

Hospital San Javier. Guadalajara. Estado de Jalisco. México

## UNA UNIDAD DE PRÁCTICA INTEGRADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FALLA INTESTINAL: UN MODELO DISRUPTIVO

Humberto Arenas Márquez<sup>1†</sup>.

### INTRODUCCIÓN

Las evidencias acumuladas desde el primer estudio completado en el Hospital General de Massachusetts en 1976 siguen demostrando que la tasa de prevalencia de la desnutrición hospitalaria (DH) es alarmante, y que los costos derivados de la atención médica de esta condición se incrementan exponencialmente.<sup>3-4</sup> Por otra parte, el Colegio Norteamericano de Cirujanos ha reconocido que el daño nutricional es la primera causa de complicaciones y muertes en los pacientes quirúrgicos.<sup>5</sup>

Sin duda, un estado nutricional óptimo se relaciona íntimamente con los resultados positivos en el tratamiento de las enfermedades. Esto sería especialmente cierto en el caso de la falla intestinal (FI).<sup>6</sup> Por consiguiente, un plan nutricional debería ser aplicado idóneamente en todo enfermo que ingrese a un hospital.<sup>7-8</sup> Sin embargo, la realidad que se enfrenta diariamente es muy distinta. El médico que actúa como líder del equipo de atención no ha sido entrenado para afrontar retos como éstos y, lo que es peor, no está consciente de la necesidad de ello. Así, pues, los grupos básicos de trabajo actúan dentro de un ambiente disrúptico y plagado por ineficiencias de diverso tipo que pueden recorrer desde la falta de

conocimientos y habilidades, experiencias, negligencias e imprudencias hasta prácticas anómalas como conflictos de intereses e incluso casos de flagrante corrupción.<sup>9</sup> Por otro lado, la atención en las situaciones de FI se caracteriza por insatisfacciones, malas prácticas y costos incrementados, y acceso limitado para el tratamiento especializado en centros de excelencia. Todas estas circunstancias convergen en una actuación médica inefectiva: el 20 – 40 % de los recursos empleados en la atención médica se desperdician.<sup>10-11</sup>

### ¿Qué hacer?

En la región ibero-latinoamericana, la Federación Latinoamericana de Nutrición Clínica, Terapia Nutricional y Metabolismo (FELANPE), llevada por el principio ético “Ayudar y no dañar” arraigado en el Juramento hipocrático, ha promulgado sendas declaraciones, la de Cancún primero en 2008, y la de Cartagena en 2019 después; con el fin de concientizar especialmente a los médicos y a los líderes de los sistemas de salud en Ibero-latinoamérica de que el paciente tiene derecho a una nutrición que sea óptima durante la estancia hospitalaria.<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Médico cirujano. Académico. Socio del *American College of Surgeons*. Socio de la *American Association for Parenteral and Enteral Nutrition*.

<sup>†</sup> Líder de la Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal.

Recibido: 4 de Febrero del 2021. Aceptado: 2 de Marzo del 2021.

Humberto Arenas Márquez. Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal. Hospital San Javier. Guadalajara. Estado de Jalisco. México.

Correo electrónico: [arenas50@hotmail.com](mailto:arenas50@hotmail.com).

Tabla 1. ¿Qué es la falla intestinal y sus consecuencias nutricionales? La falla intestinal se define como la reducción crítica de la masa funcional intestinal por debajo del mínimo para absorber nutrientes y líquidos, de tal forma que se requiere la nutrición parenteral para mantener la salud (o las tasas de crecimiento y desarrollo en niños).

Clasificación	Descripción
Tipo I	Condición aguda, a corto plazo y, a menudo, auto-limitada. (Íleo postoperatorio prolongado)
Tipo II	Condición aguda prolongada, a menudo en pacientes metabólicamente inestables, que requieren atención multidisciplinaria compleja y suplementos intravenosos durante períodos de semanas o meses. (Fugas y fístulas postoperatorias, obstrucción intestinal, infección abdominal compleja, pancreatitis aguda grave)
Tipo III	Condición crónica, en pacientes metabólicamente estables, que requieren suplementación intravenosa durante meses o años. Puede ser reversible o irreversible. (Trastornos de la motilidad de tubo digestivo, Intestino corto)

Fuente: Referencias: [1]-[2].

A los 11 años de la Declaración de Cancún sobre el “Derecho a la nutrición en los hospitales”, y a 50 años de la fundación de la Nutrición Clínica como especialidad médica tras la aparición del artículo del Dr. Butterworth, se puede afirmar con apego a evidencias que, en el ámbito hospitalario, el paciente recibe apoyo nutricional, pero éste no cubre criterios definatorios de calidad como la oportunidad, la eficiencia, la seguridad, y la efectividad. Por consiguiente, se requiere poner en la agenda política de muchas organizaciones regionales la atención nutricional segura del paciente.<sup>13</sup> Asimismo, la Declaración de Cartagena: heredera de la de Cancún, proporciona un marco coherente de trece principios que pueden servir de guía en el desarrollo de planes de acción.<sup>14</sup>

Entre las barreras que se han mencionado para la implementación de una atención nutricional óptima en el paciente hospitalizado se han mencionado la falta de educación en Nutrición entre los profesionales de la salud, y el médico en particular; la carencia de equipos multidisciplinarios que apliquen el apoyo nutricional en forma segura, y los costos de la terapia nutricional.<sup>15-16</sup>

Si bien el currículo para la formación de un médico carece de competencias en Nutrición clínica,<sup>17</sup> diversas organizaciones globales (entre ellas la ASPEN, la ESPEN, la PENSA, y la propia FELANPE) han desarrollado estrategias de educación orientadas a los profesionales de la salud de diverso perfil que se involucran en la atención nutricional. Los avances en la educación en la Nutrición clínica han sido significativos. En virtud de ello, hoy podríamos afirmar que la Nutrición clínica ha evolucionado y crecido desde una especialidad generalista hacia otra que se ha desagregado en tantas subespecialidades como las propias de la Medicina, a saber, la Medicina crítica e intensiva, la Nefrología, la Oncología, la Pediatría, y la Geriátrica; y actividades altamente demandantes como el trasplante de células y órganos, la FI, y la obesidad.

La progresiva implementación de las técnicas de apoyo nutricional en el ámbito hospitalario se ha trasladado hacia una mayor efectividad de la actuación médico-quirúrgica. También se ha demostrado que la incidencia de las complicaciones de todo tipo es mucho menor cuando las terapias

nutricionales son proporcionadas por equipos multidisciplinarios.<sup>18</sup>

Un valor que como médicos apreciamos (tal vez en demasía) es nuestra autonomía. Aun así, las evidencias citadas sugieren que es imperativo cambiar la cultura de valor del llanero solitario en favor de los valores propugnados por un equipo interdisciplinario.<sup>19</sup> Resulta esencial entonces un cambio cultural que se traduzca en la disminución de la morbimortalidad de los pacientes.<sup>19</sup> No obstante, no bastan para lograr este necesario cambio cultural ni la educación en Nutrición ni la concertación de esfuerzos multidisciplinarios. Se tienen reportes que demuestran que, incluso en los países desarrollados, la ausencia de incentivos económicos destinados a los equipos multidisciplinarios que se dedican a la terapia nutricional es la que afecta (y limita) fundamentalmente la decisión de aplicar tales terapias.<sup>20-21</sup>

No obstante lo dicho hasta ahora, el hecho permanece que los resultados de un proceder quirúrgico mayor dependen de aquellas actitudes que contribuyan a un reconocimiento temprano, y un manejo efectivo, de las posibles complicaciones; y que la mortalidad ocurrida como resultado de complicaciones quirúrgicas suele incrementar desproporcionadamente los costos.<sup>22</sup>

La actitud es una habilidad del dominio afectivo del individuo que se relaciona con los comportamientos, rasgos y características personales del mismo. Así, pues, se ha enfatizado que el ego del cirujano le impide muchas de las veces reconocer sus limitaciones, y saber pedir a tiempo ayuda a los expertos para reducir la incidencia de complicaciones y mejorar los resultados quirúrgicos.<sup>23-24</sup> Un estudio que reunió a 210 pacientes con FI tipo III demostró que la cuarta parte de ellos (lo que equivaldría a 52 personas) arribaron a esta situación clínico-nutricional-metabólica después de resecciones sucesivas debido a

obstrucción intestinal y la presencia de un abdomen hostil (léase también congelado). Las dos terceras partes de estos pacientes requirieron nutrición parenteral (NP) a largo plazo, mientras que un 13 % de ellos murieron por complicaciones relacionadas con la FI tipo III y/o la NP.<sup>25</sup> Por lo tanto, la experiencia tanto del cirujano como del equipo interdisciplinario en el manejo de los pacientes con FI puede asumirse como un factor pronóstico del éxito quirúrgico. La seguridad es parte de la ética: un cirujano seguro no es aquel que es más competente en una destreza, sino aquel que es más astuto y honesto en reconocer sus propios límites en competencias y habilidades. Es también aquel que tiene el valor suficiente para solicitar ayuda, y que se compromete para aprender más allá de sus límites.<sup>26</sup>

Sin duda son siempre los pacientes los más afectados por un entorno dispráxico de atención para la salud. Sin embargo, la transformación de la mediocridad en excelencia solo puede ser posible por la medición del propio paciente de los resultados de la atención médico-quirúrgica. Una vez que los pacientes experimentan el valor de una óptima atención lo apreciarán más. Es ésta métrica la que podría estar faltando para incentivar a los profesionales de salud por los resultados de su actuación.<sup>27</sup>

Ante las evidencias reseñadas, y que el autor ha tenido la oportunidad de observar (y documentar) durante 42 años de ejercicio profesional en el área de la FI, condición que afecta a miles de pacientes hospitalizados en el mundo, es necesario pensar y trabajar en forma diferente. Ello implicaría un pensamiento disruptivo en el cual se puedan integrar valores como “Eficiencia”, “Seguridad” y “Salud financiera”, y que debería ser adoptado tanto por los sistemas de salud como los profesionales de salud a fin de que le proporcionen un óptimo manejo al paciente con FI.<sup>28-29</sup>

No hay duda de que, en el escenario actual, a nivel mundial, pacientes, médicos, otros profesionales de la salud, legisladores y pagadores concuerdan en que los sistemas de atención para la FI (tanto públicos como privados) son inadecuados e insostenibles en los *modus operandi* actuales. No se pueden tolerar más los altos costos en que se incurren en el tratamiento de los pacientes con FI y los resultados verdaderamente mediocres.

Se ha mencionado que, para lograr una reforma en la atención para la salud, se requiere un acceso universal, mejorar la seguridad (y por ende mejorar la calidad), y controlar los gastos (y centrar todos ellos en el beneficio del paciente). Sin embargo, dichos conceptos son abstractos y están abiertos a un rango amplio de interpretaciones. Debido a que esas metas son mutables, es difícil determinar si dichas metas han sido cubiertas. ¿Cómo pueden esas metas posibles ser medidas en una forma que todos entendamos y todos ganemos?

### ***Una propuesta disruptiva***

Expandiendo la idea expuesta en el párrafo precedente, los tres objetivos que deben buscarse en la mejoría del proceso de atención en la FI serían mejorar la seguridad (y por ende la calidad de la atención), lograr la eficiencia operacional y la salud financiera de la institución, y proporcionar incentivos para los profesionales de la salud que contribuyan a la satisfacción de los mismos.<sup>30</sup> Es inmediato que cualquier propuesta de reforma que no considere estos objetivos es una pérdida de tiempo. Es entonces mi opinión que nuestro actual sistema de atención de la FI es fundamentalmente costoso y plagado de procesos anacrónicos y burocráticos, así como infectado de desincentivos perversos, de tal forma que para lograr una transformación es necesaria una disrupción.

Un objetivo que ha sido discutido en numerosos debates sobre la atención para la salud, y que puede ser definido y medido, es el de añadir valor a los sistemas. Porter y Teisberg (2006)<sup>31</sup> han desarrollado la teoría del valor donde el centro de la atención, y por ende del valor, es para los pacientes. El valor en salud se define entonces como el resultado alcanzado por cada peso invertido, y se crea en un ciclo completo de cuidados de la condición de salud de la persona.<sup>31</sup> Asimismo, el valor puede ser medido utilizando métodos científicos.<sup>31</sup>

### ***Midiendo el valor***

Debido a que el valor de los servicios médicos puede ser solamente revelado por un periodo de tiempo a través de factores como la recuperación sostenible o la aparición de enfermedades inducidas por el tratamiento; los resultados y los costos deberán ser rastreados longitudinalmente. Para los pacientes que padecen más de un problema médico, el valor debe medirse para cada afección, y los resultados deben ajustarse al riesgo para tener en cuenta la existencia de múltiples afecciones.

En los términos más simples: los resultados a largo plazo para cualquier afección médica pueden rastrearse utilizando una jerarquía de tres niveles. El nivel 1 implica observar el estado de salud alcanzado o retenido, la supervivencia y el grado de salud o recuperación. El nivel 2 se centra en examinar el proceso de recuperación y el tiempo que le toma al paciente recuperarse y regresar a sus actividades normales, especialmente en los pacientes aquejados de FI. El nivel 2 también implica analizar problemas en la prestación de atención, como los errores de diagnóstico y la ocurrencia de complicaciones (entre otros muchos) que conducen a una FI. Finalmente, el nivel 3 analiza la sostenibilidad de la salud, la naturaleza de las recurrencias, y las

consecuencias a largo plazo. La metodología así expuesta nos permitirá capturar una imagen completa de qué tan bien le va a un paciente después de transitar por un procedimiento o un régimen de tratamiento de la FI.

Al igual que los resultados, los costos se deben medir a través del análisis de todo el proceso de atención y en función de los efectos del uso de los recursos en el resultado del paciente. Se anticipa que sumar la cantidad total gastada durante todo el ciclo de atención del paciente con FI y sopesar esa cantidad con los resultados obtenidos permitirá una verdadera reducción de costos. Estos beneficios financieros deberían generar (mediante la reasignación del gasto entre los tipos de servicios) la eliminación de servicios innecesarios y la provisión de la atención en entornos apropiados para el manejo de la FI.

El movimiento hacia un sistema centrado en el valor tendrá un efecto significativo en cómo los profesionales de la salud y las instituciones se presentan al público, trabajan entre ellos, y son remunerados. Sin lugar a dudas, los médicos y otros proveedores de atención médica que desean atraer y retener a los pacientes deberán hacer que sus resultados y costos sean más transparentes.

Debido a que el valor se determinará en función de todo el proceso de atención durante la FI, el trabajo en equipo entre todos los profesionales e instituciones de atención médica que brindan el servicio será muy importante. Los proveedores de atención médica deberán compartir la responsabilidad de los resultados, buenos y malos. Todos los profesionales de la salud y las instituciones que participaron en el tratamiento de las condiciones médicas primarias y asociadas de un paciente con FI deberán asumir la responsabilidad de la experiencia del paciente.

La responsabilidad compartida se logrará mediante el desarrollo de unidades de práctica integrada. Estos sistemas integrados de atención reemplazarían nuestra cultura individualista y autónoma, en los que departamentos y especialidades específicos trabajan de forma independiente y se concentran en proporcionar una gama limitada de intervenciones.

Pacientes y pagadores podrían seleccionar a los profesionales que cuiden su salud y puedan demostrar cómo ellos atienden satisfactoriamente a sus pacientes con similares condiciones, y que están calificados para realizar procedimientos específicos en la FI. Además, los proveedores de dicha atención también necesitarán demostrar que los servicios que ellos ofrecen son eficientes y efectivos. Estas premisas realmente sentarían las bases para la acreditación de las competencias de los profesionales para la salud, de aquí que todas las instituciones necesiten capturar datos en resultados que sean significativos para los pacientes, así como los costos para tratar dichos pacientes a través de episodios de atención, y especialmente la satisfacción del paciente.<sup>32-37</sup>

Definitivamente, la atención integrada requerirá la transformación en los sistemas de salud. Este pensamiento innovador es difícil para los sistemas de salud arraigados porque muchos están “totalmente enganchados” a la medicina de pago por servicio o por salario. Bajo un paradigma centrado en el valor, los médicos y otros proveedores recibirían recompensas financieras en función de su capacidad para ofrecer a los pacientes una atención basada en el valor. El valor se medirá para reflejar todos los servicios o actividades que determinan conjuntamente si se satisfacen las necesidades médicas del paciente. Al alinear el reembolso con el valor de esta manera, se recompensa a los proveedores por la eficiencia en el logro de resultados positivos al tiempo que se crea

responsabilidad por la atención deficiente. La realidad es que los médicos que desean mantener y aumentar sus prácticas en los próximos años deberán participar en programas de medición de resultados, ejercer la profesión de manera transparente, y cooperar con otros profesionales de la salud.

organización pueda aprender constantemente de la retroalimentación que debe ser a tiempo y más cualitativa que cuantitativa. Por otro lado, para lograr un desempeño de alta confiabilidad de todo el equipo y mejorar el resultado la Unidad de Práctica Integrada, es necesario sistematizar acciones

Tabla 2. Características de una Unidad de Práctica Integrada.

- Organizada alrededor de una condición médica, o un grupo de condiciones cercanas o relacionadas.
- Cuidados proporcionados por equipos interdisciplinarios y dedicados, y dedicando una porción significativa de su tiempo a dicha condición. El equipo médico y sus afiliados mantienen fuertes relaciones de trabajo.
- Co-ubicado en instalaciones. La Unidad de Práctica Integrada es un centro de actividades estructurado que conecta múltiples áreas afiliadas, incorporando tele-medicina cuando es apropiado.
- Toma responsabilidades por el ciclo completo de cuidados.
- Educación para el paciente, compromiso, adherencia, seguimiento y prevención están integrados para el proceso de atención.
- Tiene definido un líder clínico, una programación y un proceso de admisión comunes, y una estructura financiera unificada.
- Un capitán de equipo médico y un gerente de atención clínica, o ambos supervisando la atención de cada paciente.
- La Unidad de Práctica Integrada mide rutinariamente los resultados, los costos, el proceso de cuidado, y la experiencia de pacientes utilizando una plataforma común.
- El equipo de trabajo acepta responsabilidad por resultados y costos.
- El equipo se reúne regularmente, formal e informalmente, para discutir pacientes individuales, e introducir las mejoras en los procesos y resultados.

Las dos barreras principales para la implementación exitosa de la transparencia en las organizaciones son las limitaciones de datos (recopilación, ajuste de riesgos, difusión) y la falta de aceptación entre los proveedores sobre la importancia de la transparencia. Otra forma de intervenir estas barreras es abordarlas desde el enfoque de la importancia de la transparencia dentro del sistema, y que éstas se traduzcan en la excelencia en la atención que los pacientes puedan observar y apreciar.

Todos los datos, ya sean regionales, locales, unitarios o basados en el sistema, se presentan sin sesgos para que la

como las listas de verificación, las aspas de retroalimentación, y el *coaching*. Aunque culturalmente el *coach* ha sido rechazado por el personal médico, nosotros hemos trabajado en nuestra Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal con la intención de hacer que la práctica del *coaching* sea un hábito común dentro de nuestra organización.<sup>38</sup>

### ***Nuestro modelo de cambio***

Siguiendo los principios de Kotter y Rathgeber (2005)<sup>39</sup> para la consecución del cambio, en este ensayo hemos planteado el

sentido de urgencia para realizar cambios en el modelo de atención en FI al examinar cómo ocurre actualmente la atención médico-quirúrgica-nutricional, y las realidades competitivas al identificar y discutir la crisis actual, y potencializar así las oportunidades que se nos presentan en este modelo centrado en el valor para el paciente. Nos hemos demostrado a nosotros mismos que al trabajar en forma coordinada como un equipo interdisciplinario de alto desempeño somos capaces de crear una coalición de referencia en nuestra práctica integrada en la FI. Hemos desarrollado también una visión y una estrategia que nos permita dirigir nuestros esfuerzos a un cambio de visión centrada en el beneficio del valor para el paciente.

Estamos utilizando diversos medios de las tecnologías de la información para comunicar nuestra visión y hacer que la coalición de referencia sea un modelo a seguir en el comportamiento esperado de todos los colaboradores, abandonando así el modelo tradicional de las interconsultas a especialidades y subespecialidades, y potenciar el desarrollo de nuevas unidades de práctica integrada en nuestro entorno.<sup>40</sup>

Hemos asumido el riesgo de ser disruptivos en nuestro modelo de atención interdisciplinaria en la FI, y diversas y nuevas ideas de nuestro equipo se han sido fomentando e implementando. En el corto plazo, hemos logrado resultados significativos para los pacientes, y estamos todos colaborando para nuestro crecimiento y desarrollo, lo que nos ha permitido incentivar a todo el personal que hace posible esos resultados.

Las ganancias consolidadas en estos años nos permitieron establecernos, y ser reconocidos, como nuestra Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal en el Hospital San Javier (Guadalajara, Estado de Jalisco, México); y hemos promovido dicha cultura organizacional entre el personal que colabora en el tratamiento de nuestros

pacientes al poner en práctica nuestra visión de cambio en el modelo de atención de la FI. Consecuente con lo anterior, estamos iniciando un proyecto de tratamiento novedoso de FI para Ibero-latinoamérica, y aceptamos la rotación de colegas de otras instituciones del país y del área que nos permitan generar agentes de cambio en sus respectivas organizaciones. Finalmente, hemos anclado una cultura de la seguridad, la comunicación, y de transparencia en la medición de nuestros resultados que nos permitan un mejor rendimiento por medio de un comportamiento orientado en el valor y la efectividad para el paciente, y estamos generando los medios para garantizar el desarrollo de liderazgo de nuestra Unidad de Práctica Integrada en la FI y la sucesión de relevos que permitan dar continuidad a nuestro proyecto.

## CONCLUSIONES

Los sistemas de salud, tanto públicos como privados, deberán invertir en un modelo disruptivo de atención de la FI como el propuesto en este ensayo. La búsqueda de datos y el análisis de resultados y costos, así como la satisfacción de las expectativas del paciente, permitirían identificar a los equipos de atención interdisciplinaria que den valor al paciente con FI, y que sean recompensados por ello. Esto conduciría a lograr los valores de la atención de calidad, la eficiencia operacional y la salud financiera para la institución y los proveedores de atención, siempre en beneficio del paciente con FI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pironi L. Definitions of intestinal failure and the short bowel syndrome. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2016;30: 173-85.

2. Arenas Márquez H, Cacho RA, Mendoza NMA. Falla intestinal e intestino corto. En: Nutrición en Gastroenterología: Aspectos clínicos y dietéticos [Editores: Milke García P, Espinoza Marrón A, Leyva Islas JA]. AM Editores. Ciudad México: 2018. Pp 223-238.
3. Correia MI, Hegari RA. Addressing disease-related malnutrition in healthcare: A Latinoamerican perspective. *J Parenter Enter Nutr* 2016; 40:319-25
4. Arenas D, Plascencia A, Ornelas D, Arenas H. Hospital malnutrition related to fasting and underfeeding: Is it an ethical issue? *Nutr Clin Pract* 2016;31: 316-24.
5. Ingraham AM, Richards KE, Hall BL, Ko CY. Quality improvement in surgery: The American College of Surgeons national surgical quality improvement program approach. *Adv Surg* 2010;44: 251-67.
6. Dante Yeh D, Fuentes E, Quraishi SA, Cropano C, Kaafarani H; *et al.* Adequate nutrition may get you home: Effect of caloric/protein deficits on the discharge destination of critically ill surgical patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2016;40:37-44.
7. Malone A. Addressing hospital malnutrition- The time is now! *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2013;37:439-40.
8. Tapenden KA. The value of nutrition intervention [Editorial]. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2013;37:160
9. Campos JAC. Riesgo quirúrgico-dispraxis, la ética y la ley. *Cirujano General* 2011;33(2 Supl):S157-S159.
10. Correia MI, Watzberg D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length stay and cost evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22:235-9.
11. Gupta S, Clements B, Coady D. The challenge of health care reform in advanced and emerging economies. En: *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies* [Editores: Clements B, Coady D, Gupta S]. IMF International Monetary Fund. Washington DC: 2012. Pp 1-21.
12. de la Cruz Castillo Pineda JC, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Ruy-Díaz Reynoso JAS, Spolidoro Noroña JV, Matos Adames A; *et al.* Declaración de Cancún: Declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008;23:413-7.
13. Arenas Márquez H. Reflexiones sobre la Declaración de Cancún 2008: El derecho a la nutrición en los hospitales. *Rev Colomb Nutr Clín Metab* 2019;2:54-6.
14. Cardenas D, Bermudez C, Echeverri S, Perez A, Arenas H, Arenas D; *et al.* Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2019;36:974-80.
15. Correia MI, Perman M, Waitzberg D. Hospital malnutrition in Latin-America. A systematic review. *Clin Nutr* 2017;36: 958-67.
16. Rhoda KM, Parekh NR, Lennon E, Shay-Downer C, Quintini C, Steiger E, Kirby DF. The multidisciplinary approach to the care of patients with intestinal failure at a tertiary care facility. *Nutr Clin Pract* 2010;25;183-90.
17. Arenas Márquez H. Educación en Nutrición clínica. *Rev Colomb Nutr Clín Metab* 2018;1:13-6.
18. Nehme AE. Nutritional support of the hospitalized patient: The team concept. *JAMA* 1980;243:1906-8.

19. Gawande A. Don't let your surgeons grow up to be cowboys. Clinical Congress 2018 Daily Highlights. American College of Surgeons. Bethesda [Maryland]: 2018. Disponible en: <http://facs.org/clinicon2018>. Fecha de última visita: 18 de Noviembre del 2020.
20. Klek S, Chourdakis M, Bischoff S, Dubrov S, Forbes A, Galas A; *et al.* Economy matters to fight against malnutrition: Results from a multicenter survey. *Clin Nutr* 2017;36:162-9.
21. Fry DE, Pine M, Jones BL, Meimban RJ. The impact of ineffective and inefficient care on the excess costs of elective surgical procedures. *J Am Coll Surg* 2011;212:779-86.
22. Ghaferi AA, Osborne NH, Birkmeyer JD, Dimick JB. Hospital characteristics associated with failure to rescue from complications after pancreatectomy. *J Am Coll Surg* 2010;211:325-30.
23. Ballard DH, Samra NS, Griffen FD. Evolving insights for preventing surgeon errors: Balancing professionalism and cognition with knowledge and skill. *Bull Am Coll Surg* 2017;102:10-8.
24. Weick KE, Sutcliffe KM. Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty. Second Edition. Wiley & Sons. San Francisco [USA]: 2007. pp 1-194.
25. Thompson JS, DiBaise JK, Iyer KR, Yeats M, Sudan DL. Postoperative short bowel syndrome. *J Am Coll Surg* 2005; 201:85-9.
26. Thirunavukarasu P. External vs. internal motivators: Against increasing requirements. *Bull Am Coll Surg* 2011; 96:50-1.
27. Zlatos C, Coffron MA, Frank G. Redefining surgical value in the Quality Payment Program. *Bull Am Coll Surg* 2019;105(7):1-2. Disponible en: <https://bulletin.facs.org/2019/07/redefining-surgical-value-in-the-quality-payment-program/>. Fecha de última visita: 18 de Noviembre del 2020.
28. Correia I, Perman M, Pradelli L, Omaral S, Waitzberg DL. Economic burden of hospital malnutrition and the cost benefit of supplemental parenteral nutrition in critically ill patients in Latin America. *Med Econ* 2018;13:1-23.
29. Klek S, Forbes A, Gabe S, Holst M, Wanten G, Irtun Ø; *et al.* Management of acute intestinal failure: A position paper from the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) Special Interest Group. *Clin Nutr* 2016; 35:1209-18.
30. Knight A. Pride and joy. Linney Group Ltd. New York: 2014.
31. Porter ME, Teisberg EO. Redefining healthcare: Value-based competition on results. Harvard Business School Press. Boston [MA]: 2006.
32. Porter M. Value-based health care delivery. *Ann Surg* 2016;248:503-9.
33. Porter ME. What is value in health care? *N Eng J Med* 2010;363:2477-80.
34. Kirkpatrick JR, Marks S, Slane M, Kim D, Cohen L, Cortelli M; *et al.* Using value-based analysis to influence outcomes in complex surgical systems. *J Am Coll Surg* 2015;220:461-8.
35. Hoyt DB, Schneidman DS. The American College of Surgeons: An enduring commitment to quality and patient care. *Am J Surg* 2015;209: 436-41.
36. Engelman DT. Value-based health care. How to succeed in a bundle care APM. *Bull Am Coll Surg* 2017;102:24-8. Disponible en: <https://bulletin.facs.org/2017/03/value-based-health-care-succeed-bundled-care-apm/>. Fecha de última visita: 18 de Noviembre del 2020.

37. Hoyt DB. Looking forward. Disponible en: <https://bulletin.facs.org/2019/05/looking-forward-may-2019/>. Fecha de última visita: 18 de Noviembre del 2020.
38. Gawande A. The coach in the operating room. The New Yorker. Edición del 3 de Julio del 2019. Disponible en: <https://www.newyorker.com/magazine/2019/07/03/personal-best#>. Fecha de última visita: 17 de Noviembre del 2020.
39. Kottter J, Rathgeber H. Our iceberg is melting: Changing and succeeding under any conditions. McMillan. New York: 2005.
40. Arenas H, Garcia JF, Anaya R. Manual de práctica clínica en abdomen hostil. MEDUSAFAE. Guadalajara [Jalisco]: 2015. Disponible en: <https://itunes.apple.com/us/book/id1057161337>. Fecha de última visita: 18 de Noviembre del 2020.