



DOCUMENTO DE CONSENSO FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL NUTRICIONISTA CLÍNICO

Primera Actualización

COORDINACIÓN GENERAL

Msc. Lcda. María Cristina Portillo, Paraguay.
Msc. Lcda. Claudia P. Maza Moscoso, Guatemala.

Comité Nutricionistas de FELANPE

2023-2025

Asesoras:

Dra. Lilia Yadira Cortes Sanabria., ND., MSc., PhD., Colombia

Lcda. Marisa Canicoba, Especialista en Nutrición Clínica, Argentina

Lcda. Claudia Angarita Gómez, Especialista en Nutrición Clínica, Colombia

Lcda. Graciela Visconti, Certificada Experta en Soporte Nutricional, Argentina

Lcda. Inés Bertero, Especialista en Nutrición Infantil, Argentina

AÑO 2025



AGRADECIMIENTOS

El presente Documento de Consenso actualizado se erige sobre los sólidos cimientos establecidos por el "Documento de Consenso: Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico" de 2012. Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a las autoras de aquel trabajo pionero Marisa Canicoba, Gertrudis A. de Baptista, Graciela Visconti y todo el plantel de Coordinadores e Integrantes de las sociedades científicas miembros de la FELANPE.

Su visión y esfuerzo sentaron un marco referencial esencial para la práctica profesional del Nutricionista Clínico en Latinoamérica, buscando unificar criterios y fortalecer el ejercicio de la profesión en la región. Este documento original no solo fue innovador, sino que sirvió como el punto de partida fundamental para establecer y guiar la práctica nutricional clínica que hoy continuamos desarrollando y actualizando.

Tabla 1. Plantel de Coordinadores e integrantes de sociedades científicas.

PAISES	SOCIEDADES CIENTIFICAS	NUTRICIONISTA
ARGENTINA	AANEP (Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral)	COORDINADORA: Graciela, Visconti Nutricionistas: Andrea Baistrocchi Romina Barritta Inés Bertero Mariana Fariaz Silvina Salinas Yanina Zwenger
BRASIL	SBNPE (Sociedad Brasileira de Nutricao Parenteral e Enteral)	COORDINADORA: Denise van Aanholt Nutricionistas: Leticia Campos Luciana Coppini
CHILE	ACHINUMET (Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo)	COORDINADORA: Alejandra Parada Daza Nutricionistas: Emma Días Gasset Sandra Lara González Karen Riedemann Salazar
CUBA	SCNCM (Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo)	COORDINADOR: Alexander G. Domínguez Nutricionistas: Darilys Arguelles Barreto Zoila Bell Benavides Mabel Cillero Romo Dayami de la Cruz Hernández Aida Esplugas Montoya Alina María Jiménez Sosa Carmen Plasencia Rodríguez Martha Pérez Santana
EL SALVADOR	ASANPEN (Asociación Salvadoreña de Nutrición Parenteral y Enteral)	Johanna Samayoa

MÉXICO	AMAEE (Asociación Mexicana de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional)	COORDINADORA: María Dolores Flores Solís Nutricionistas: Yenni Elvia Cedillo Juárez Angela Kimura Ovando Ma. del Carmen Mata Obregón Hilda Novelo Huerta Maria Alejandra Sánchez Peña Carolina Solís Alemán
PANAMA	Asociación Panameña de Nutrición Clínica y Metabolismo	COORDINADORA: Yakeidi Rodríguez Nutricionistas: Eyleen Carrizo Daisy Gordon Kirenia Petterson Johanna Sirias
PARAGUAY	Sociedad Paraguaya de Nutrición	COORDINADORA: Clara Galeano Nutricionistas: Alicia Báez Cinthia Figueredo Laura Joy Estela Servin
PERÚ	ASPETEN (Asociación Peruana de Terapia Nutricional)	COORDINADORA: Marita Lozano Nutricionistas: Isabel Acevedo Rique Saby Mauricio Alza Juan Ramón Morales Maria Julia Llacsahuanga Gladys Panduro Vásquez Gladys Valero Llamosas Rocío Vásquez Rojas Gabriella Ugarelli Galarza
URUGUAY	SUNUT Sociedad Uruguaya de Nutrición	COORDINADORA: Serrana Tihista Nutricionistas: María del Carmen Yunes Dora Mira.

Fuente. Documento de Consenso: Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico" de 2012.

Al mismo tiempo, extendemos nuestro más sincero agradecimiento a las asesoras Dra. Lilia Yadira Cortes Sanabria, Lcda. Marisa Canicoba, Lcda. Claudia Angarita Gómez, Lcda. Graciela Visconti y a la Lcda. Inés Bertero, quienes, con su vasta experiencia y conocimiento, guiaron este proceso de actualización.

Asimismo, agradecemos profundamente a todo el plantel de nutricionistas representantes de las sociedades científicas miembros de la FELANPE listados en este documento (Tabla 2), por haber colaborado activamente en esta primera actualización. Sus aportaciones desde cada país fueron cruciales para enriquecer y validar el contenido, asegurando que este consenso refleje los avances científicos y las necesidades actuales de la nutrición clínica en Latinoamérica.

La colaboración de todos ellos ha sido fundamental para lograr una actualización robusta y representativa, que construye sobre el legado del documento original para seguir impulsando la excelencia en la nutrición clínica en la región.

Tabla 2. Representantes de sociedades científicas miembros de FELANPE

PAISES	SOCIEDADES CIENTIFICAS	NUTRICIONISTA
ARGENTINA	AANEP (Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral)	Adriana Horrisberguer
BOLIVIA	Asociación Boliviana de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional	Janett Karla Rodriguez Fernandez
BRASIL	SBNPE/BRASPEN (Sociedad Brasileira de Nutricao Parenteral e Enteral)	Denisse Van holt
CHILE	ACHINUMET (Asociación Chilena de Nutrición Clínica, Obesidad y Metabolismo)	Gabriela Carrazco
COLOMBIA	ACNC (Asociación Colombiana de Nutrición Clínica)	Esperanza Moncada
COSTA RICA	ACONEP (Asociación Costarricense de Nutrición Enteral y Parenteral)	Paola Sanchez Arce Valeria Trejos Espinoza
CUBA	SCNCM (Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo)	Martha Beatriz Pérez Santana
EL SALVADOR	ASANPEN (Asociación Salvadoreña de Nutrición Parenteral y Enteral)	Maricela Morales
GUATEMALA	ANUMGUA (Asociación de Nutrición Clínica y Metabolismo de Guatemala)	Rebeca Hernández
MÉXICO	CMNCTN (Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional)	Vanessa Mota
PANAMA	Asociación Panameña de Nutrición Clínica y Metabolismo	Monica Montenegro
PARAGUAY	Sociedad Paraguaya de Nutrición	Raquel Franco Mónica Lesme
PERÚ	ASPETEN (Asociación Peruana de Terapia Nutricional)	Paolo Diaz Motín
URUGUAY	SUNUT Sociedad Uruguaya de Nutrición	María del Carmen Yañez

Fuente. Elaboración propia del informe de actualización

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	0
SECCIÓN I.....	7
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGÍA.....	10
SECCIÓN II	11
PRESENTACIÓN	11
OBJETIVOS DEL CONSENSO ACTUALIZADO	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	12
PRINCIPALES DEFINICIONES	12
Nutricionista Clínico.....	12
a. Objeto de trabajo	12
b. Modo de actuación.....	12
c. Ámbitos de desempeño.....	13
COMPETENCIAS.....	13
a. Competencias básicas	13
b. Competencias personales.....	14
c. Competencias profesionales	14
PERFIL Y ALCANCE PROFESIONAL	15
a. Perfil del profesional Nutricionista Clínico	15
b. Alcances del profesional Nutricionista Clínico	15
FUNCIONES.....	15
a. Funciones administrativas.	15
b. Funciones de docencia e investigación.....	15
c. Funciones asistenciales.....	15
1. Funciones específicas para el proceso de cuidado nutricional	16
1.1 Proceso de cuidado nutricional en el paciente adulto	16
1.1.1 Tamizaje nutricional	16
1.1.2 Evaluación nutricional en el paciente adulto	16
1.1.3 Diagnóstico nutricional del paciente adulto	17
1.1.4 Intervención nutricional.....	17

1.1.5	Monitoreo y evaluación de los resultados	19
1.1.6	Elaboración de la historia clínica nutricional	19
1.1.7	Estandarización de los registros en la historia clínica	19
1.1.8	Planificación del alta y transiciones de cuidado	19
1.2	Proceso de cuidado nutricional en el paciente pediátrico	20
1.2.1	Tamizaje nutricional	20
1.2.2	Identificación de la desnutrición.....	21
1.2.3	Evaluación nutricional objetiva	21
1.2.4	Evaluación bioquímica	22
1.2.5	Examen clínico	23
	INDICADORES DE CALIDAD EN NUTRICIÓN CLÍNICA	24
1.	Indicadores de calidad en Nutrición Clínica.....	24
1.1.	Indicadores estructurales	24
1.2.	Indicadores de Proceso	24
1.3.	Indicadores de Resultado	24
1.4.	Indicadores de Seguridad.....	25
1.5.	Métodos para Evaluar los Indicadores de Calidad	25
1.6.	Desafíos y Oportunidades en la Mejora de la Calidad	25
	RECOMENDACIONES	26
	NOMINACION DEL MODELO PROFESIONAL	27
	NORMATIVAS SOBRE LA PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL	28
	CONCLUSIONES.....	35
	BIBLIOGRAFIA	35
	GLOSARIO DE TÉRMINOS	39
	GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plantel de Coordinadores e integrantes de sociedades científicas.....	1
Tabla 2. Representantes de sociedades científicas miembros de FELANPE.....	3
Tabla 3. Indicadores antropométricos con puntaje Z (Z-score).....	22
Tabla 4. Indicadores de circunferencia cintura talla > 6 años.....	22
Tabla 5. Evaluación bioquímica.....	23
Tabla 6. Indicadores antropométricos de desnutrición utilizando una o varias mediciones.....	23
Tabla 7. Nominación del modelo profesional por país.....	27
Tabla 8. Normativas sobre la práctica clínica nutricional.....	30

SECCIÓN I

INTRODUCCIÓN

La nutrición clínica es una ciencia interdisciplinaria y aplicada, que se ocupa de la atención integral de personas que requieren cuidados nutricionales especializados. Se centra en la comprensión y manejo de los cambios nutricionales y metabólicos asociados con las enfermedades agudas y crónicas. Su objetivo principal es aplicar los principios de cuidado nutricional, para garantizar un equilibrio nutricional y modular funciones biológicas a fin de influir positivamente en la homeostasis del individuo, en cualquier tratamiento médico y en los resultados de salud (1)

El Consenso de Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico, elaborado en el 2012, constituye un marco referencial para la práctica profesional en Latinoamérica. Sin embargo, los avances científicos y tecnológicos junto con los cambios en los perfiles epidemiológicos de las enfermedades exigen una actualización que refleje las necesidades actuales de los sistemas de salud, las demandas de los pacientes y los estándares internacionales en nutrición clínica (2–5)

A pesar de los esfuerzos realizados para estandarizar las competencias del Nutricionista Clínico, su implementación uniforme, esto aún no se ha logrado entre los países de Latinoamérica; lo que podría deberse a la diversidad de legislaciones, perfiles formativos y prácticas profesionales. Esto ha generado diferencias en la calidad de la atención nutricional, reflejadas en la alta prevalencia de desnutrición hospitalaria, datos que no han cambiado mucho en los últimos años (44.9-55.2%) según estudios realizados en América Latina. Esta condición se asocia con estancias hospitalarias más prolongadas, mayores costos y tasas elevadas de mortalidad, agravándose cuando la ingesta de nutrientes se reduce al 25% o menos, con un impacto significativo en la mortalidad hospitalaria (6–9).

JUSTIFICACIÓN

La actualización del Consenso de Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico surge de la necesidad de fortalecer la práctica profesional en Latinoamérica y responder a los retos actuales del proceso del cuidado nutricional.

Este documento revisado permitirá:

- Unificar criterios profesionales brindando lineamientos actualizados que favorezcan la práctica homogénea y basada en la evidencia científica.
- Fortalecer la formación profesional, sirviendo como referencia para las instituciones educativas en la actualización de currículos que aborden los avances en diagnóstico y tratamiento nutricional.
- Optimizar los resultados clínicos al proveer de herramientas prácticas, que mejoren la evaluación, diagnóstico, intervención y monitoreo nutricional, impactando en forma positiva en la calidad de vida de los pacientes.
- Promover la profesionalización al aumentar el reconocimiento del Nutricionista Clínico como un actor clave en los equipos de salud interdisciplinarios, fortaleciendo su rol en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.

OBJETIVOS

Objetivo general

Actualizar el Documento de Consenso: Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico de acuerdo con los avances científicos y las necesidades actuales de la nutrición clínica.

Objetivos específicos

- Definir la terminología que hace referencia al profesional de la nutrición de acuerdo con el país.
- Identificar y analizar la duración de las consultas ambulatorias, la proporción o ratio de nutricionistas por número de camas/especialidades y el número de nutricionistas requeridos según la complejidad de las instituciones.

METODOLOGÍA

Primera etapa: Actualización de las recomendaciones.

Para optimizar los recursos, el documento original se dividió en partes; cada responsable plantea el tema que considera necesario actualizar y elabora las recomendaciones para la actualización del consenso.

A fin de asegurar una actualización robusta y colaborativa, se estableció un proceso metodológico que involucró a la Coordinación del periodo actual y a un equipo de expertas de Past-Coordinadores del Comité de Nutricionistas de la FELANPE.

El desarrollo de este trabajo se llevó a cabo mediante un enfoque colaborativo, utilizando herramientas digitales para facilitar la comunicación y el intercambio de información. A continuación, se detallan las estrategias y procedimientos empleados:

- Reuniones virtuales

El equipo de trabajo llevó a cabo reuniones periódicas a través de la plataforma de videoconferencia Google Meet. Estas reuniones tuvieron el propósito de coordinar actividades, discutir avances y tomar decisiones sobre el contenido y estructura del documento. La periodicidad de las reuniones fue trimestral, y cada sesión tuvo una duración promedio de 60 minutos.

- Gestión del correo electrónico del comité

Para centralizar la comunicación y agilizar la organización, se creó una dirección de correo electrónico exclusiva para el comité: felanpecomitnutricion2024@gmail.com. Esta dirección fue utilizada para la recepción de documentos, envío de notificaciones y consultas relacionadas con el desarrollo del trabajo.

- Gestión del documento en Google Drive

Para garantizar un acceso eficiente y actualizado al documento, se utilizó Google Drive como plataforma de almacenamiento y edición colaborativa. El archivo fue compartido entre los integrantes del equipo, permitiendo que todos contribuyeron en tiempo real con comentarios, ajustes y nuevas aportaciones. Esta herramienta facilitó el seguimiento de los cambios y la integración de las revisiones de manera ágil y transparente.

- Flujo de trabajo y roles

Durante el desarrollo del proyecto, se asignaron roles específicos a cada integrante del equipo, con el objetivo de optimizar el proceso de elaboración del documento. Esto incluyó responsabilidades como la redacción, revisión, edición y consolidación del contenido final.

- Control de versiones

Se llevó un control riguroso de las versiones del documento, lo que permitió garantizar la coherencia y consistencia de los cambios realizados en cada etapa del proceso.

Segunda etapa: Someter este documento al Comité de Educación, y a cada una de las sociedades científicas para su revisión por parte de un representante nutricionista nombrado por la Comisión/Junta Directiva.

Tercera etapa: recopilación y análisis de los aportes y publicación.

SECCIÓN II

DOCUMENTO DE CONSENSO FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL NUTRICIONISTA CLÍNICO. (Primera actualización)

PRESENTACIÓN

Ante la necesidad de mantener la práctica profesional alineada a los avances científicos y las demandas actuales del sistema de salud, esta actualización busca consolidar al Nutricionista Clínico como un profesional altamente capacitado, con enfoque ético y basado en la evidencia, que contribuya de forma significativa al bienestar y recuperación del paciente dentro del equipo multidisciplinario.

La nutrición clínica como disciplina interdisciplinaria y aplicada ha experimentado un desarrollo significativo en los últimos años. El primer “Documento de Consenso: Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico”, pionero en Latinoamérica, buscó unificar criterios profesionales y fortalecer la práctica del Nutricionista Clínico en la región (2)

Desde entonces, el panorama de la nutrición clínica ha evolucionado, impulsado por nuevas investigaciones y tecnología que amplían la comprensión del rol de la nutrición en la salud y la enfermedad. El aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles exige un abordaje nutricional mucho más específico y complejo (10,11)

La Declaración de Cancún (2008), la Declaración de Cartagena (2019) y el Compromiso de Asunción (2023) han enfatizado el derecho al cuidado nutricional, impulsando la creación de equipos interdisciplinarios de terapia nutricional, reforzando la importancia del Nutricionista Clínico en el equipo de salud (12–14)

El código de Ética del Nutricionista Clínico de la FELANPE, ha establecido principios éticos para guiar la toma de decisiones y garantizar un cuidado nutricional de calidad centrado en el paciente (15).

En respuesta a esta evolución y con la finalidad de mantener la práctica nutricional alineada a los nuevos desafíos, se presenta la propuesta de actualización del “Documento de Consenso: Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico”. La meta principal es fortalecer el rol del Nutricionista Clínico como profesional altamente capacitado, con un enfoque ético y basado en la evidencia, que contribuya de forma significativa al bienestar del paciente dentro del equipo multidisciplinario de salud.

OBJETIVOS DEL CONSENSO ACTUALIZADO

Objetivo general

Proveer un Documento de Consenso actualizado que sirva como marco referencial para fortalecer la práctica profesional del Nutricionista Clínico en Latinoamérica, unificar

criterios basados en la evidencia, y optimizar la atención y los resultados clínicos para el paciente.

Objetivos específicos

- Definir las funciones y competencias del Nutricionista Clínico en el marco de los cinco pasos del modelo de cuidado nutricional, abarcando desde la detección del riesgo nutricional hasta el alta.
- Promover la implementación de políticas públicas en nutrición clínica que garanticen el acceso a una atención nutricional de calidad, incluyendo la creación de equipos interdisciplinarios de terapia nutricional, el tamizaje nutricional sistemático y la implementación de la terapia nutricional adecuada para mejorar la calidad de atención de los pacientes.

PRINCIPALES DEFINICIONES

Nutricionista Clínico

Es un profesional universitario, que forma parte del equipo interdisciplinario de salud, se especializa en el campo de la nutrición clínica y gestiona los aspectos nutricionales de la atención del paciente en los entornos clínicos como hospitales, en áreas de desempeño asistencial de pacientes internados y ambulatorios, gerencia administrativa de servicios de nutrición y restauración, docencia e investigación. (3,16)

a. Objeto de trabajo

Se centra en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los cambios nutricionales y metabólicos relacionados con las enfermedades agudas y crónicas. Aborda las afecciones causadas por la falta o exceso de energía y nutrientes. Sistematiza la atención nutricional para mejorar la eficiencia y eficacia del tratamiento; esto incluye establecer estándares de práctica clínica y optimizar el índice o proporción entre nutricionistas y pacientes para garantizar una prestación adecuada (3,16,17)

b. Modo de actuación

Dependiendo del área específica de desempeño, el modo de actuación del Nutricionista Clínico implica varias funciones y responsabilidades claves destinadas a abordar la desnutrición hospitalaria y mejorar los resultados del paciente

- Implementa el Modelo de Proceso de Cuidado Nutricional a los pacientes hospitalizados basado en:
 - Tamizaje de riesgo nutricional liderado por el nutricionista.
 - Evaluación nutricional mediante indicadores subjetivos y objetivos de tipo: clínico, bioquímico, dietético, antropométrico, funcional.
 - Diagnóstico nutricional en base a los indicadores evaluados y registro en la historia clínica del paciente.
 - Determinación de los objetivos/metas, según los problemas encontrados.
 - Priorización de problemas según lo encontrado en la evaluación nutricional.
 - Planificación de intervenciones de acuerdo con los objetivos y a las necesidades fisiológicas y patológicas, condiciones socioeconómicas religiosas, culturales para contribuir a recuperar la salud, mantener el estado nutricional y prevenir otras condiciones (17,18)

- Trabaja en estrecha colaboración con el equipo multidisciplinario para desarrollar e implementar planes de atención integral en el entorno clínico.
- Educa a los pacientes y al entorno sanitario sobre la importancia de la nutrición para el tratamiento y recuperación de las enfermedades (3,19)
- Participa en la coordinación de todos los niveles de las operaciones del servicio de alimentos para garantizar la calidad nutricional y gastronómica de los alimentos ofrecidos (20)
- Crea y actualiza el Código de Dietas y el Manual de Dietas del hospital, basándose en la evidencia científica (19,21)
- Investiga en el campo de la nutrición clínica (2)

c. Ámbitos de desempeño

El Nutricionista Clínico en el área desempeña una función concreta mediante sus conocimientos y habilidades específicas, en la aplicación terapéutica de la ciencia de la nutrición. El carácter interdisciplinario de la formación posibilita la actuación en distintos ámbitos laborales

- Hospitales públicos, privados y de la seguridad social. Clínicas y otros centros de atención médica, hogares de ancianos y clínicas de rehabilitación (22)
- Ámbitos ambulatorios y domiciliarios.
- Consultoría en nutrición clínica.
- Instituciones académicas y de investigación.
- Agencias gubernamentales.
- Cumpliendo funciones: preventivas, terapéuticas, gestiones administrativas, educación, docencia, investigación, asesoría y de auditoría en el campo de la nutrición, donde sea necesario realizar la prevención y/o tratamiento de enfermedades relacionadas con la nutrición.

COMPETENCIAS

La competencia del Nutricionista Clínico se define como la capacidad integral de este profesional para aplicar sus conocimientos, habilidades y actitudes, en conjunto con valores éticos y profesionales. La misma se desarrolla a través de la formación académica, la experiencia práctica y la actualización constante de acuerdo con los avances científicos y necesidades del sistema de salud; y se mide en función a estándares o criterios específicos que definen lo que se considera un desempeño aceptable en un rol determinado.

En este contexto y según los requisitos específicos para el desempeño de funciones en nutrición clínica se describe 3 grupos de competencias:

a. Competencias básicas

Fundamentales para el desempeño efectivo del Nutricionista Clínico en cualquier ámbito de actuación. Son transversales y se aplican a todas las áreas de práctica profesional, permitiéndole interactuar eficazmente en su entorno, procesar la información y resolver problemas de la manera más eficiente.

- Comunicación efectiva
- Pensamiento crítico y analítico
- Resolución de problemas
- Trabajo en equipo

b. Competencias personales

Reflejan las cualidades individuales que contribuyen a su desempeño profesional y a la calidad de la atención que brinda.

- Empatía
- Proactividad
- Responsabilidad
- Liderazgo
- Autogestión

c. Competencias profesionales

Se refieren a los conocimientos, habilidades y destrezas específicas que requiere para desempeñar su labor con excelencia en el ámbito de la nutrición clínica.

- Conocimientos científicos de nutrición clínica
- Habilidad para implementar el proceso del cuidado nutricional
- Destreza para la investigación científica.
- Conocimientos de gestión servicios de nutrición

Las competencias de un Nutricionista Clínico son esenciales para brindar una atención nutricional eficaz y mejorar los resultados de los pacientes y se basan en competencias técnicas de alto nivel, lo que incluye comprender los estándares de práctica clínica y poder aplicarlos en forma efectivas en los entornos hospitalarios mediante, logrando;

- Aplicar y documentar el proceso de cuidado nutricional en la historia clínica del paciente.
- Contribuir en el diseño de guías, algoritmos, consensos, manuales y documentos basados en la mejor evidencia científica para aplicarlos en la práctica clínica diaria y optimizar los resultados.
- Programar, formular, monitorear y evaluar planes de alimentación y terapia nutricional para el tratamiento de individuos con patologías y/o sintomatología que permita mantener o mejorar el estado nutricional.
- Promover y participar en espacios formativos y en equipos interdisciplinarios que permita establecer la adecuada terapéutica nutricional acorde a cada situación diagnóstica.
- Realizar una atención nutricional que contribuya a la salud y bienestar de los pacientes aplicando habilidades verbales y no verbales efectivas y apropiadas para comunicarse con los usuarios de servicios, colegas, pacientes, cuidadores y otras personas (23).
- Diseñar, proponer, ejecutar y participar en trabajos de investigación.
- Comprometerse con los principios éticos y legales que impone el ejercicio de la profesión.

PERFIL Y ALCANCE PROFESIONAL

Definiciones

- *Perfil*: Conjunto de conocimientos y capacidades que cada título acredita.
- *Alcance*: Son las actividades para las que resulta competente un profesional en función del perfil del título

a. Perfil del profesional Nutricionista Clínico

El Nutricionista Clínico es el profesional universitario que posee conocimientos científicos sobre las situaciones clínicas relacionadas con diversas patologías. Este profesional debe actualizarse permanentemente para mantener un desempeño de calidad.

b. Alcances del profesional Nutricionista Clínico

- Evalúa y certifica el estado nutricional de personas y colectividades sanas y enfermas a partir de la aplicación de diversos métodos e interpretación de los resultados.
- Brinda asesoramiento nutricional para promover la salud y prevenir enfermedades.
- Documenta en forma estandarizada cada una de las etapas del proceso de cuidado nutricional: evaluación, diagnóstico, intervención, monitoreo y plan de alta.
- Participa en protocolos para la prevención, diagnóstico y tratamiento nutricional de diversas patologías clínicas.
- Comprende los principios de la gestión de la información y de los datos y ser consciente del uso seguro y eficaz de la salud, la atención social y otra información relevante.
- Demuestra conocimiento de la legislación pertinente en materia de salud y seguridad y cumple con todos los procedimientos y políticas operativas locales.

FUNCIONES

a. Funciones administrativas.

- Aplicar herramientas administrativas con el fin de lograr resultados que permitan mantener o mejorar los procesos de organización y gestión a nivel del Departamento de Nutrición y el Servicio de Restauración
- Manejar la información, comunicación y trato adecuado con el talento humano para lograr un buen ambiente laboral y productivo
- Controlar la ejecución de los recursos económicos y físicos que estén a cargo del Departamento

b. Funciones de docencia e investigación

- Liderar proyectos de alimentación y nutrición pertinentes para el área
- Utilizar los resultados de las investigaciones en acciones que permitan solucionar las problemáticas abordadas
- Identificar temáticas de alimentación y nutrición a fortalecer con programas educativos, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la población atendida
- Plantear programas de actualización de conocimientos del equipo interdisciplinario utilizando herramientas que permitan la adherencia al programa planteado

c. Funciones asistenciales

- Brindar atención nutricional a individuos sanos o enfermos en forma individual o colectiva mediante la evaluación del riesgo, valoración nutricional, la elaboración de un plan de tratamiento y el seguimiento para el monitoreo del tratamiento

1. Funciones específicas para el proceso de cuidado nutricional

Sus funciones específicas abarcan desde liderazgo en la detección del riesgo nutricional, la gestión de la provisión de nutrientes y preparación para el alta, debiendo implementar y hacer cumplir todo el proceso del cuidado nutricional siguiendo el siguiente modelo (13,17)

1.1 Proceso de cuidado nutricional en el paciente adulto

1.1.1 Tamizaje nutricional

- Valorará el riesgo nutricional con herramientas de detección validada dentro de las primeras 24 a 48 horas después del primer contacto con el paciente (24)

1.1.2 Evaluación nutricional en el paciente adulto

Se debe hacer la diferencia entre la valoración de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Pacientes ambulatorios

- Valorar la condición clínica, evaluación dietética y social, examen físico, valoración morfofuncional, diagnóstico y tratamiento nutricional.
- Identificar los problemas dietéticos y nutricionales del paciente.
- La frecuencia del monitoreo debe ser acorde a cada sistema de salud.

Pacientes hospitalizados

- Diagnosticar el estado nutricional de individuos sanos durante el ciclo vital, (gestante hasta adulto mayor), con base en indicadores antropométricos, clínicos, bioquímicos, funcional y el consumo de alimentos, de acuerdo con directrices nacionales e internacionales y las características de su centro.
- La evaluación nutricional es el primer paso del proceso del cuidado nutricional, el cual incluye todos los procedimientos asistenciales realizados desde que el paciente ingresa al sistema de salud hasta el alta hospitalaria. Tiene como objetivo el mantenimiento de un estado nutricional adecuado y la prevención de todo tipo de malnutrición y complicaciones asociadas.
- El cuidado nutricional debe considerarse un proceso continuo y vinculante que consta de tres etapas: detectar, nutrir y vigilar; las que se desarrollan en cinco pasos que buscan la seguridad, la oportunidad, la eficiencia, la eficacia y efectividad del cuidado nutricional.
- Se debe realizar una evaluación individualizada en las primeras 24 a 48 horas después del ingreso a la Institución.
- Evaluar el estado nutricional solo para aquellos casos que puntúan positivamente para el riesgo nutricional, con una herramienta validada para el entorno en que se aplica (25). Una estrategia de evaluación es la Valoración Global Subjetiva.
- Los criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) se deben considerar como una herramienta complementaria del tamizaje nutricional para que todos los pacientes derivados de la Interconsulta al Departamento o Servicios de Nutrición.

- Al momento de realizar el diagnóstico nutricional es muy importante utilizar un sistema estandarizado; en el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS encontramos algunas codificaciones que podrían ayudarnos a estandarizar este proceso.
- Con el código 5B54 corresponde al “Peso bajo en adultos” ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), el 5B7Y a “Otra desnutrición especificada” (“Desnutrición basada en criterios clínicos o antropométricos”, etc.) y el código 5B7Z para la “Desnutrición, sin especificación”.
- Entrevistar al individuo para el diligenciamiento de la historia alimentaria y nutricional previo análisis de su historia clínica.
- Tomar medidas antropométricas y evaluar la estructura y composición corporal de acuerdo a la tecnología disponible (DXA, BIA, etc)
- Considerar el cambio de peso no intencional en relación con el peso habitual $>10\%$ como un indicador de mal pronóstico.
- El IMC no discrimina la composición corporal, solo representa una forma de clasificar el peso, pero eso debe ir acompañado de otros índices antropométricos (CMMB, circunferencia de pantorrilla, pliegues).
- Evaluar el estado general del individuo con el fin de corroborar la ausencia de signos físicos de deficiencias nutricionales.
- Identificar alteraciones o deficiencias subclínicas mediante la interpretación de los resultados de las pruebas bioquímicas.
- Identificar el patrón de consumo y hábitos alimentarios, mediante la aplicación de la anamnesis alimentaria.
- Evaluar el balance en el consumo de energía, macro y micronutrientes, así como la ingesta de los diferentes grupos de alimentos para orientar la educación alimentaria y nutricional

1.1.3 Diagnóstico nutricional del paciente adulto

Integrar los datos obtenidos en la evaluación nutricional y con base en los parámetros nacionales e internacionales para emitir el diagnóstico alimentario y nutricional.

- Desnutrición relacionada a la enfermedad asociada a la inflamación
- Desnutrición relacionada a la enfermedad sin inflamación
- Desnutrición no asociada a la enfermedad

1.1.4 Intervención nutricional

El propósito de la intervención nutricional es asegurar que los pacientes reciban la alimentación y el tratamiento nutricional adecuados, basados en los resultados de la evaluación nutricional (24,26).

Se fundamenta en la Nutrición Basada en la Evidencia, e implica una toma de decisiones respaldada por la experiencia profesional, el criterio clínico y el juicio experto, siguiendo el modelo de cuidado nutricional para Latinoamérica, con la participación del paciente/familiar o cuidador para lograr los objetivos de tratamiento centrado en el paciente (27)

Pacientes ambulatorios

Basado en los datos obtenidos en la historia clínica y dietética y el diagnóstico nutricional se deberá:

- Iniciar una intervención nutricional individualizada, adaptado a las necesidades y basado en el enfoque centrado en el paciente.
- Promover la educación nutricional en forma clara, precisa y comprensible sobre el diagnóstico nutricional, el plan de alimentación, la importancia de la adherencia al tratamiento y los beneficios del estilo de vida saludable, por medio de recursos y herramientas disponibles para el manejo nutricional.
- Programar las consultas de seguimiento y monitoreo

Pacientes hospitalizados

El nutricionista planifica e implementa la intervención nutricional siguiendo los siguientes pasos:

- Aborda los diagnósticos nutricionales y prioriza las acciones apropiadas para la intervención nutricional teniendo en cuenta la gravedad del riesgo nutricional o desnutrición, presencia de enfermedades o comorbilidades, capacidad del paciente para adherirse al plan, complicaciones agudas o riesgo de complicaciones, análisis de riesgo/beneficio de iniciar la terapia nutricional para pacientes que se encuentran al final de la vida (28)
- Desarrollará el plan de cuidado para la terapia nutricional incluyendo :(24)
 - Cálculo de necesidades nutricionales e hídricas.
 - Objetivos nutricionales medibles (a corto y largo plazo).
 - Instrucciones claras para implementar la forma específica de terapia medico nutricional.
 - La vía de administración, tiempo de inicio, y modalidad de infusión. método de administración más apropiado.
 - Duración prevista de la terapia nutricional
 - Parámetros de monitoreo y evaluación
 - Planificación para el alta y educación para el hogar
- Colabora con el paciente, familiar, cuidador/tutor, equipo interdisciplinario y otros profesionales de la salud actuando como un miembro integral del equipo multidisciplinario (28)
- Evalúa datos pertinentes (sondas de alimentación, catéteres intravenosos, bombas de infusión, etc.) y colabora con otros miembros del equipo interdisciplinario para desarrollar el plan de atención de la terapia de apoyo nutricional (28)
- Recomienda y en consulta con el químico farmacéutico, sugiere métodos alternativos, según corresponda a la situación, para minimizar la interacción fármaco-nutrientes relacionados con la terapia nutricional (28).
- Implementa las intervenciones planificadas al proporcionar educación y asesoramiento nutricional, modifica la dieta según sea necesario y recomienda suplementos o apoyo nutricional (28).
- Documenta y comunica el plan de cuidado nutricional al paciente y/o a otros miembros del equipo de atención médica, según corresponda.
- Desarrolla o revisa la prescripción nutricional y establece metas medibles centradas en el paciente, con base en la evaluación o reevaluación y los diagnósticos nutricionales, el plan de tratamiento, las metas y los resultados esperados.
- Define el tiempo y la frecuencia de la atención, incluida la intensidad, la duración y el seguimiento utilizando pautas basadas en evidencia, estándares de atención,

políticas de los centros asistenciales, necesidades del paciente, metas y resultados esperado de las intervenciones.

- Deriva a otros proveedores de atención médica según sea necesario para abordar las necesidades del paciente/cliente.

1.1.5 Monitoreo y evaluación de los resultados

- Monitoreará el progreso al evaluar la comprensión y el cumplimiento del paciente/cuidador con la intervención/plan de atención nutricional (28)
- Medirá los resultados seleccionando los indicadores de resultados estandarizados de atención nutricional.
- Evaluará los resultados comparando los datos de monitoreo con la prescripción nutricional y las metas establecidas o el estándar de referencia.
- Documenta los resultados del monitoreo y la evaluación mediante el registro de los hallazgos del monitoreo y la evaluación nutricional.

El Nutricionista Clínico identifica aquellos indicadores que mejor reflejen los resultados de la intervención y selecciona los estándares de referencia apropiados. Si la intervención nutricional logró resolver el diagnóstico nutricional, se puede considerar la indicación del alta nutricional. En el caso contrario, se continuará con el plan de cuidado nutricional generando nuevas intervenciones y realimentando así el ciclo (2)

1.1.6 Elaboración de la historia clínica nutricional

Finalidad: reunir datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar su asistencia. Es una herramienta de intercambio de observaciones e informaciones, que facilita la coordinación del equipo de salud en estas actividades.

Los registros (digital o manual) deben ser ordenadas y posibles de ser entendidas por el resto de los miembros del equipo de salud, siendo obligatorias al ingreso, durante el monitoreo y al alta del tratamiento nutricional

1.1.7 Estandarización de los registros en la historia clínica

- *Subjetivo:* incluye toda la información suministrada por el paciente, familiares o cuidadores: Información sobre el problema, actividad laboral, peso habitual relatado, cambios de peso y del apetito, alergias alimentarias, dietas realizadas anteriormente. Incluir en la historia clínica del paciente la codificación CIE-11 sobre diagnósticos relacionados al estado nutricional
- *Objetivo:* se trata de información fáctica relacionada con el problema y puede ser confirmada por otros: diagnóstico, medidas antropométricas, evolución del peso, resultados de laboratorio, datos clínicos, plan alimentario y suplementos indicados, vías de alimentación.
- *Evaluación:* incluye el diagnóstico nutricional, interpretación del profesional sobre el estado nutricional del paciente basado en datos subjetivos y objetivos, evaluación del estado nutricional actual, y de las necesidades de intervención de otros profesionales o servicios.
- *Plan:* se enuncian la/s acción/es a tomar para resolver o mitigar el problema del paciente sobre la base de lo subjetivo, objetivo y la evaluación correspondiente.

1.1.8 Planificación del alta y transiciones de cuidado

Evaluar el proceso del cuidado nutricional requiere monitorear las intervenciones para facilitar la transición del cuidado y la preparación al alta. Existe evidencia de que el uso

de metodologías sistemáticas mejora significativamente la recopilación de información nutricional, especialmente cuando se aplican pasos fundamentales para la recolección organizada y eficaz

El informe nutricional de alta hospitalaria contiene 5 apartados bien diferenciados: (29)

1. Valoración nutricional: basado en datos y herramientas disponibles en el centro asistencial.
2. Evolución dietética-nutricional
 - a. Información dietético-nutricional que se considere relevante en relación con la evolución del estado nutricional, tratamiento nutricional durante el ingreso, cumplimiento del tratamiento y preferencias con relación al tratamiento.
 - b. Síntomas y condicionantes de la ingesta durante la hospitalización que afectaron en forma considerable la ingesta. Apoyo nutricional indicado, tolerancia cumplimiento y preferencias detallando los módulos proteicos, calóricos u otro tipo de suplementos y/o vitaminas, minerales y probióticos administrados.
 - c. Detallar si el paciente tiene indicación de enzimas pancreáticas por parte del equipo médico.
3. Condicionantes de la ingesta al alta: indicar una breve descripción si el paciente presenta edentulismo (parcial/completo), condiciones de prótesis dental, aftas orales, candidiasis, odinofagia, mucositis oral, disgeusia, hipogeusia, ageusia, xerostomía, disfagia (a líquidos, sólidos, mixta) diarrea, estreñimiento, disnea, anorexia, saciedad precoz, dolor, depresión
4. Alergias/intolerancias alimentarias
5. Pauta dietético-nutricional aconsejada al alta donde se detalla el tipo de dieta y la textura recomendada en función a la capacidad de deglución y masticación, la hidratación y en caso de suplementación y/o nutrición enteral especificar: vía, tipo de fórmula, dosis total, volumen, frecuencia y/o velocidad, método y sistema de administración.

1.2 Proceso de cuidado nutricional en el paciente pediátrico

En el niño, el estado de nutrición está estrechamente relacionado con su salud y es lo que permite la expresión de su potencial de crecimiento y desarrollo. La enfermedad aguda grave y, sobre todo, los procesos crónicos condicionan por diversos mecanismos, un importante deterioro de la nutrición. Esta será mayor cuanto más incida sobre períodos de crecimiento acelerado en los que la situación del balance energético negativo esté más acentuada.

La correcta identificación de los pacientes desnutridos y de aquellos en riesgo permitirá iniciar una intervención adecuada con la mayor precocidad posible.

1.2.1 Tamizaje nutricional

El objetivo del screening nutricional es identificar a las personas que corren riesgo de desnutrición, que necesitan una evaluación nutricional más exhaustiva y que probablemente se beneficien de una intervención nutricional que podría influir en el resultado. El riesgo nutricional se determina generalmente en función de una combinación de mediciones y evaluaciones que incluyen una antropometría mínima y una breve evaluación de la ingesta alimentaria.

Para detectar precozmente a los pacientes en riesgo nutricional, se propone el uso de herramientas de tamizaje que sean fáciles de realizar y que se puedan aplicar de manera sistemática durante la evaluación de todos los niños enfermos.

Según las directrices de ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), las herramientas de detección deben incorporar los siguientes cuatro principios fundamentales:

- Estado nutricional actual
- Cambios
- Disminución esperada o anticipada y
- Gravedad de la enfermedad.

ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) apoya el uso rutinario de herramientas de detección nutricional en una población mixta de niños hospitalizados al momento del ingreso para aumentar la conciencia sobre la importancia de considerar el estado nutricional y el riesgo de desnutrición y para identificar a los niños que necesiten una revisión más exhaustiva por parte de un Nutricionista. ESPGHAN es neutral sobre la elección de una herramienta de detección en particular ya que ésta depende del entorno, la población y los recursos disponibles.

1.2.2 Identificación de la desnutrición

Dado que la etiología de la desnutrición es multifactorial, no es factible utilizar un único parámetro antropométrico para evaluar adecuadamente el estado nutricional de nuestros pacientes. La evaluación clínica y la antropometría deben complementarse, dependiendo de la condición clínica, con la evaluación de la ingesta dietética, la composición corporal, los biomarcadores de laboratorio y las condiciones ambientales.

1.2.3 Evaluación nutricional objetiva

Según OMS es la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos, y/o clínicos; utilizada para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones.

La **historia alimentaria** es la valoración de antecedentes y datos actuales que permite conocer el tipo de alimentación que consume una persona, o un grupo poblacional, en cantidad y calidad para establecer la adecuación nutricional.

La **antropometría** es la medición de segmentos corporales como peso, longitud o talla, perímetro cefálico (hasta los 2 años), perímetro braquial y pliegues cutáneos. Los indicadores antropométricos son combinaciones de mediciones y resultan esenciales para la interpretación, ellos son:

- En niños menores de 1 año: Peso/Edad, longitud/Edad, Perímetro Cefálico/Edad
- En niños mayores de 1 año: IMC/Edad, Talla/Edad y Perímetro Cefálico/Edad (hasta los 2 años).

Para peso, longitud o talla, perímetro cefálico e IMC utilizar puntaje Z mediante los gráficos elaborados por la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006 y los puntos de corte establecidos por la OMS que se presentan a continuación: (34) . Tabla 1.

Tabla 3. Indicadores antropométricos con puntaje Z (Z-score)

Indicador	Clasificación según nuevos patrones de crecimiento de la OMS según puntaje Z	
P/E	<-3 de: muy bajo peso Entre -3 y -2 de: bajo peso Entre -2 y +2 de: peso adecuado >3 de: peso elevado	
T/E	<-3 de: baja talla severa Entre -3 y -2 de: baja talla >-2 de: estatura adecuada	
PERIMETRO CEFÁLICO	Entre -2 y +2: normal.	
IMC/E	<-3 de: desnutrido severo Entre -3 y -2 de: desnutrido Entre -2 y +1 de: eutrófico	
	Menores 5 años: Entre +1 y +2 de: riesgo de sobrepeso Entre +2 y +3 de: sobrepeso >3 de: obesidad	Mayores de 5 años: Entre +1 y +2 de: sobrepeso >2 de: obesidad

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Normas del crecimiento infantil de la OMS: Métodos y desarrollo*. Ginebra: OMS.

El diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad se realiza a partir de los 2 años con los indicadores utilizados habitualmente. A partir de los 6 años, los complementamos con la CC/T (se sugiere el uso de la cintura mínima o el borde superior de la cresta iliaca derecha) ya que es un marcador práctico para evaluar la distribución de la grasa en la obesidad. (35). Tabla 2.

Tabla 4. Indicadores de circunferencia cintura talla > 6 años

SEXO	INDICADOR
Varones	Obesidad Índice cintura/talla IC/T > 0,51
Mujeres	Obesidad Índice cintura/talla IC/T >0,50

Fuente: Comité de Nutrición, Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios para la evaluación del estado nutricional en niños y adolescentes.

1.2.4 Evaluación bioquímica

Es una herramienta complementaria que se utiliza para orientar el diagnóstico etiológico de la malnutrición o bien establecer carencias específicas. No son indicadores específicos de desnutrición ya que también se ven afectados por otras causas, en la práctica son útiles como valor pronóstico. Tener en cuenta los siguientes valores, considerando que cada laboratorio puede tener los propios de referencia (36) . Tabla3.

Tabla 5. Evaluación bioquímica

PARAMETRO	VALOR NORMAL
Albumina	3,5 – 5,4 g/dl
Pre-albumina	20 – 40 mg/dl
PCR	0 -6 mg /dl
Proteínas totales	5,7 – 7,9 g/dl
Colesterol	30 – 195 mg/dl

Fuente: Gómez-Candela C, Frías Soriano L, Villarino Marín A. Valoración del estado nutricional.

1.2.5 Examen clínico

Es la identificación de características físicas y signos de deficiencia nutricional específica, aunque éstos se detectan cuando existe déficit avanzado (36). Tabla 4

Tabla 6. Indicadores antropométricos de desnutrición utilizando una o varias mediciones

Medidas antropométricas	Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Grave
<i>Una sola medición</i>			
*P/T, **IMC z score	-1 a -1,9	-2 a -2,9	≤ -3
T/E***	-	-2 a -2,9	≤ -3
****CBM z score	-1 a -1,9	-2 a -2,9	≤ -3
<i>Varias mediciones</i>			
Velocidad de ganancia de peso (< 2años)	< del 75% de lo esperado	< 50% de lo esperado	< 25% de lo esperado
Pérdida de peso (e/ 2 y 20 años)	5% de su peso habitual	7,5% de su peso habitual	10% de su peso habitual
Caída del z score del P/T o de la Talla	Caída de 1 z score	Caída 2 z scores	Caída de 3 z scores

Fuente: Comité de Nutrición, Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios para la evaluación del estado nutricional en niños y adolescentes.

INDICADORES DE CALIDAD EN NUTRICIÓN CLÍNICA

La nutrición clínica es un campo esencial para el cuidado integral del paciente, y su calidad puede influir significativamente en los resultados de salud. Evaluar y garantizar la calidad en nutrición clínica es crucial para mejorar los resultados del paciente y optimizar los recursos en el sistema de salud (30,31)

1. Indicadores de calidad en Nutrición Clínica

Los indicadores de calidad en nutrición clínica son medidas utilizadas para evaluar la efectividad, seguridad y eficiencia de las intervenciones nutricionales en pacientes. Estos indicadores ayudan a garantizar que los servicios de nutrición clínica se brinden de acuerdo con los estándares más altos y basados en la evidencia.

1.1. Indicadores estructurales

- *Recursos y Personal:* Estos indicadores se centran en los recursos disponibles, incluyendo el número de dietistas registrados, el equipamiento y las instalaciones. La presencia de dietistas capacitados y especializados en diferentes áreas de la nutrición clínica es fundamental para proporcionar atención de calidad.
- *Capacitación y Educación:* La formación continua y la actualización de conocimientos del personal son cruciales para mantener altos estándares de atención. La educación continua en nutrición clínica asegura que los profesionales se mantengan al día con las últimas investigaciones y prácticas recomendadas.

1.2. Indicadores de Proceso

- *Evaluación Nutricional:* La realización de una evaluación nutricional completa y precisa es un indicador clave. Esto incluye la valoración del estado nutricional, la historia clínica y la identificación de necesidades nutricionales específicas. Las herramientas de evaluación como la Mini Nutritional Assessment (MNA) y el Subjective Global Assessment (SGA) son ampliamente utilizadas.
- *Planificación y Monitoreo:* La elaboración y seguimiento de un plan de intervención nutricional individualizado son cruciales para asegurar que los objetivos de tratamiento se estén cumpliendo. La adherencia a los planes de tratamiento y la modificación basada en la respuesta del paciente son aspectos críticos. (32)

1.3. Indicadores de Resultado

- *Mejora del Estado Nutricional.* Dentro de los indicadores del estado nutricional podemos mencionar indicadores como el peso, la medición de fuerza muscular, mediciones de composición corporal, ángulo de fase, Índice de masa corporal, entre otros. La eficacia de la intervención nutricional se mide a través de cambios en estos parámetros. (33)
- *Satisfacción del Paciente:* La percepción del paciente sobre la atención recibida y la satisfacción con el plan nutricional es otro indicador importante. La satisfacción del paciente puede reflejar la efectividad de la comunicación y la adecuación del plan nutricional.

El Nutricionista Clínico identifica aquellos indicadores que mejor reflejen los resultados de la intervención y selecciona los estándares de referencia apropiados.

Como indicadores medibles del modelo de cuidado nutricional en la etapa de intervención se podrá utilizar:

- % del cálculo de requerimiento calórico

- % de la prescripción de NE, NP
- % de cubrimiento calórico entre 3-7 días
- % de días con terapia médica nutricional (kcal/kg/día)
- % de días con terapia médica nutricional (kcal/proteína)
- Tiempo de inicio temprano de la terapia médica nutricional.

Si la intervención nutricional logró resolver el diagnóstico nutricional, se puede considerar la indicación del alta nutricional. En el caso contrario, se continuará con el plan de cuidado nutricional generando nuevas intervenciones y realimentando así el ciclo (30)

1.4. Indicadores de Seguridad

- Prevención de Complicaciones: Los indicadores de seguridad incluyen la prevención y manejo de complicaciones asociadas con la nutrición tanto enteral como parenteral (30)
- Complicaciones gastrointestinales, infecciosas, metabólicas, mecánicas. . La seguridad del paciente debe ser una prioridad.
- Es muy importante también, considerar los indicadores de eficacia, eficiencia y equidad para medir el impacto, los recursos utilizados y resultados obtenidos y la igualdad del acceso respectivamente.

1.5. Métodos para Evaluar los Indicadores de Calidad

La evaluación de los indicadores de calidad en nutrición clínica se puede realizar a través de varios métodos:

- Revisión de Registros Clínicos: Analizar los registros médicos para evaluar la documentación y seguimiento de las intervenciones nutricionales.
- Encuestas y Cuestionarios: Utilizar encuestas para medir la satisfacción del paciente y evaluar la calidad de la educación nutricional recibida.
- Auditorías Internas: Realizar auditorías periódicas para revisar la adherencia a los protocolos y estándares de calidad establecidos.
- Análisis de Datos Clínicos: Utilizar datos clínicos para evaluar los resultados de salud y la eficacia de las intervenciones nutricionales (31)

1.6. Desafíos y Oportunidades en la Mejora de la Calidad

A pesar de la importancia de los indicadores de calidad, existen desafíos significativos en su implementación. Estos incluyen la falta de estandarización en la medición de la calidad, la variabilidad en las prácticas clínicas y la necesidad de recursos adecuados para realizar evaluaciones continuas. Sin embargo, estos desafíos también presentan oportunidades para la mejora. La implementación de sistemas de monitoreo automatizados, la estandarización de protocolos y la formación continua del personal pueden ayudar a superar estos obstáculos y mejorar la calidad de la atención nutricional.

RECOMENDACIONES

Adopción y Aplicación del Consenso Actualizado

Se recomienda a todos los Nutricionistas Clínicos en Latinoamérica, a las instituciones de salud donde desempeñan su labor y a las sociedades científicas miembro de la FELANPE, la adopción e implementación activa de este Documento de Consenso actualizado como marco referencial para la práctica profesional. Esto permitirá unificar criterios profesionales y brindar lineamientos actualizados que favorezcan una práctica homogénea y basada en la evidencia científica.

Fortalecimiento de la Formación Profesional

Se recomienda a las instituciones educativas de la región que utilicen este consenso como referencia fundamental para la actualización de sus currículos. Esto asegurará que los futuros profesionales de la nutrición clínica adquieran las competencias y conocimientos actualizados, abordando los avances en diagnóstico y tratamiento nutricional, y fortaleciendo así la formación profesional.

Optimización de la Calidad de la Atención Nutricional

Para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes, se recomienda que los nutricionistas clínicos implementen las herramientas prácticas y sigan los cinco pasos del proceso de cuidado nutricional detallados en el documento. Esto incluye la evaluación, diagnóstico, intervención, monitoreo y planificación del alta de manera estandarizada y basada en evidencia. Se subraya la importancia del uso de indicadores de calidad para evaluar la efectividad, seguridad y eficiencia de las intervenciones.

Promoción del Rol del Nutricionista Clínico en Equipos Interdisciplinarios

Se recomienda fortalecer el reconocimiento y la integración del Nutricionista Clínico como un actor clave en los equipos de salud interdisciplinarios. La colaboración efectiva es crucial para desarrollar e implementar planes de atención integral que impacten positivamente en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.

Promoción en Políticas Públicas en Nutrición Clínica

Se recomienda que este documento sirva de base para promover la implementación de políticas públicas en nutrición clínica que garanticen el acceso a una atención nutricional de calidad en Latinoamérica. Esto debe incluir la creación y fortalecimiento de equipos interdisciplinarios de terapia nutricional, el tamizaje nutricional sistemático de todos los pacientes al ingreso hospitalario, y la implementación adecuada de la terapia nutricional.

Continuidad de la Investigación y Actualización

Se reitera la recomendación de que este documento se actualice periódicamente según sea necesario, atendiendo a los avances científicos y los cambios en la práctica profesional, para mantener su relevancia y utilidad.

NOMINACION DEL MODELO PROFESIONAL

Uno de los objetivos específicos del documento, consistente en "Definir la terminología que hace referencia al profesional de la nutrición de acuerdo con el país", fue alcanzado.

Este objetivo se logró mediante la recopilación de datos de los representantes nutricionistas de las sociedades científicas miembros de la FELANPE, los cuales se presentan detalladamente en la Tabla 5: Nominación del modelo profesional por país. Como se observa en dicha tabla, existen varios términos utilizados para referirse al profesional de la nutrición en los distintos países.

El análisis de la Tabla 5 permitió constatar que, aunque hay diversidad de nominaciones, la denominación "*Licenciado en Nutrición*" es la que se repite con mayor frecuencia en la lista de países miembros de la FELANPE. Esta diversidad de términos evidencia la falta de uniformidad en la terminología empleada a nivel regional.

Tabla 7. Nominación del modelo profesional por país

País	Nominación
Argentina	Licenciado en Nutrición
Bolivia	Licenciada en Nutrición y Dietética / Nutricionista Dietista
Brasil	Nutricionista
Chile	Nutricionista
Colombia	Nutricionista - Dietista
Costa Rica	Licenciado en Nutrición
Cuba	Licenciado en Nutrición
El Salvador	Licenciado en Nutrición
Guatemala	Licenciado en Nutrición
México	Licenciado en Nutrición
Panamá	Licenciado en Nutrición Nutricionista-Dietista
Paraguay	Licenciado en Nutrición
Perú	Licenciado en Nutrición
República Dominicana	Licenciado en Dietética / Nutricionista
Panamã	Licenciado en Nutrición
Uruguay	Licenciado en Nutrición

Fuente. Elaboración propia. Datos primarios obtenidos durante la socialización del documento de consenso con representantes nutricionistas de sociedades científicas miembros de la FELANPE.

NORMATIVAS SOBRE LA PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL

En la Tabla 6, se puede observar la recopilación de la información de varios países miembros de la FELANPE, sobre la existencia de normativas con relación a la duración de la consulta externa o ambulatoria, con relación al número de nutricionistas por el nivel de complejidad de las instituciones y al número de nutricionistas que se requieren por número de camas; considerando las distintas especialidades clínicas.

Existencia de normativa que establezca duración de la atención en consulta externa

La información recopilada muestra que algunos países cuentan con normativas o indicaciones de la duración de las consultas externas, mientras que otros no.

Existe una variedad en la existencia y el tiempo establecido para la duración de las consultas externas en los países miembros de la FELANPE.

Algunos países como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, y Perú tienen normativas o indicaciones claras, con duraciones que varían notablemente (desde 15 hasta 60 minutos dependiendo del tipo de consulta).

Sin embargo, varios países reportan no tener una normativa específica al respecto (Cuba, Guatemala, México, Paraguay, Uruguay), y en otros, como Costa Rica y Panamá, se basan en indicaciones no mandatorias o prácticas comunes.

Esto evidencia una falta de uniformidad regional en la regulación del tiempo de atención en consulta externa.

Existencia de normativa que establezca el número de nutricionistas por complejidad de instituciones

La existencia de normativas que establecen la proporción o número de nutricionistas en relación con la complejidad o el tamaño de las instituciones es **variable en la región**.

Países como Bolivia, Brasil, Cuba, y Perú sí cuentan con normativas que relacionan la dotación de nutricionistas con el número de camas o tipo de institución, aunque los criterios y ratios específicos difieren entre ellos. Colombia y Costa Rica también tienen indicaciones relacionadas con el número de camas.

Sin embargo, varios países (Argentina, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Uruguay) no reportan normativas que regulen específicamente la dotación de nutricionistas por complejidad institucional

Existencia de normativa que establezca el número de nutricionistas que se requieren por número de camas según las especialidades clínicas

La existencia de normativas que establezcan la dotación de nutricionistas por camas según especialidades clínicas es limitada y variable en la región.

Solo Chile, Brasil, Bolivia y Perú reportan normativas o indicaciones que diferencian la dotación en función de los servicios clínicos, tipos de pacientes (adulto/pediátrico, crítico), o áreas de atención. Chile presenta la normativa más detallada por servicio clínico. En contraste, la mayoría de los países no tienen normativas que regulen

específicamente la dotación de nutricionistas por camas y especialidad, basándose en ejemplos prácticos o la dotación general por institución.

La identificación y análisis de la información presentada en la Tabla 6 evidencia que existe una marcada heterogeneidad entre los países miembros de la FELANPE respecto a la existencia y especificidad de normativas que regulan la duración de las consultas ambulatorias, la proporción de nutricionistas por complejidad de las instituciones, y la dotación de nutricionistas por número de camas según especialidades clínicas.

Si bien algunos países han desarrollado normativas que detallan estos aspectos, con criterios y ratios específicos que varían considerablemente de uno a otro, un número significativo de países carecen de regulaciones formales en uno o más de estos puntos.

Esta falta de uniformidad normativa, subraya la diversidad en las prácticas y marcos legales de la nutrición clínica en Latinoamérica. La información recopilada, aunque no universal, sirve de base para comprender la situación actual y destaca la necesidad de avanzar hacia la estandarización y el fortalecimiento de las políticas públicas que garanticen una dotación adecuada de nutricionistas y tiempos de atención óptimos.

Tabla 8. Normativas sobre la práctica clínica nutricional

País	Existe normativa que establezca duración de la atención en consulta externa?	Normativa que establezca el número de nutricionistas por complejidad de instituciones	Existe alguna normativa que establezca el número de nutricionistas que se requieren por número de camas según las especialidades clínicas
Argentina	<p>Si existe una normativa.</p> <p>Consulta de 30 minutos.</p>	<p>No existe normativa.</p> <p>Sólo se hace referencia a número de nutricionista o personal con relación a raciones.</p>	<p>No existe normativa.</p> <p>Sólo tiene en cuenta el nivel de complejidad del hospital.</p> <p>Adjunto documento del ministerio de Salud de Argentina. Resolución 1674/2007 del Ministerio de Salud. Directrices de Organización y Funcionamiento del Área de Alimentación y Dioterapia y la Grilla de Habilitación Categorizante del Área de Alimentación y Bioterapia. Aprobación e incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Derogación de la res. 168/97 (M.S.) del 06/12/2007; Boletín Oficial 18/12/2007. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1674-2007-135870/texto</p>
Bolivia	<p>El tiempo establecido es de 15 minutos en la Seguridad Social.</p>	<p>Si eexiste</p> <p>1 nutricionista por cada 25 camas en Hospital General</p>	<p>1 nutricionista para 50 camas en patologías crónicas</p> <p>1 nutricionista por cada 15 camas en servicios de pediatría</p>
Brasil	<p>Asistencia nutricional en ámbitos ambulatorios y de consultorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta inicial: 45 minutos - Consulta de seguimiento: 30 minutos Actividad grupal: 60 minutos. 	<p>Hospitales y clínicas en general</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad Media: 1 nutricionista por cada 30 camas - Complejidad Alta: 1 nutricionista por cada 15 camas 	<p>Hospital Dia, Unidades de Pronto Atendimento e Spa Clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 60 camas: 1 nutricionista - > 60 camas: 1 nutricionista <p>Servicios de Terapia Renal Sustitutiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada 50 camas: 1 nutricionista <p>Institutos para adulto mayor de larga permanencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 20 adultos: 1 nutricionista/ 15 h de carga horaria semanal de - De 21 a 50 adultos: 1 nutricionista/ 20 h de carga horaria semanal - De 51 a 100 adultos: 1 nutricionista/ 30 h de carga horaria semanal. - > 100 atendidos: nutricionista 1 +1 por c/ 50 residentes / 30 h carga horaria semanal.

Chile	45 minutos	No hay	<p>Índice nutricionista según servicio clínico (37) *</p> <ul style="list-style-type: none"> – Servicio de Medicina: 1 nutricionista por 20 camas – Servicio de Cirugía Adulto: 1 nutricionista por 22 camas – Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil: 1 nutricionista por 29 camas – Servicio de Traumatología y Ortopedia: 1 nutricionista por 36 camas – Servicio de Ginecología y Obstetricia: 1 nutricionista por 36 camas – Especialidades, pensionados y otros: 1 nutricionista por 41 camas <p>* (Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Ministerio de Salud, Chile)</p>
Colombia	Documento antiguo que establece 15 minutos de consultas por primera ves.	<p>1 por servicio de alimentación.</p> <p>1 por cada 50 camas en hospitales regionales.</p> <p>A partir de 50 camas, se debe contar con otro nutricionista.</p>	No existe
Costa Rica	<p>No hay normativa.</p> <p>No se ha encontrado un documento que indique que ese es el tiempo estipulado, pero se infiere debido a la indicación del arancel.</p> <p>Por una consulta individual de 30 minutos.</p> <p>Existe una indicación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) : establecer un tiempo de 60 minutos para consulta de primera vez y 30 minutos para las subsecuentes. Estos parámetros permitirán una atención más uniforme e igualitaria dentro de los</p>	<p>Existe la Norma para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas, del Ministerio de Salud.</p> <p>En su anexo L, indica que se debe contar con 1 profesional en nutrición que atienda el área clínica por cada 80 camas.</p> <p>Esta norma no establece cantidad de profesionales según especialidades o complejidad de atención.</p>	No existe

	servicios de consulta en nutrición. Si bien es cierto la CCSS es el principal proveedor de servicios de salud del país, sus indicaciones no son mandatorias para la práctica privada.		
Cuba	No	No	<p>Instituciones >100 camas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Especialista principal - Dietista/Nutricionista(s) <p>Instituciones de 40 a 100 camas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dietista/Nutricionista(s) <p>Instituciones de 40 camas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dietista/Nutricionista(s) <p>Policlínicos y otras instituciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dietista/Nutricionista(s)
El Salvador	<p>Si existe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera consulta de 30 minutos. - Consulta de seguimiento 15 minutos. 	No hay ninguna normativa.	No hay ninguna normativa.
Guatemala	No hay ninguna normativa.	No hay ninguna normativa.	No hay ninguna normativa.
México	<p>No hay ninguna normativa. En la práctica el tiempo establecido es distinto entre hospitales públicos y privados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En los públicos la duración de la consulta oscila entre 15 a 20 minutos. - En los privados entre 45 y 60 minutos. 	<p>No hay ninguna normativa.</p> <p>Como ejemplo en un hospital privado, hay un nutriólogo adscrito por dos servicios de especialidades clínicas.</p> <p>En hospitales públicos solo hay un nutriólogo por uno o dos servicios de especialidades clínicas.</p>	<p>No hay ninguna normativa.</p> <p>Como ejemplo en un hospital privado con 155 camas en hospitalización y 20 camas en terapia intensiva, hay 4 nutriólogos.</p> <p>En hospitales públicos hay un nutriólogo adscrito y 2-4 pasantes por servicio.</p>

Panamá	Primera consulta: 30-40 minutos Re consultas: 15 minutos	No existe normativa que fije un número de nutricionistas, pero la Cartera de Servicios por Nivel de atención Resolución No. 1586-2019-D.G. de la CSS y su análogo en MINSA, solo detalla que en hospitales regionales nivel III en atención primaria y niveles I y II debe haber nutricionista. La dotación de plazas corresponde a cada institución.	No existe. Se justifica cada nombramiento según guías y recomendaciones internacionales
Paraguay	No existe normativa para el efecto. Sólo contamos con la ley N° 3.174 que regula el ejercicio de la profesión de los licenciados en nutrición.	No existe	No existe
Perú	SI. NTS N° 103 minsa/dgsp-v.01. Norma técnica de salud de la unidad productora de servicios de salud de nutrición y dietética (UPSS) 6. Disposiciones específicas. 6.2. De la gestión clínica. 6.2.2 Los indicadores a usarse: – Estándares de atención en la UPSS de Nutrición y Dietética: <ul style="list-style-type: none"> ○ En consultorio: 20 minutos por paciente. ○ En hospitalización: 10 a 15 minutos por paciente 	SI. RM 0046-82-sa/dvm. Reglamento de los Departamentos de Nutrición y Dietética. Capítulo IV. De la dotación mínima de personal del Departamento de Nutrición y Dietética por tipos de hospitales y su control. ART. 25 <ul style="list-style-type: none"> – Hospital Tipo II de 51 a 100 camas la dotación es: 1 Nutricionista jefe, 1 Nutricionista – Servicio de Alimentación, 2 Nutricionistas Servicio de Tratamiento de Dietoterapia. – Hospital Tipo III de 101 a 200 camas la dotación es: igual dotación de Nutricionista Jefe y 	SI. NTS n° 103-minsa/dgsp-v.01. Norma técnica de salud de la u UPSS Se consideran como estándares de atención en la UPSS de Nutrición y Dietética: <ul style="list-style-type: none"> – En la Unidad de Tratamiento Nutrioterapéutico y dietoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Para pacientes adultos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 licenciado(a) en Nutrición por turno por cada 40 pacientes hospitalizados. ▪ 1 licenciado en Nutrición por turno por cada 15 pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. ○ Para pacientes pediátricos <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 licenciado(a) en Nutrición por turno por cada 15 pacientes pediátricos hospitalizados

		<p>Nutricionista – Servicio de Alimentación, 3 Nutricionistas Servicio de Tratamiento de Dietoterapia.</p> <p>– Hospital Tipo III de 201 y más camas la dotación es: igual dotación de Nutricionista Jefe y Nutricionista – Servicio de Alimentación, 4 Nutricionistas Servicio de Tratamiento de Dietoterapia.</p>	
Uruguay	<p>No existe una normativa específica en el decreto de ley que fije la duración de las consultas.</p> <p>Cada institución establece su propio tiempo, que generalmente varía entre 15 y 30 minutos.</p> <p>Para pacientes con condiciones específicas, como enfermedades renales o diabetes, la duración puede extenderse de 30 a 60 minutos.</p>	No hay una normativa	Según la Asociación Uruguaya de Dietetistas, se establece que se requiere 1 Licenciado en Nutrición por cada 40 pacientes, 1 por cada 20 pacientes quirúrgicos y 1 por cada 15 pacientes críticos.

Fuente. Elaboración propia. Datos primarios obtenidos durante la socialización del documento de consenso con representantes nutricionistas de sociedades científicas miembros de la FELANPE.

Se recomienda que este documento se actualice según necesidad y de acuerdo con los cambios que surjan en el que hacer del nutricionista clínico

CONCLUSIONES

Atendiendo a los objetivos planteados para esta primera actualización, se concluye lo siguiente:

- Se ha logrado actualizar el Documento de Consenso: Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico de acuerdo con los avances científicos y las necesidades actuales de la nutrición clínica. Esta actualización responde a la exigencia de reflejar los cambios en los perfiles epidemiológicos y los avances científicos y tecnológicos en el campo.
- Se ha definido la terminología que hace referencia al profesional de la nutrición de acuerdo con cada país miembro de FELANPE. La Nominación del Modelo Profesional por País se presenta detalladamente en el cuadro adjunto (Tabla 5).
- Se logró identificar y analizar la existencia de normativa en los países miembros de FELANPE respecto a la duración de las consultas ambulatorias y el número o proporción de nutricionistas por complejidad de las instituciones o por número de camas según especialidades clínicas. Este análisis reveló que, si bien esta normativa no existe de manera uniforme en todos los países de Latinoamérica, la información recopilada de aquellos que sí la tienen establecida sirve de base. Los hallazgos específicos para cada país se detallan en la Tabla 6.
- Además de la consecución de estos objetivos específicos, la actualización permitió establecer las funciones del Nutricionista Clínico, diferenciándolas de otros campos de acción y de las funciones de los demás miembros del equipo interdisciplinario. También se determinaron las competencias que debe poseer el nutricionista en cada uno de los pasos del proceso de cuidado nutricional.

BIBLIOGRAFIA

1. Cardenas D. What is clinical nutrition? Understanding the epistemological foundations of a new discipline. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2016;11:e63–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnesp.2015.10.001>
2. Canicoba M, de Baptista G, Visconti G. FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL NUTRICIONISTA CLÍNICO. DOCUMENTO DE CONSENSO. *Rev Cuba Aliment y Nutr.* 2013;23(1):146–72.
3. Ferrand S, Onfray MP, Medina MG. Actualización del rol del nutricionista clínico: Estándares de práctica. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2021;48(3):437–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000300437>
4. Nava-González E, Apolinar-Jiménez E, N B-B, Pérez-Armijo P, Pérez-López A, Troncoso-Pantoja C, et al. Formación del dietista-nutricionista clínico en Latinoamérica: un espejo donde debe mirarse España. *Spanish J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2023;29(3):274–82. Available from: <https://www.renhyd.org/renhyd/article/download/93/72>
5. Barrocas A, Cárdenas D. La tricotomía preocupante en la nutrición clínica y su aplicación en los derechos humanos. *Rev Nutr Clínica y Metab.* 2021 Oct 15;4(Suplemento 1):23–39.
6. Correia MITD, Campos ACL. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study. *Nutrition.* 2003;19(10):823–5.
7. Castillo Pineda J, Gómez Garcia A, Velazco N, Diaz-Pizarro G I, Matos Adámes A, Miján de la Torre A. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: association with prognostic variables. The ENHOLA study. *Nutr Hosp.* 2016;33(3):655–62.
8. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr* [Internet]. 2017;36(4):958–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.06.025>
9. Tarantino S, Hiesmayr M, Sulz I. nutritionDay Worldwide Annual Report 2019. *Clin Nutr ESPEN.* 2022 Jun 1;49:560–667.
10. Miján de la Torre A. La nutrición en la práctica clínica. *Med Clin* [Internet]. 2021;157(8):385–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.08.001>
11. Hickson M, Papoutsakis C, Madden AM, Smith MA, Whelan K. Nature of the evidence base and approaches to guide nutrition interventions for individuals: A position paper from the Academy of Nutrition Sciences. *Br J Nutr.* 2024;131(10):1754–73.
12. de la Cruz Castillo Pineda JC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, S Ruy Díaz Reynoso JA, Spolidoro Noroña J V, Matos A, et al. Artículo especial Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales solidarios la Asociación Americana de Nutrición Parenteral y Enteral. *Nutr Hosp.* 2008;23(5):413–7.
13. Diana C, Bermúdez C, Pérez A, Puentes M, López L, Guerrero M, et al. Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico y la lucha contra la malnutrición. *Rev Nutr Clínica y Metab.* 2019;2(Suplemento 1):82–6.
14. Heyn AF, Kliger G, Jiménez MC, Arce AB, Núñez RF, Baptista GA, et al. Compromiso de Asunción. Un llamado a la acción. *Nutr Hosp.* 2024;41(1):249–54.
15. Sierra Tobón LM, López Talavera M, Pérez Cano A, Maza Moscoso C, Senese A, Van Aanholt D, et al. Código de ética del Nutricionista Clínico de la

- FELANPE. Rev Nutr Clínica y Metab. 2021 Oct 15;4(Suplemento 1):110–3.
16. 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(1):49–64.
 17. Pérez A, Díaz Muñoz GA, Maza Moscoso CP, Castro Muñoz MG, Canicoba ME, Gonzalez MC, et al. Modelo de proceso de cuidado nutricional: consenso para Latinoamérica. Rev Nutr Clínica y Metab. 2022;5(4):38–50.
 18. Doley J, Clark K, Roper S. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2019 Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Clinical Nutrition Management. J Acad Nutr Diet [Internet]. 2019;119(9):1545-1560.e32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.05.013>
 19. Brito NB. El Dietista-Nutricionista dentro del Sistema Nacional de Salud Español: Abordando la desnutrición hospitalaria. Rev Esp Nutr Humana y Diet. 2017;21(2):199–208.
 20. Bejarano Roncancio JJ, Cortés Merchán AJ, Pinzón Espitia OL. Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. Perspect en Nutr Humana. 2017;18(1):77–93.
 21. Martín Folgueras T, Velasco Gimeno C, Salcedo Crespo S, Seguro Gurrutxaga H, Benítez Brito N, Ballesteros Pomar MD, et al. Proceso de alimentación hospitalaria. Nutr Hosp [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 18];36(3):734–42. Available from: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articulos/02543/show>
 22. Andersen D, Baird S, Bates T, Chapel DL, Cline AD, Ganesh SN, et al. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2017 Scope of Practice for the Registered Dietitian Nutritionist. J Acad Nutr Diet. 2018;118(1):141–65.
 23. Health and Care Professions Council. Standards of proficiency. Stand Profic dietitians London HCPC [Internet]. 2023;(January):1–16. Available from: <https://www.hcpc-uk.org/standards/standards-of-proficiency/physiotherapists/>
 24. 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(1):49–64.
 25. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr. 2015;34(3):335–40.
 26. Cardenas D, Bermudez C, Echeverri S. Is nutritional care a human right? Clin Nutr Exp. 2019 Aug 1;26:1–7.
 27. Sierra Tobón LM, López Talavera M, Pérez Cano A, Maza Moscoso C, Senese A, Van Aanholt D, et al. Código de ética del Nutricionista Clínico de la FELANPE. Rev Nutr Clínica y Metab. 2021;4(Suplemento 1):110–3.
 28. Corrigan ML, Bobo E, Rollins C, Mogensen KM. Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Revised 2021 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Nutrit. J Acad Nutr Diet [Internet]. 2021;121(10):2071-2086.e59. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.05.026>
 29. Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya. Informe de alta hospitalaria del dietista-nutricionista [Internet]. Barcelona; 2021. Available from: <https://www.codinucat.cat/docu/2021/Altahospcastella.pdf>
 30. Van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Guaitoli PR, Malmberg H, et al. Quality of care indicators in hospital nutrition. Clin Nutr. 2020;39(3):678-85.

31. Kirk, S. "The Impact of Staffing on Quality in Nutrition Services: A Review. *Journal of Clinical Nutrition*. 2018: 72(1), 1-10.
32. Academy of Nutrition and Dietetics. "Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (RDNs) in Nutrition Support." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2020:120(12), 2093-2105.
33. Elia, M., et al. "Nutritional Care in Hospitalized Patients: Patient Satisfaction and Quality of Life." *British Journal of Nutrition*. 2016: 115(9), 1602-1610.
34. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO; 2006. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
35. Comité de Nutrición, Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios para la evaluación del estado nutricional en niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(1):59–66. doi:10.5546/aap.2015.59.
36. Gómez-Candela C, Frías Soriano L, Villarino Marín A. Valoración del estado nutricional. In: Salas-Salvadó J, García-Lorda P, editores. *Nutrición y dietética clínica*. 3.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2008. p. 73–89
37. Crovetto M. ¿Es suficiente el recurso humano nutricionista en el sistema hospitalario público en Chile?: Una deuda pendiente. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2015 Nov [citado 2025 May 9];143(11):1468-1477. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015001100013

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Terapia nutricional: La terapia nutricional describe cómo se proporcionan los nutrientes para tratar cualquier afección relacionada con la nutrición. La nutrición o los nutrientes se pueden proporcionar por vía oral (dieta regular, dieta terapéutica, p. ej. alimentos fortificados, suplementos nutricionales orales), a través de alimentación enteral por sonda o como nutrición parenteral para prevenir o tratar la desnutrición de forma individualizada (24)

Terapia médica nutricional: La terapia nutricional médica es un término que engloba los suplementos nutricionales orales, la alimentación por sonda enteral (nutrición enteral) y la nutrición parenteral.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BIA.	Análisis de Bioimpedancia
CIE-11	Clasificación internacional de enfermedades – Undécima edición.
CMMB	Circunferencia Muscular Media del Brazo
DXA	Absorciometria de Rayos X de Doble energía
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition
IMC	Índice de Masa Corporal
MNA	Mini Nutritional Assessment
NE	Nutrición Enteral
NP	Nutrición Parenteral
SGA	Subjective Global Assessment