




Revisión Bibliográfica

Nomenclaturas de dietas hospitalarias. Revisión de la literatura. Nomenclature of hospital diets. Literature review.

 Pineda Ozuna, María Gisela¹;  Portillo, María Cristina²;  Franco Núñez, Raquel²;
 Figueredo Grijalba, Rafael³

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

²Sociedad Paraguaya de Nutrición. Asunción, Paraguay.

³Instituto Privado de Nutrición Integral. Asunción, Paraguay.

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:



Pineda Ozuna MG, Portillo M, Franco Núñez R, Figueredo Grijalba R. Nomenclaturas de dietas hospitalarias. Revisión de la literatura. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Abril - 2025; 58(1): 104-113.

RESUMEN

Dentro del entorno hospitalario siempre ha preocupado, en especial a los nutricionistas 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. Con el objetivo de caracterizar la nomenclatura de las dietas hospitalarias desde la revisión de la literatura, se realizó una revisión de los estudios identificados en las bases de datos; PubMed, Science Direct, Oxford Academic y Google Scholar. Se incluyeron estudios y Guías con mención a las nomenclaturas de dietas hospitalarias. Fueron identificados para su revisión 2460 artículos, se seleccionaron 50 artículos para su revisión completa, de los cuales 8 se incluyeron para el análisis final. Se pudo determinar la existencia de protocolos, guías y manuales direccionados al manejo o al uso de las nomenclaturas de dietas hospitalarias, así también algunos cambios no lejanos a lo ya establecido como consta en los estudios y guías revisados (n=8). Gran parte de los estudios primarios incluidos en la revisión contemplan el uso de las nomenclaturas de dietas hospitalarias de acuerdo a la situación clínica. Al evaluar los estudios y guías no se ha observado cambios mayormente en relación a las nomenclaturas, sin embargo, en algunos existe acercamiento al consenso CODINUCAT. La implementación de las actualizaciones no se ve reflejada en la mayoría de los estudios de la revisión, esto debido a que no existe un modelo o protocolo a seguir en cuanto a las nomenclaturas de dietas hospitalarias en la mayoría de los nosocomios.

Palabras claves: Dietas hospitalarias, Nomenclaturas, Revisión.

Autor correspondiente: María Gisela Pineda. Instituto Privado de Nutrición Integral. Asunción, Paraguay. Email: gisepineda638688@gmail.com.

Editor responsable:  Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez*,  Dra. Lourdes Talavera*.

*Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

Fecha de recepción el 7 de enero del 2025; aceptado el 7 de abril del 2025.

ABSTRACT

Within the hospital setting, the lack of consensus on hospital diet nomenclature has always been a concern, especially among nutritionists, despite advances in the fields of food, dietetics, and nutrition. In order to characterize hospital diet nomenclature based on a literature review, a review of the studies identified in the databases PubMed, Science Direct, Oxford Academic, and Google Scholar was conducted. Studies and guidelines mentioning hospital diet nomenclature were included. A total of 2,460 articles were identified for review, and 50 articles were selected for full review, of which 8 were included for the final analysis. The existence of protocols, guidelines, and manuals addressing the management or use of hospital diet nomenclature was determined, as well as some changes not far removed from what was already established, as reflected in the studies and guidelines reviewed (n=8). Most of the primary studies included in the review consider the use of hospital dietary nomenclatures according to the clinical situation. When evaluating the studies and guidelines, no major changes were observed in the nomenclatures; however, some have moved closer to the CODINUCAT consensus. The implementation of the updates is not reflected in most of the studies in the review, due to the lack of a model or protocol for hospital dietary nomenclatures in most hospitals.

Keywords: Hospital diets, Nomenclatures, Review.

Introducción

Dentro de la atención nutricional, las dietas hospitalarias constituyen parte fundamental en el estado nutricional del paciente. Actualmente las nomenclaturas de las dietas hospitalarias están en debate o se establecen nuevas formas de denominación de las dietas acorde a la patología a tratar.

La prescripción es la indicación de una dieta a un paciente en función de su situación clínica y de sus necesidades nutricionales. Esta asignación o indicación es efectuada a partir del código de dietas que es de uso obligatorio en los centros hospitalarios. Contrariamente de la obligatoriedad del código de dietas, la nomenclatura de las dietas no está estandarizada, por lo que una dieta puede tener nombres diferentes en los distintos nosocomios ⁽¹⁾.

Recientemente en el estudio Latinoamericano sobre terapia nutricional parenteral y enteral— Estudio ELANPE Grupo ELANPE (2024), se halló qué de un total de 132 hospitales de 14 países de América Latina; el 68,2% eran estatales con una media de 23.804 pacientes. En el 66% de los hospitales (n=87) se implementa sistemáticamente la detección

del estado nutricional; el cribado de riesgo nutricional “NRS-2002” (n=66; 75,9%) la aplican principalmente los nutricionistas. La mediana de desnutrición al ingreso fue del 33% (RIC=30,8) ⁽²⁾.

La elección de la dieta hospitalaria depende de la evaluación de riesgo nutricional que es obligatoria al ingreso hospitalario. La indicación de la dieta estándar debe reevaluarse al menos después de cinco días completos de hospitalización de acuerdo con la valoración del riesgo o estado nutricional. Si los pacientes hospitalizados presentan un alto riesgo nutricional o están desnutridos, se les debe proporcionar la dieta hospitalaria, una dieta enriquecida con proteínas y energía. La guía de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) sobre nutrición en pacientes con cáncer establece que la primera forma de apoyo nutricional debe ser el asesoramiento nutricional para controlar los síntomas y fomentar la ingesta de alimentos y líquidos enriquecidos con energía; una dieta enriquecida con energía y proteínas es la forma preferida de mantener o mejorar el estado nutricional. Además, se prescribe

suplementos de nutrición oral (SON) cuando una dieta enriquecida no es eficaz para alcanzar los objetivos nutricionales. ⁽³⁻⁵⁾

En ocasiones, las prescripciones se realizan independientemente de la evaluación del estado nutricional y sin tener en cuenta el estado nutricional. Las dietas terapéuticas ya sea bajas en sal, sin gluten, con textura y consistencia modificadas, etc.; se asocian con una disminución del aporte energético y un mayor riesgo de desnutrición. La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) propone recomendaciones basadas en la evidencia sobre la organización de la restauración, las prescripciones e indicaciones de dietas, así como el control de la ingesta de alimentos en el hospital, centros de rehabilitación y residencias de ancianos, todo ello teniendo en cuenta las perspectivas del paciente. ^(6,7)

Restrepo J (2017) señala que es necesario que se produzcan cambios, especialmente en la forma en que la nutrición es entendida y aplicada en el hospital, especialmente por los médicos. No es suficiente solo con suministrar una dieta, sino que también hay que proporcionar la cantidad correcta, variedad y calidad de los alimentos y/o nutrientes ajustadas a su estado clínico, así como cubrir el 100% de sus necesidades nutricionales y, además, debe hacerse en el momento preciso. La prescripción de una dieta oral equivocada tiene consecuencias negativas sobre el paciente desde el punto de vista de la morbilidad y la calidad de vida ⁽⁸⁾.

Según el Consenso de Nomenclaturas de Dietas de la CODINUCAT, 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, así como respetar ideologías y/o creencias. Las dos señales 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 ⁽⁹⁾.

La adecuación del manual y el código de dietas a las características individuales de cada centro, incluyendo las dietas necesarias y eliminando aquellas repetidas, con indicaciones similares o no adecuadas para dicho centro, puede ayudar a minimizar errores de prescripción, indicación y circuito, mejorando la seguridad del paciente ^(10,11).

En torno a la problemática que genera no disponer de nomenclaturas de dietas hospitalarias específicas o de protocolos acordes que permitan trabajar de manera sincronizada dentro del equipo multidisciplinar, el presente trabajo tiene por objetivo caracterizar la nomenclatura de las dietas hospitalarias desde la revisión de la literatura. Como objetivos específicos; Determinar la existencia de protocolos o guías de manejo en relación a las nomenclaturas de dietas hospitalarias; Describir los cambios o actualizaciones en relación a las nomenclaturas hospitalarias e Identificar la implementación de las actualizaciones.

Materiales y Métodos

El diseño del estudio corresponde a una revisión de la literatura donde se utilizaron artículos en inglés, español y portugués publicados desde el 2019 al 2024 en los sitios de búsqueda Pubmed, Science Direct o Nutrition Research, Oxford Academic y Google Scholar, Con la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las nomenclaturas de dietas hospitalarias utilizadas según la revisión de la literatura?, incluyendo las palabras claves: Dietas hospitalarias, nomenclaturas y revisión. Para combinar estos términos se empleó los operadores booleanos combinados (AND, OR y NOT).

En cuanto a los criterios de selección; se incluyeron artículos originales, revisiones narrativas, manuales o protocolos, así como Guías de revistas de alto impacto que hayan sido publicados o realizados en los últimos 5 años, en español, inglés o portugués. Se excluyeron protocolos o guías, así como

manuales que no resalten las nomenclaturas de dietas atendiendo a la prescripción o situación clínica, Aquellos estudios que no mencionen el uso de las nomenclaturas de dietas hospitalarias y Publicaciones científicas cuyo acceso completo sea de pago. No se consideran cartas al editor.

Análisis de la fuente de información y calidad metodológica.

Se tuvo en cuenta la metodología PRISMA. La declaración PRISMA 2020 ha sido diseñada principalmente para revisiones sistemáticas

de estudios que evalúan los efectos de las intervenciones sanitarias, independientemente del diseño de los estudios incluidos.

Asuntos éticos

Se declara la no existencia de conflictos de intereses financieros, personal y profesional. La revisión no está influenciada por intereses comerciales de alguna otra índole.

Los derechos de autor, las propiedades intelectuales de las bibliografías revisadas, así como los resultados fueron respetados.

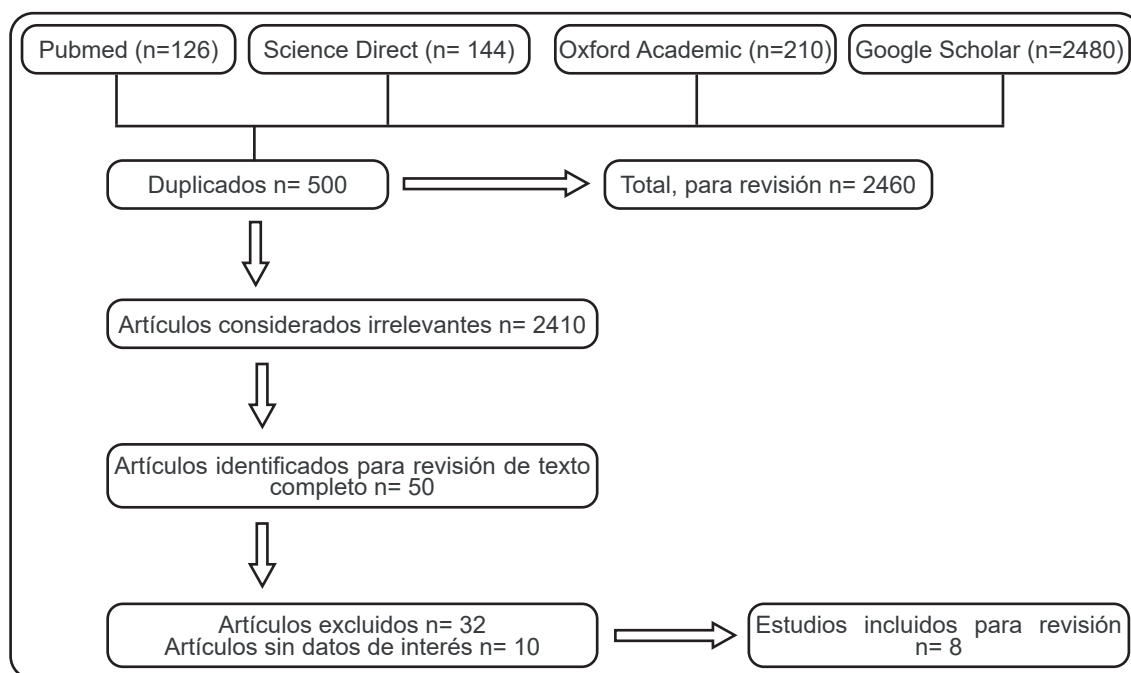


Figura 1. Diagrama de flujo que describe la identificación y selección de artículos.

Resultados

Un total de 2960 estudios fueron identificados con 500 duplicados. Registrados para revisión de texto completo 50 estudios y de ellos 8 cumplieron con los criterios de inclusión del trabajo de investigación (Figura 1). Se incluyeron estudios primarios y guías acorde a las nomenclaturas de dietas hospitalarias (Tabla 1). En cuanto a los objetivos, se pudo determinar la existencia de protocolos, guías y manuales direccionados al manejo o al uso de las nomenclaturas de dietas hospitalarias. Últimamente se ha debatido sobre las nomenclaturas y por ende por consenso o

actualizaciones se han visto algunos cambios no lejanos a lo ya establecido como consta en los estudios y guías revisados (n=8). Algunos de los estudios primarios incluidos en la revisión contemplan el uso de las nomenclaturas de dietas hospitalarias de acuerdo a la situación clínica.

Para este trabajo se incluyeron 8 referencias. En la tabla 1 se presentan los detalles de los estudios seleccionados, siendo el periodo de publicación desde 2019 a 2024.

Referencias	Tipo de estudio	Patología	Nomenclatura de dieta	Conclusiones o comentarios
Arvanitakis M et al (2024) ⁽¹²⁾	Guía práctica de la ESPEN sobre nutrición clínica en pancreatitis aguda y crónica	Pancreatitis aguda y crónica.	Dieta oral blanda y baja en grasas al reiniciar la alimentación oral en la pancreatitis aguda leve	La alimentación oral inmediata con una dieta blanda parece ser más beneficiosa en cuanto a la ingesta calórica y es igualmente tolerada en comparación con las dietas líquidas claras.
Barrera L et al (2024) ⁽¹³⁾	Revisión Paneles de expertos en dietas cetogénicas y nutraceuticos: “KetoNut”, Sociedad Italiana de Nutraceuticos (SINut) y Asociación Italiana de Dietética y Nutrición Clínica (ADI)	Sobrepeso y trastornos metabólicos relacionados con la obesidad.	Terapia Cetogénica de Muy Bajo Contenido Energético (VLEKT).	La confusión en la nomenclatura de las dietas cetogénicas puede dar lugar a sesgos significativos y errores en la interpretación de la evidencia científica actual.
Araujo I et al (2020) ⁽¹⁴⁾	Manual de dietas hospitalarias Hu - UNIVASF	Acorde a la situación clínica	Al utilizar este manual, se deben seguir las prescripciones dietéticas de acuerdo con la nomenclatura estandarizada de acuerdo a la consistencia (Dieta liviana, dieta blanda, dieta líquida completa, dieta líquida espesa, dieta líquida restringida, dieta líquida de prueba, dieta sin gluten)	El nutricionista realiza la prescripción nutricional indicada para el paciente. La nomenclatura de las dietas prescritas van acorde a la patología sin cambios a lo que normalmente se maneja.
KDIGO 2024 ⁽¹⁵⁾	Guía de práctica clínica KDIGO 2024 para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica.	En adultos con Enfermedad Renal Crónica (ERC) que estén en riesgo de insuficiencia renal, considere prescribir, bajo estrecha supervisión.	Una dieta muy baja en proteínas (0,3–0,4 g/kg de peso corporal/día) suplementada con aminoácidos esenciales o análogos de cetos ácidos (hasta 0,6 g/kg de peso corporal/día).	No prescribir dietas bajas o muy bajas en proteínas a personas con ERC metabólicamente inestables.

Andrade N et al (2022) ⁽¹⁶⁾	Dieta oral en el ambiente hospitalario: posicionamiento de BRASPEN	Dieta oral hospitalaria modificada en consistencia acorde a la situación clínica	Incluye siete etapas de progresión, que son, según la nomenclatura adoptada en los servicios: "normal, general o libre", "blando", "pastoso" o semisólido", "pastoso homogéneo o cremoso", "semilíquido o cremoso", "líquido o líquido completo" y "líquido restringido"	El documento contempla una evolución histórica de la dieta oral hospitalaria (DOH); contextualiza y estandariza la DOH modificada en relación a consistencias, calorías y nutrientes; enfatiza la protección de la hora de comer y los factores que interfieren con la ingesta de DOH; aborda cómo implementar DOH a través de la gastronomía hospitalaria.
Zulueta M et al (2023) ⁽¹⁷⁾	Abordaje dietético de la disfagia orofaríngea en establecimientos de salud públicos y privados de la República Argentina, año 2021: Estudio Exploratorio	Disfagia orofaríngea	En cuanto a la nomenclatura de las dietas de textura modificada, no existe uniformidad entre las instituciones relevadas y solo una minoría utilizaba la nomenclatura propuesta por el estándar internacional de homologación de texturas (IDDS).	En la mayoría de los casos no existían equipos interdisciplinarios para el abordaje de la DOF (disfagia orofaríngea). Tampoco existían planes de alimentación de textura modificada tipificados ni consenso respecto a la nomenclatura para describirlos.
Pires, M. E et al (2024) ⁽¹⁸⁾	Relación entre la aceptación de dietas hospitalarias y el estado nutricional de las personas mayores hospitalizadas. Estudio descriptivo de corte transversal.	Adultos mayores hospitalizados	Las dietas ofrecidas a los adultos mayores atendiendo a la nomenclatura fueron: dieta libre, hiposódica, dieta para diabetes, pastosa, hiperproteica, hiperproteica, hipercalórica)	Los resultados obtenidos demuestran la importancia de un seguimiento nutricional eficaz en el tratamiento de las personas mayores hospitalizadas, destacando la importancia de las dietas hospitalarias, para prevenir los riesgos relacionados con la desnutrición y así mejorar el estado clínico del paciente.

Ribeiro I et (2022) (19)	Aceptabilidad de la dieta hospitalaria en pacientes ingresados en hospitales públicos y privados. Revisión narrativa.	Acorde a la situación clínica.	Los tipos de dietas utilizadas en los hospitales son las dietas de rutina, conocidas como dietas generales, blandas, pastosas, ligeras y líquidas, además de las dietas de rutina modificadas que se clasifican en dietas laxantes, dietas restringidas en sodio, hipercalóricas e hiperproteicas, hipoproteicas, hiposódicas y hipopotasémica, dieta para diabetes, dieta hipocalórica, entre otras.	El uso de técnicas gastronómicas en el ámbito hospitalario proporciona a los pacientes calidad nutricional, evolución clínica positiva en relación a las enfermedades, además de despertar el interés por comer durante la hospitalización.
--------------------------	---	--------------------------------	---	---

Tabla 1. Detalles de estudios incluidos.

Discusión

Según el Consenso de Nomenclaturas de Dietas del consenso del Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña CODINUCAT, se debe 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, así como, no designar las dietas mediante las diferentes texturas en que se pueden presentar, dado que son solo una característica física de la dieta 9. Sin embargo, la Guía práctica de la ESPEN (2024)⁽¹²⁾ sobre nutrición clínica en pancreatitis aguda y crónica recomienda la dieta oral blanda haciendo referencia a la textura, no obstante, menciona que esta debe ser baja en grasas al reiniciar la alimentación oral en la pancreatitis aguda leve). Barrera L et al (2024)⁽¹³⁾ en la Revisión de Paneles de expertos en dietas cetogénicas y nutracéuticos: “KetoNut”, Sociedad Italiana de Nutracéuticos (SINut) y Asociación Italiana de Dietética y Nutrición Clínica (ADI), unificaron la nomenclatura a Terapia Cetogénica de Muy Bajo Contenido Energético (VLEKT), concluyendo que la confusión en la nomenclatura de las dietas cetogénicas puede dar lugar a sesgos significativos y errores en

la interpretación de la evidencia científica actual. Araujo I et al (2020)⁽¹⁴⁾ señalan que se deben seguir las prescripciones dietéticas de acuerdo con la nomenclatura estandarizada de acuerdo a la consistencia (Dieta liviana, dieta blanda, dieta líquida completa, dieta líquida espesa, dieta líquida restringida, dieta líquida de prueba, dieta sin gluten). Andrade N et al (2022)^(15,16) sobre la “Dieta oral en el ambiente hospitalario: posicionamiento de BRASPEN” indican que la misma incluye siete etapas de progresión, que son, según la nomenclatura adoptada en los servicios: “normal, general o libre”, “blando”, “pastoso” o semisólido”, “pastoso homogéneo o cremoso”, “semilíquido o cremoso”, “líquido o líquido completo” y “líquido restringido”. Zulueta M et al (2023)⁽¹⁷⁾ con respecto al abordaje dietético de la disfagia orofaríngea en establecimientos de salud públicos y privados de la República Argentina, año 2021: Estudio Exploratorio, en cuanto a la nomenclatura de las dietas de textura modificada, no existe uniformidad entre las instituciones relevadas y solo una minoría utilizaba la nomenclatura propuesta por el estándar internacional de homologación de texturas (IDDS).

En el grupo CODINUCAT señalan que 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; como la denominación de la patología para la que están indicadas (dieta diabética, dieta hepática, dieta renal, dieta gástrica)⁽⁹⁾. KDIGO 2024⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ recomienda en adultos con ERC que estén en riesgo de insuficiencia renal, considere prescribir, bajo estrecha supervisión una dieta muy baja en proteínas (0,3–0,4 g/kg de peso corporal/día) suplementada con aminoácidos esenciales o análogos de cetoácidos (hasta 0,6 g/kg de peso corporal/día). Pires, M. E et al (2024)⁽¹⁸⁾ mencionan que las dietas ofrecidas a los adultos mayores atendiendo a la nomenclatura fueron; dieta libre, hiposódica, dieta para diabetes, pastosa, hiperproteica, hiperproteica, hipercalórica). Ribeiro I et (2022)⁽¹⁹⁾ señalan que los tipos de dietas utilizadas en los hospitales son las dietas de rutina, conocidas como dietas generales, blandas, pastosas, ligeras y líquidas, además de las dietas de rutina modificadas que se clasifican en dietas laxantes, dietas restringidas en sodio, hipercalóricas e hiperproteicas, hipoproteicas, hiposódicas y hipopotasémica, dieta para diabetes, dieta hipocalórica, entre otras.

La alimentación hospitalaria es un proceso cambiante que debe adaptarse a la evolución de la enfermedad. Las dietas habituales, es decir, las dietas estándar y las dietas hospitalarias, deben prescribirse en función del riesgo y el estado nutricional^(20, 21).

En los últimos años, algunos autores se han centrado en el tema de la confusión en la nomenclatura de las dietas cetogénicas. Trimboli et al y Volek et al. Intentaron cambiar la nomenclatura de las dietas cetogénicas, proponiendo definir “dietas cetogénicas” a todas las dietas caracterizadas por una restricción drástica de carbohidratos. Como se informó en la reciente declaración de consenso de la Sociedad Italiana de Hematología (SIE) sobre la terapia nutricional cetogénica (KeNuT), se recomienda una ingesta diaria de proteína de un mínimo de 0,8 g por kg de peso corporal, y no debe exceder

los 1,5 g por kg de peso corporal ideal. Una ingesta excesiva de proteínas en un estado de restricción energética se convertirá en glucosa por gluconeogénesis, y esto puede tener un impacto negativo en el logro de la cetosis nutricional⁽²²⁻²⁵⁾.

Los hallazgos a través de la presente revisión no muestran cambios significativos en las nomenclaturas, sin embargo, existen algunos acercamientos en relación al consenso de la CODINUCAT. Una de las principales limitaciones fue la escasez de trabajos en relación a las nomenclaturas de dietas hospitalarias, en especial de diseño prospectivo analítico; las nomenclaturas generalmente son mencionadas por algunas guías de manejo, no obstante, la presente revisión podría ser el punto de partida o modelo para posteriores trabajos en relación a las nomenclaturas de dietas hospitalarias.

Conclusión

Atendiendo a los objetivos de la presente revisión surgen las siguientes conclusiones:

Se pudo determinar la existencia de protocolos o guías, así como manuales de manejo en relación a las nomenclaturas de dietas hospitalarias.

Al evaluar los estudios y guías no se ha observado cambios mayormente en relación a las nomenclaturas, sin embargo, en algunos existe acercamiento al consenso CODINUCAT.

La implementación de las actualizaciones no se ve reflejada en la mayoría de los estudios de la revisión, esto debido a que no existe un modelo o protocolo a seguir en cuanto a las nomenclaturas de dietas hospitalarias en la mayoría de los nosocomios.

Recomendaciones

Para la práctica.

Es necesario que en la práctica profesional se trabaje con las guías o consenso más actuales en relación a las nomenclaturas de dietas hospitalarias, así también en la elaboración de protocolos que se unifiquen a nivel nacional para trabajar de manera coordinada con todo el equipo multidisciplinario de cada hospital y

qué luego el mismo pueda ser publicado para su mayor conocimiento y aplicación no solo en el país.

Una vez obtenido o establecido el protocolo será fundamental la capacitación para familiarizar al equipo multidisciplinar sobre las nuevas nomenclaturas

Futuras investigaciones.

Lograr mayores resultados a través de nuevas publicaciones que reflejen el manejo de las nomenclaturas de dietas hospitalarias en los servicios de salud del país en torno a un estudio multicéntrico.

Contribución de los autores: Todos los autores contribuyeron con el diseño, análisis, interpretación de los datos, redacción del trabajo, revisión crítica del contenido y aprobación final para su publicación.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de interés.

Fuente de Financiación: El presente reporte de caso no requirió financiación.

Referencias Bibliográficas

1. Sirvent Ochando M, Arribas Hortigüela L, Álvarez Hernández J. Calidad y seguridad en nutrición clínica. *Nutr Hosp* 2022;39 (1):31-36. doi:10.20960/nh.04067.
2. Ferreira A, Bordón C, Morínigo M, Serra L, Samudio L, Aguilar A, et al. Latin American Study on parenteral and enteral nutritional therapy- ELANPE Study ELANPE Group. *Nutrition*. 2025; 129: 112590. doi: 10.1016/j.nut.2024.112590.
3. Williams C, van der Meij BS, Nisbet J, McGill J, Wilkinson SA. Nutrition process improvements for adult inpatients with inborn errors of metabolism using the i-PARIHS framework. *Nutr Diet* 2019;76(2):141-9. doi: 10.1111/1747-0080.12517.
4. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019; 38:10e47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.
5. Arends J, Bachmann P, Baracoa V, Barthelme N, Bert H, Rossetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017; 36:11e48. doi: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.
6. Fiaccadori E, Sabatino A, Barazzoni R, Carrero JJ, Cupisti A, De Waele E, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in hospitalized patients with acute or chronic kidney disease. *Clin Nutr* 2021; 40:1644e68. doi: 10.1016/j.clnu.2021.01.028.
7. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr*. 2021;40(12):5684-5709. doi: 10.1016/j.clnu.2021.09.039.
8. Rabat Restrepo J. ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales? *Nutr Clin Med* 2017; 11 (1): 9-25.
9. CODINUCAT - Colegio de Dietistas de Cataluña. Consenso sobre la nomenclatura de dietas hospitalarias. Grupo de trabajo de nutrición clínica. Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya, Barcelona. 2021
10. ESPEN-The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Guidelines. <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>.
11. Castillo PJC, Gómez GA, Velasco N, Díaz-Pizarro GJI, Matos A, Mijan de la Torre A. Nutrition al Assessment of hospitalized patient in Latin America: association with prognosis variables: The ENHOLA study. *Nutr Hospi*. 2016; 33(3): 655-62. doi: 10.20960/nh.275.
12. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, Gianotti L, Krznaric Z, Lobo D, et al. ESPEN practical guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. *ClinicalNutrition* . 2024; 43(2):395-412. doi: 10.1016/j.clnu.2023.12.019.
13. Barrea L, Caprio M, Grassi D, Giuseppe Cicero A, Bagnato C, Paolini B, et al. A New Nomenclature for the Very Low-Calorie Ketogenic Diet (VLCKD): Very Low-Energy Ketogenic Therapy (VLEKT). Ketodiets and Nutraceuticals Expert Panels: "KetoNut", Italian Society of Nutraceuticals (SINut) and the Italian Association of Dietetics and Clinical Nutrition (ADI). *Current Nutrition Reports* 2024; 13:552-556. doi: 10.1007/s13668-024-00560-w.
14. 14.Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease Kidney International. *Kidney Int*. 2024; 105 (4):117-314. doi: 10.1016/j.kint.2023.10.018.
15. Andrade N, De Oliveira P, Paiva S. Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. *BRASPEN J* 2022; 37(3): 207-27. doi: 10.37111/braspenj.2022. BRASPEN_dietaral
16. Zulueta M, Ferreira M, Rainieria M, Freijoa M, Chavesa A, Sosa R et al. Abordaje dietético de la disfagia orofaríngea en establecimientos de salud públicos y privados de la República Argentina, año 2021: Estudio Exploratorio. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2023; 27(1): 63-71. doi: 10.14306/renhyd.27.1.1825.
17. Araujo I, Alves M, Nunes P, Dos Anjos R, Da Silva R. Manual de dietas hospitalarias Hu - UNIVASF. Petrolina-PE HU-UNIVASF. 2020:2-40
18. Pires ME, Haertel MCO da S, Nascimento BS do, Buffarini R, Pretto ADB. Relação da aceitação de dietas hospitalares e o estado nutricional de idosos hospitalizados. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*. 2024; 18(113), 257-265.
19. Ribeiro IE; Da Cruz MO de A; De Souza WR; Bezerra P de OS; Santos LG; Nascimento FSQ; et al. Aceitabilidade de dieta hospitalar em pacientes internados em hospitais públicos e privados: Acceptability of hospital diet in patients in public and private hospitals. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022; 5 (5): 20112-20124. doi: 10.34119/bjhrv5n5-185.

20. Garriga GM, de las Heras A. Dietética hospitalaria y gastronomía saludable. *Nutr Hosp* . 2018; 35(4): 140-5. doi:10.20960/nh.2140.
21. Trimboli P, Castellana M, Bellido D, Casanueva FF. Confusion in the nomenclature of ketogenic diets blurs evidence. *Rev Endocr Metab Disord*. 2020;21(1):1-3. doi: 10.1007/s11154-020-09546-9.
22. Barrea L, Caprio M, Camajani E, Verde L, Perrini S, Cignarelli A, et al. Ketogenic nutritional therapy (KeNuT)-a multi-step dietary model with meal replacements for the management of obesity and its related metabolic disorders: a consensus statement from the working group of the Club of the Italian Society of Endocrinology. *J Endocrinol Invest*. 2024; 47:487-500. doi: 10.1007/s40618-023-02258-2.
23. Ramazani E, Akaberi M, Emami SA, Tayaran-Najaran Z. Biological and Pharmacological Effects of Gamma oryzanol an Updated Review of the Molecular Mechanisms. *Curr Pharm Des*. 2021; 27:2299-316. doi: 10.2174/1381612826666201102101428.
24. Rafullah M, Musambil M, David SK. Effect of a very low-carbohydrate ketogenic diet vs recommended diets in patients with type 2 diabetes a meta-analysis. *Nutr Rev*. 2022; 80:488-502. doi: 10.1093/nutrit/nuab040.
25. Volek JS, Phinney SD, Krauss RM, Johnson RJ, Saslow LR, Gower B, et al. Alternative Dietary Patterns for Americans: Low Carbohydrate Diets. *Nutrients*. 2021;13(10):3299-321. doi: 10.3390/nu13103299.