

Artículo de Revisión / Review Article

Actualización del rol del nutricionista clínico: Estándares de práctica

Update of the clinical nutritionist role: Standards of practice

Susanne Ferrand¹*. <https://orcid.org/0000-0002-1951-1631>
Maria Paulina Onfray². <https://orcid.org/0000-0001-7219-2310>
Maria Gabriela Medina³. <https://orcid.org/0000-0002-4321-1903/>

1. Unidad Asistencia Nutricional. Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.
2. Escuela de Nutrición Y Dietética, Facultad de la Salud, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar, Chile.
3. Unidad de alimentación y nutrición. Hospital provincial Dr. Antonio Tirado Lanás, Ovalle. Chile.

*Dirigir correspondencia: Susanne Ferrand Maspero.
Unidad de Asistencia Nutricional, Hospital Gustavo Fricke, Álvarez 1532, Viña del Mar, Chile.
E-mail: susanne.ferrand@gmail.com

Este trabajo fue recibido el 31 de diciembre de 2019.
Aceptado con modificaciones: 02 de diciembre de 2020.
Aceptado para ser publicado: 27 de enero de 2021.

RESUMEN

El propósito del presente ensayo es definir estándares de práctica para el nutricionista clínico con el objetivo de determinar un Gold Standard que permita un abordaje sistematizado de pacientes en establecimientos de salud. Se analizó la evidencia nacional e internacional, desde el año 2005 hasta el 2019, en cuanto a estándares de práctica o funciones del nutricionista clínico, considerando población objetivo y rendimiento, es decir, la cantidad de pacientes por Nutricionista o el tiempo asignado por atención. De los resultados obtenidos, destacaron un total de 11 instituciones, organizaciones o programas de salud que describieron estándares de práctica o funciones del nutricionista, donde todos indicaron población objetivo y sólo 9 rendimiento. En la actualidad, la ASPEN-ADA, ha sido la única entidad que ha publicado estándares de práctica para nutricionistas clínicos, clasificados además en niveles de competencia técnica, aunque sin indicar rendimiento. En síntesis, el presente trabajo determina los estándares de práctica publicados por la ASPEN-ADA como el Gold Standard de práctica en nutrición clínica, sirviendo como herramienta diagnóstica para determinar un índice de nutricionistas/paciente pertinente. Palabras clave: Estándares de práctica; Funciones; Índice nutricionista/paciente; Nutricionista clínico; Rendimiento.

ABSTRACT

The purpose of this review is to define standards of practice for the clinical nutritionist, with the objective to determine a gold standard of a patient care in order to systematize approaches in health establishments. This included the analysis of

national and international evidence, from 2005 to 2019 in terms of standards of practice or functions of the clinical nutritionist, considering the target population and performance, the number of patients per nutritionist or the time allocated for the activity. The results obtained were from a total of 11 institutions, organizations or health programs that described practice standards or functions of the clinical nutritionist, in which all of them indicated the target population and 9 mentioned performance. The ASPEN and ADA, have been the only entities that have published practice standards for clinical nutritionists have also classified levels of technical competence, without indicating performance. In summary, the present work determines the standards of practice published by the ASPEN-ADA as the gold standard of practice for clinical nutrition, serving as a diagnostic tool to determine a pertinent index of nutritionists/patient.

Keywords: Clinical nutritionist; Functions; Nutritionist/patient index; Performance; Standards of practice.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición intrahospitalaria se ha descrito desde hace más de 70 años como un problema frecuente¹. Según la literatura, desde los primeros estudios de prevalencia de desnutrición hospitalaria hasta los más recientes, los porcentajes de pacientes hospitalizados desnutridos no han variado sustancialmente², oscilando entre el 20-50% a nivel mundial en los años 70¹, versus lo señalado en el Estudio Latinoamericano de Nutrición, donde la desnutrición hospitalaria fue del 50,2%³. Esto se ha asociado, entre otros factores, a la baja ingesta alimentaria y a la poca relevancia otorgada al estado nutricional en la historia clínica del paciente⁴.

Asimismo, la Declaración de Cancún refiere que la malnutrición se presenta como una entidad compleja y multifactorial, donde sin importar las causas, las consecuencias clínicas serán igual de serias, conduciendo a complicaciones propias de la enfermedad, disminución de la inmunocompetencia y aumento de la morbimortalidad, traduciéndose en consecuencias económicas asociadas al aumento de la hospitalización y otros tratamientos, creando un serio impacto serio en los sistemas de salud⁵.

Es en base a la información presentada anteriormente, que se manifiesta la necesidad del nutricionista clínico para el cumplimiento de un derecho humano, como es la nutrición oportuna, completa, suficiente y de calidad durante el internamiento del paciente, y sobre todo a la prevención de la desnutrición hospitalaria a través de procesos bien estructurados⁵.

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición (2018), contiene la información técnica, los valores y principios para constituirse en una herramienta orientadora de las acciones para el logro de los objetivos de salud pública vinculados a la dieta, expresados a nivel internacional en los Objetivos para el Desarrollo Sostenible. Este documento, destaca dentro de sus componentes; fortalecer la atención nutricional en los diferentes niveles de salud, señalando como punto principal la intervención nutricional precoz y oportuna en el ámbito hospitalario e integrando el seguimiento nutricional a la evolución clínica de los pacientes, enfatizando en la prevención y tratamiento de la desnutrición hospitalaria⁶.

A raíz de lo anterior, resulta fundamental sistematizar el trabajo en nutrición clínica, facilitando la identificación de variables determinantes en el deterioro del estado

nutricional del paciente hospitalizado a partir de estándares de práctica que equiparán y optimizarán el proceso de atención nutricional. Las unidades de nutrición clínica, surgen en este contexto con el objetivo de proporcionar al paciente un adecuado soporte nutricional para recuperar o mantener el estado de salud en el menor tiempo posible y con los costos más aceptables⁷.

Destacando el rol que juega el nutricionista, es que un estudio publicado en el año 2016 manifiesta una demanda de recursos humanos que aún no han sido previstos por los sistemas nacionales de salud⁷, constituyendo un factor a replantearse en las administraciones centrales y autonómicas para cubrir un mínimo de calidad sanitaria asistencial, en un aspecto tan esencial como es la alimentación y nutrición de los pacientes hospitalizados⁵.

En cuanto a estándares de práctica, son diversas las entidades que han descrito la labor del nutricionista, y aunque nuestro país es participe en organizaciones que han elaborado algunos de ellos, es necesario conocer otros que puedan servir de referencia. El objetivo de este ensayo fue determinar estándares de práctica en nutrición clínica para sistematizar el abordaje nutricional del paciente hospitalizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de estándares de práctica en nutrición clínica, desde el año 2005 hasta la actualidad. Estos fueron obtenidos a través de fuentes de diversas entidades u organizaciones de Nutrición clínica a nivel mundial, destacando entre ellas la Confederación Internacional de Asociaciones Dietéticas (ICDA), la Sociedad Americana para la Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN), la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), entre otras. Además, incluye la población objetivo para la aplicación de dichos estándares y, en caso de que lo estipularan, el rendimiento, es decir, la cantidad de pacientes que debiesen ser atendidos por nutricionista, considerando la importancia de determinar la dotación adecuada del recurso humano para el cumplimiento de dichas funciones. Para la búsqueda de información se utilizaron los siguientes criterios de búsqueda; estándares de práctica de nutricionistas, estándares de práctica en nutrición clínica, estándares de desempeño profesional, funciones del nutricionista clínico, rol del nutricionista

clínico, índice de nutricionistas por paciente, dotación del recurso humano nutricionista, entre otras.

Los resultados de la revisión de estándares de práctica, o en su lugar de funciones del nutricionista, se muestran en las tablas 1, 2 y 3. En tabla 1 destacan los resultados de instituciones internacionales, específicamente europeas

y americanas. Mientras que en la tabla 2 se agrupan los resultados de organizaciones a nivel latinoamericano. Por último, la tabla 3 agrupa los resultados hallados a nivel nacional, donde sólo las normas técnicas de los programas de salud, correspondientes a la atención primaria, refieren rendimiento.

Tabla 1. Revisión de estándares o funciones del profesional nutricionista según organizaciones americanas o europeas, considerando población asignada y rendimiento.

Asociación/Institución	País	Actividades/Funciones/Tareas	Población asignada	Rendimiento
Asociación Americana para la Nutrición parenteral y enteral (ASPEN) y la Asociación Dietética Americana (ADA) ⁸ .	USA	<ul style="list-style-type: none"> •Estándares de práctica: corresponden a declaraciones que describen la práctica según las labores del profesional nutricionista, correspondientes a evaluación nutricional, diagnóstico nutricional, intervención nutricional y monitoreo y evaluación de los resultados. •Estándares de desempeño profesional: describen el comportamiento en el rol del nutricionista, incluyendo; calidad en la práctica, competencia y responsabilidad, provisión de servicios, aplicación en investigación, comunicación y aplicación de conocimiento y utilización y administración de recursos. La evaluación de desempeño en el cumplimiento de las funciones del nutricionista clínico, señaladas en este documento, contribuye a calificar su nivel de expertiz en nivel: principiante, especializado y avanzado. 	Población beneficiaria: todo paciente hospitalizado que requerirá apoyo nutricional (alimentación vía oral, enteral o parenteral).	No se encuentra disponible.
International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) ¹⁶ .	Todos los países miembros (50 países)	<ul style="list-style-type: none"> •Proceso dietético y razonamiento profesional. •Práctica basada en la evidencia y aplicación de la investigación. •Aseguramiento de la calidad de la práctica dietética. •Relaciones profesionales, comunicación y colaboración. •Conocimientos esenciales para la práctica dietética. 	Todo profesional que practique la dietética.	No se encuentra disponible.
Resolución ResAP (2003) sobre Alimentación y Atención	Consejo de Europa	<ul style="list-style-type: none"> •Valoración nutricional. •Prácticas del servicio de alimentación. •Comidas del hospital: menús y regímenes según indicación médica, patrón de las comidas, monitorización de la ingesta alimentaria, información e implicación del paciente. 	Todo paciente hospitalizado.	No se encuentra disponible.

<p>Nutricional en Hospitales¹⁷.</p>		<ul style="list-style-type: none"> •Economía sanitaria: consideraciones sobre costo-efectividad y costo-beneficio. 		
<p>Consejo de dietistas-nutricionistas¹⁸.</p>	<p>España</p>	<p>Funciones específicas del Nutricionista clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Desarrollar planes de cuidado nutricional para los pacientes identificados con riesgo nutricional o malnutrición. •Valorar estado nutricional del paciente y establecer necesidades nutricionales. •Participar en la elaboración de un plan de intervención individual según patología y prescripción nutricional. •Planificar el seguimiento y los posibles controles posteriores del soporte nutricional a atención primaria, así como el paso a otras formas de alimentación. •Intervenir en las sesiones clínicas relativas a la terapia del paciente y colaborar en los trabajos de investigación, así como promover estudios y elaboración de los trabajos de investigación. •Elaborar informes detallados sobre la dieta o pauta nutricional de alta y asesora al paciente o a sus familiares. •Realizar la monitorización y el seguimiento nutricional y dietético del paciente. •Participar con el servicio de alimentación en la coordinación en todos los niveles, de las competencias que le son propias, para asegurar la calidad nutricional y gastronómica de la oferta alimentaria, así como velar por las buenas prácticas de higiene en el servicio de alimentación. •Elaborar y actualizar el manual de dietas hospitalarias. •Elaborar y actualizar el manual de recomendaciones dietéticas para pacientes al alta. 	<p>Población hospitalizada en una unidad clínica.</p>	<p>1 dietista-nutricionista por 100 camas/día.</p>
<p>Consejo dietético de Andalucía¹⁹.</p>	<p>España</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Valoración nutricional. •Consejería o consejo dietético. •Seguimiento. 	<p>Toda persona que lo solicite.</p>	<p>Consulta individual→ mínimo de 30 minutos. Consulta grupal→ mínimo de 60 minutos¹⁹.</p>

Tabla 2. Revisión de estándares o funciones del profesional nutricionista a nivel Latinoamericano, considerando población asignada y rendimiento.

Asociación/Institución	País	Actividades/Funciones/Tareas	Población asignada	Rendimiento
Declaración de Cancún ⁵	Presidentes de Sociedades y Asociaciones de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de América Latina y el Caribe	<ul style="list-style-type: none"> •Valoración Nutricional del paciente al ingreso del servicio sin discriminar nivel de atención o si es público o privado. •Atención nutricional oportuna, completa, suficiente y de calidad. •Evaluación y tratamiento nutricional en hospitales. •Cuidado nutricional y administración del soporte nutricional según guías de práctica clínica. 	Todo individuo enfermo.	No se encuentra disponible.
Consenso de Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico, FELANPE ⁹ .	Sociedades científicas latinoamericanas	<ul style="list-style-type: none"> •Asistenciales: tamizaje, evaluación nutricional, cálculo de requerimientos, selección e indicación de soporte, monitorear tolerancia. •Administrativas: controlar calidad de soporte nutricional, realizar estudios de costos, supervisar y orientar bancos de leche y CEFE y supervisar personal de servicio. •Docencia e investigación. 	Todo paciente hospitalizado.	Medicina: 20 pacientes/día. Cirugía: 22 pacientes/día. Pediatría y Cirugía infantil: 29 pacientes/ día. Traumatología y Ortopedia y Obstetricia: 36 pacientes/día. Especialidades y Pensionados: 41 pacientes/día.
Programa Desayunos Infantiles con Amor ²⁰ .	Colombia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)	<ul style="list-style-type: none"> •Desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades prevalentes en la infancia. •Fomento de prácticas sociales, de alimentación, salud y nutrición orientadas al cumplimiento y garantía de derechos de los niños y, a la cualificación de las relaciones entre adultos y niños. •Entrega de desayunos de distintos tipos para niños de 6 a 11 meses y de 12 a 71 meses (en días hábiles). 	Total de 1.622.817 niños entre 6 meses y 5 años 11 meses de, que no sean usuarios de otros programas oficiales o privados.	Se declara un presupuesto de 175.000 millones de pesos anual= 14.583 millones de pesos mensuales.
Normas de organización y funcionamiento de las áreas de alimentación y dietoterapia de los establecimientos, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud ²¹ .	Argentina	<p><u>Unidades hospitalarias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Intervenir en la visita de las unidades de internación con el equipo de salud. •Interpretar y realizar las prescripciones dietoterapéuticas de los pacientes según: evaluación del estado nutricional, elaboración de plan de alimentación prescrito, inclusión de hoja de alimentación en la historia clínica, confección del plan de alimentación de alta. 	Todo paciente enfermo.	Hospital General de Agudos (100 raciones): 60 pacientes/día.

		<ul style="list-style-type: none"> •Confeccionar diariamente los registros para distribución y la totalidad de regímenes, elevándola al sector de elaboración y manejo. •Supervisar, capacitar y asesorar al personal afectado al servicio de alimentación. •Supervisar la distribución, el consumo y la aceptación de las comidas por parte de los pacientes internados. •Investigar causas de sobrantes, residuos y desechos en el sector. •Realizar educación alimentaria al paciente y sus familiares. •Verificar cumplimiento de normas de bioseguridad. •Participar en actividades docentes del área. •Informar al Nta Jefe sobre necesidades de insumos. <p><u>Atención primaria de salud:</u> Se inicia con la interpretación de la prescripción dietoterapéutica realizada por el médico, luego se procede al campo profesional, dando paso a la evaluación nutricional, anamnesis alimentaria, confección del plan de alimentación indicado y por último programando los turnos (agenda) para el seguimiento del paciente²¹.</p>	<p>No se encuentra descrito.</p>	<p>30 minutos.</p>
--	--	---	----------------------------------	--------------------

Tabla 3. Revisión de estándares o funciones del profesional nutricionista a nivel nacional, considerando población asignada y rendimiento.

Asociación/Institución	Actividades/Funciones/Tareas	Población asignada	Rendimiento
Norma Técnica Servicios de Alimentación y Nutrición (2005) ²² .	<ul style="list-style-type: none"> •Actividades asistenciales: Visita clínica, formulación dietoterapéutica, control de ingesta, apoyo nutricional a pacientes en riesgo o déficit nutricional, balance hídrico, educación nutricional al alta, planificación alimentaria nutricional y monitoreo de indicadores. •Supervisión, evaluación y control de: actividades desarrolladas en la UDD, distribución de alimentación. •Actividades de docencia e investigación, administrativas, de capacitación, y registros. 	Todo paciente hospitalizado.	No se encuentra disponible
Programa de Salud Cardiovascular, MINSAL ²³ .	<ul style="list-style-type: none"> •Anamnesis alimentaria y social. •Evaluación nutricional. •Emitir diagnóstico nutricional. •Tratamiento dietoterapéutico individualizado. •Promoción de actividad física. 	Sujetos con 2 de los siguientes criterios: antecedentes personales de ECV ateroesclerótica, HTA, DM2, DLP o tabaquismo.	<ul style="list-style-type: none"> •Ingreso y primer control → 30 minutos. •Control → 20 minutos.
Programa de Salud de la Infancia, MINSAL ²⁴ .	<p><u>Control del 5to mes:</u> Se inicia con la 1) anamnesis alimentaria y social, seguido de la 2) evaluación nutricional que permitirá emitir 3) diagnóstico nutricional, el cual dará paso a una 4) intervención nutricional y monitoreo.</p> <p><u>Control 3 años, 6 meses:</u> Se inicia con la 1) Anamnesis alimentaria y social, seguido de la 2) Evaluación nutricional que permitirá emitir 3) Diagnóstico nutricional, el cual dará paso a una 4) Intervención nutricional y monitoreo.</p> <p><u>Consulta nutricional malnutrición por déficit o exceso:</u> se brinda atención dietoterapéutica orientada a <10 años que se encuentren en riesgo de desnutrir, desnutridos, con sobrepeso u obesidad, luego se realizan las mismas tareas que los controles señalados anteriormente. En el caso de niños >6 años con obesidad se deriva a programa Vida Sana.</p> <p><u>Clínica de lactancia:</u> se brinda atención en problemas de lactancia, se orienta para la extracción y conservación de la leche materna y alimentación de los niños, y finalmente se apoya a las madres que trabajan o que se encuentran en el período postnatal.</p>	<p>100% Población lactante de 5 meses bajo control en CESFAM.</p> <p>100% población infantil de 3 años, 6 meses bajo control.</p> <p>100% población de menores de 10 años según demanda.</p> <p>100% de las madres bajo control con necesidad de lactancia materna de urgencia.</p>	<p>30 minutos por paciente.</p> <p>30 minutos por paciente.</p> <p>Niño/a con riesgo de desnutrir → 30' al ingreso y 20' al control. Niño/a con desnutrición, sobrepeso u obesidad → 20'.</p> <p>No se encuentra disponible.</p>

La revisión de la literatura disponible en el área de la Nutrición Clínica, exhibe una gama de funciones en común. Ejemplo de ello lo constituyen los Estándares de Práctica para Dietistas Registrados en Asistencia Nutricional, elaborados por la ASPEN-ADA⁸ y el Documento de Consenso de Funciones y Competencias de FELANPE⁹, el cual hace uso de los estándares mencionados anteriormente. FELANPE las define como las principales etapas del proceso de cuidado nutricional⁹, mientras que la ASPEN-ADA incluye además una autoevaluación del cumplimiento de estas actividades mediante la inclusión de los niveles de competencia profesional (general, especializado y avanzado)⁸, lo que podría constituir una gran ventaja al momento de establecer estándares de referencia en la práctica clínica.

El documento de FELANPE constituye una orientación para el profesional Nutricionista y para el equipo de salud, pretendiendo ser utilizado para el desarrollo de todas las actividades vinculadas al desempeño del Nutricionista Clínico⁹. Cabe mencionar, que aunque este no fue directamente titulado como estándares de práctica profesional, su formato de presentación y la participación de diversas asociaciones internacionales en su elaboración, lo transforman en un documento trascendente y referencial para el profesional en cuestión, considerando la unificación de criterios como uno de sus beneficios para el ejercicio profesional.

Respecto a las funciones del nutricionista clínico, se encuentra dentro de sus ejes centrales; la evaluación, diagnóstico e intervención nutricional y, el monitoreo y evaluación de resultados⁸. Si bien estos también son declarados por; el Consejo de Dietistas-Nutricionistas de España, el Consejo dietético de Andalucía y la Declaración de Cancún, se encuentran en desventaja a la hora de tomarlos como referencia en lo que a estándares de práctica respecta, ya que no detallan estos cuatro ejes centrales como parte de sus funciones en el proceso de cuidado nutricional.

En síntesis, es la calificación de competencia técnica lo que permite definir el documento de la ASPEN-ADA como el *Gold Standard* de práctica del nutricionista clínico, ya que facilita el detalle de aquellas prácticas cumplidas por el nivel más alto de desempeño (experto), contribuyendo así a que en un futuro se defina el tiempo para la atención nutricional y el rendimiento, apuntando siempre al logro óptimo del ejercicio profesional.

En respuesta a las acciones vinculadas a la atención de salud en Chile, es que entra en vigencia la Ley de Derechos y deberes de los pacientes, fortaleciendo el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios. En este panorama, el personal sanitario se vuelve fundamental, considerándolo como un componente crítico para el buen funcionamiento de los distintos servicios, comprendiendo dentro de sus funciones el otorgar atención, lo cual responde a lo señalado como un derecho; recibir una atención de calidad y segura según los protocolos establecidos¹⁰.

Asimismo, y en el contexto de programación en salud, surge el término de rendimiento, el cual es definido como el número de actividades que se deben ejecutar por hora¹¹,

por ejemplo la cantidad de controles nutricionales. De acuerdo al documento de Orientaciones para la Planificación y Programación en red 2018, destinado a contribuir en la optimización de gestión de centros de atención primaria, el desarrollo de actividades del modelo de salud familiar requiere determinados protocolos, los cuales deben establecer entre otras cosas, el rendimiento de la actividad según estándares ya definidos o readecuados a la población¹¹.

En el documento mencionado en el párrafo anterior, se señala que el rendimiento generalmente expresa el tiempo que utiliza el recurso humano para realizar la actividad¹¹. En este caso, el rendimiento sólo es descrito en algunos programas de salud de Chile, quedando desprovisto los criterios que permitan determinar rendimiento en el área clínica, situación preocupante considerando que la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes es transversal al nivel de atención en salud¹⁰, por lo cual no deberían haber diferencias en la determinación del rendimiento de nutricionistas en dichas áreas.

Considerando que los estándares publicados por la ASPEN-ADA no estipulan un índice de nutricionista/pacientes, es que es necesario validar la información presentada en el Consenso de FELANPE para alcanzar el cumplimiento de las funciones que desempeña el nutricionista clínico con el más alto nivel de desempeño.

Según la literatura, la atención nutricional debe enmarcarse dentro de la suficiencia, la integridad y la satisfacción de los usuarios. Un estudio de Outomuro et al.¹², afirma que un tiempo de atención demasiado corto se describe como uno de los factores que, entre otras cosas, impide una buena promoción de la salud¹², información relevante en el área de la nutrición clínica, ya que tal como muestran la tabla de resultados, la labor del nutricionista no sólo abarca la dietoterapia, sino también la promoción de salud.

Si bien la Unión Europea determinó en el año 1970 una relación de nutricionistas/paciente de 1/40 en camas de especialidad, 1/75 en camas de agudos y 1/100-150 en camas de larga estadía, esta declaración fue modificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a una relación de 1 nutricionista por 50 pacientes¹³. Este cambio, puede haber resultado oportuno considerando que se desconoce el criterio que determina dicha relación, siendo inadecuado para su clasificación, puesto que de acuerdo a lo revisado, un factor determinante en la prevalencia de desnutrición hospitalaria y sus consecuentes complicaciones, corresponde al tiempo de hospitalización¹⁴.

Los índices presentados en el Consenso de FELANPE resultan ser los más favorecedores y recientes en materia de dotación de recurso humano nutricionista clínico, sin embargo, es necesario esclarecer el criterio que determina el número de pacientes por dicho profesional. En este caso, la dotación propuesta resulta pertinente según nivel de complejidad, sin embargo, presenta algunos alcances, ya que según la literatura la evolución de la prescripción dietoterapéutica resulta más dinámica en el caso de las

cirugías, sobre todo si son de mayor envergadura que las patologías que pueden presentar los pacientes que ingresan al servicio de medicina interna, por lo que se vuelve necesario revisar otros criterios para dicha clasificación.

Dicho esto, y de acuerdo a lo presentado en la columna de Rendimiento de la tabla 3, correspondiente a los programas de salud de nuestro país, el nutricionista, con una jornada laboral de 8 horas¹⁵, abarcaría un total de 24 pacientes al día desarrollando el total de las actividades descritas y consulta nutricional en los distintos programas de salud. De la misma forma, es que en el ámbito hospitalario se deben concentrar los esfuerzos para lograr equiparar el rendimiento correspondiente a la atención primaria, validando a su vez, aquello señalado en el Consenso de FELANPE. Finalmente, y dada las cifras sostenidas en la prevalencia de desnutrición hospitalaria, se vuelve fundamental definir estándares de práctica en nutrición clínica para nuestro país, de modo de sistematizar el trabajo, contribuyendo de esta forma a la creación de un adecuado índice de pacientes por nutricionista clínico para brindar una atención oportuna, al tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones.

Los estándares de práctica en atención nutricional, publicados por la ASPEN-ADA, han sido formulados para la autoevaluación y el desarrollo de guías de práctica para dietistas registrados. Su objetivo, de apoyar y restaurar la salud nutricional óptima de individuos con compromiso nutricional, puede sugerirlos como la única guía para que en un futuro certifique la práctica del nutricionista clínico y con ello, la adecuada dotación de pacientes por nutricionista.

Dado que los estándares en cuestión carecen de un índice de nutricionista/paciente, es que los referidos por FELANPE (2012), son los únicos desarrollados y validados por expertos de la disciplina, y aunque se basan en el criterio de complejidad del servicio clínico, corresponden a la mayor aproximación para el cumplimiento de las funciones descritas en la literatura, constituyendo una herramienta que facilitará la creación de políticas que determinen el recurso humano que la nutrición clínica requiere para dar respuesta óptima a las demandas sanitarias.

En síntesis, los antecedentes presentados reafirman la importancia de definir estándares de práctica nutricional clínica en nuestro país, tomando como *Gold Standard* aquellos publicados por la ASPEN-ADA, de modo que el trabajo sistematizado en atención nutricional descarte al menos una de las causas de la prevalencia de desnutrición hospitalaria sostenida en las últimas décadas.

Es necesario que investigaciones futuras se centren en determinar los tiempos que demandan las funciones del nutricionista clínico con un desempeño óptimo (nivel experto), de modo de optimizar el proceso de atención nutricional y a partir de ello, establecer un índice de nutricionista/paciente certero y pertinente a la totalidad de las funciones que este profesional desarrolla.

Finalmente, este ensayo propone los estándares de práctica de la ASPEN-ADA para iniciar estudios que mejoren la atención nutricional de los pacientes hospitalizados,

relevando el impacto sanitario y económico que significaría su cumplimiento total, oportuno y con un índice nutricionista/paciente pertinente a las funciones descritas por estos mismos.

Agradecimientos. *En primer lugar, nos gustaría agradecer a la Unidad de Asistencia Nutricional que nos reunió en un mismo campo laboral dándonos la oportunidad de trabajar juntas en el presente trabajo de investigación, el cual nace desde la inquietud de mejorar los estándares de práctica en nutrición clínica con el fin de dar a conocer el impacto que tiene la labor del nutricionista no sólo en preservar o mejorar el estado nutricional del paciente, sino también en favorecer el pronóstico clínico que lo involucra. Finalmente, nuestros sinceros agradecimientos son para el Hospital Dr. Gustavo Fricke y la Universidad Santo Tomás, establecimientos que nos han dado la oportunidad de desarrollarnos tanto en el campo de la nutrición clínica como en el desarrollo de la presente investigación.*

Financiamiento. *Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.*

REFERENCIAS

1. Pérez J, Chávez M, Larios Y, García J, Rendón F, Salazar M et al. Nutritional status assessment at hospital admission and its association with morbidity and mortality in Mexican patients. *Nutr Hosp.* 2016; 33: 872-878.
2. Montejo J, Culebras J, García A. Recommendations for the nutritional assessment of critically ill patients. *Rev Med Chile.* 2006; 134: 1049-1056.
3. Castillo J, Gómez A, Velasco N, Díaz J, Matos A, Miján A. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: association with prognostic variables. *The ENHOLA study.* *Nutr Hosp.* 2016; 33: 655-662.
4. Jiménez D, Rodríguez A, Jiménez R. Social determinants analysis of malnutrition in Latin America. *Nutr Hosp.* 2010; 25: 18-25.
5. De la Cruz J, Figueredo R, Dugloszewski C, Ruy J, Spolidoro J, Matos A, et al. Declaration of Cancun: international declaration of Cancun on the nutrition right in hospitals. *Nutr Hosp.* 2008; 23: 413-417.
6. Ministerio de Salud (MINSAL). *National Food and Nutrition Policy.* 2018; p. 38-50.
7. Salgado C. Organization plan of clinical nutrition and dietetic unite. *Endocrinol Nutr.* 2016; 63: 509-574.
8. Russell M, Stieber M, Brantley S, Freeman A, Lefton J, Malone A, et al. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N) and American Dietetic Association (A.D.A): Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (Generalist, Specialist and Advance) in Nutritional Support. *J Acad Nutr Diet.* 2007; 107: 1815-1822.
9. Federación latinoamericana de Terapia Nutricional y Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE). *Consensus document of functions and performance of clinical nutritionist.* *Rev Cubana Aliment Nutr.* 2013; 23: 146-172.
10. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Rights and duties laws of patients.* Chile: Ministry of Health, Chile Government. <http://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

11. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guidelines for network planning and programming 2018. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf>
12. Outomuro D, Actis A. Analysis of ambulatory consultation length in medical clinics. *Rev Med Chile*. 2013; 141: 361-366.
13. Russolillo C, Baladia E, Moñino M, Colomer M, García M, Basulto J, et al. Inclusion of the dietitian in the National Health System (NHS): position statement of the Spanish Association of Dietitians- Nutritionists (AEDN). *Actividad Dietética*. 2009; 13; 62-69.
14. Ulibarri J, Lobo C, Pérez A. Clinic malnutrition and nutritional risk in 2015. *Nutr Clin Med*. 2015; 9: 231-254.
15. Dirección de Trabajo, Gobierno de Chile. Rulings and regulations. <http://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/w3-article-111151.html>
16. International Confederation of Dietetic Associations. *International Competency Standards for Dietitians- Nutritionist*; 2016. <https://www.internationaldietetics.org/Downloads/International-Competency-Standards-for-Dietitian-N.aspx>
17. Council of Europe. Committee of Ministers. Resolution ResAP (2003) about food and Nutritional Attention in Hospitals. In 860th meeting of the Ministers Deputies. 2003, p.1-9.
18. Benítez N. The dietitian- nutritionist within the Spanish National Health System: facing hospital malnutrition. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2017; 21: 199-208.
19. Romero M, Jiménez C, Lama C, Muñoz J, Obando J, Rabat J, et al. *Dietetic advice in primary care*. 1st ed Sevilla, Health Counselling. 2005; p. 21-37.
20. Neufeld L, Rubio M, Pinzón L, Tolentino L. *Nutrition in Colombia: country strategies 2011-2014*. Colombia. 2010; p. 25.
21. Ministerio de Salud. *Organization rules and operation of food and diet-therapy areas of health care facilities*. Argentina, Buenos Aires. 1997; p. 16-17-26.
22. Ministerio de Salud, (MINSAL). *Technical Standard food and nutrition services*. 2005; p. 51-56.
23. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Technical Orientation Cardiovascular Health Program*. Chile. 2017; p. 21-26-62.
24. Strain, H. *Technical Standard for the supervision of children from 0 to 9 years old in primary health care Chile*. 2015; p. 115-207.