.

**– ¿Qué dificultades han tenido a la hora de elaborar este documento?**

– GS: La principal dificultad a la hora de establecer un consenso ha sido la inexistencia de normas o pautas claras para establecer criterios y considerar una dieta como tal y diferenciarla por sus características. De hecho, muchas de las características consensuadas en este documento aparecen como dietas en diferentes manuales o artículos científicos, pero desde el Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica del Codinucac defendemos utilizarlas como características. Por ejemplo, la característica ‘sin sal añadida’ la encontramos como un tipo de dieta per se (dieta hiposódica o asódica) en algunos centros sanitarios, pero en nuestro trabajo se considera característica porque creemos que todas las dietas deben tener la opción de servirse con sal añadida o sin ella.

Otra dificultad ha sido el uso habitual de términos que expresan de forma irreal la cantidad de una sustancia, como por ejemplo ‘dieta sin potasio’. Se puede presentar o elaborar una dieta a base de alimentos convencionales con bajo contenido de potasio, pero nunca sin potasio.

También ha supuesto un reto consensuar los conceptos de residuo y fibra, por un lado, por la poca evidencia existente sobre el tema en la literatura científica y por otro el hecho que muchas veces solo se hace referencia a la fibra cuando se habla de residuo, aunque es sabido que hay otros componentes de los alimentos como la lactosa y las grasas que no son digeridos de forma completa y que son parte del residuo.

– Descárgate el documento en castellano: ‘Consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias’

– Descárgate el documento en catalán: ‘Consens sobre la nomenclatura de les dietes hospitalàries’

**Noticias Relacionadas**

- Entre el 30 y el 80% de pacientes hospitalizados por Covid-19 está en riesgo de desnutrición
- Control higiénico sanitario en restauración hospitalaria durante el Covid-19 (parte 1)
- El Hospital General de Valencia diseña una dieta específica para pacientes con Covid-19
- Nueva guía de nutrición para personas con disfagia, abordada desde diferentes disciplinas