

Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo

## LA DECLARACIÓN DE CANCÚN SOBRE EL DERECHO A LA NUTRICIÓN EN LOS HOSPITALES: CONSTRUYENDO UN ENTORNO SEGURO PARA NUESTROS PACIENTES

*Dolores Rodríguez Veintimilla<sup>1¶</sup>, Sergio Santana Porbén<sup>2§</sup>.*

### INTRODUCCIÓN

La Declaración de Cancún proveyó una plataforma de acción para enfrentar la desnutrición hospitalaria, y de esta manera, asegurar el derecho de todo paciente a recibir el mejor cuidado nutricional. En el tiempo transcurrido se han comprobado modestos avances en la intervención de la desnutrición hospitalaria.<sup>1-2</sup> Asimismo, se han promovido iniciativas en la región orientadas a la mejoría de los cuidados nutricionales que se le proveen al paciente hospitalizado.<sup>3-4</sup> No obstante lo anteriormente señalado, la mitad de los pacientes hospitalizados permanece desnutrido.<sup>1-2,5-7</sup> Se han comprobado falencias (e incluso retrocesos) en la administración y gestión de los cuidados nutricionales al paciente durante su hospitalización y el tratamiento médico-quirúrgico.<sup>8-13</sup> Las falencias encontradas perviven a pesar de las actividades de educación continuada que despliegan las sociedades/asociaciones representadas en el espacio Felanpe.

Las causas de estas falencias pueden múltiples y caóticas en su naturaleza, integrando influencias de diverso origen. Felanpe debería promover investigaciones para develar los determinantes de este estado de cosas. Un modelo propuesto apunta hacia el conocimiento de los equipos básicos de trabajo en temas esenciales de Nutrición clínica y hospitalaria, Terapia nutricional, Nutrición artificial, y Metabolismo.<sup>14</sup> No obstante, no parece que la adquisición de tales conocimientos suponga un incentivo para un mejor desempeño de los equipos básicos de trabajo.

Los cambios que han ocurrido recientemente en la organización de los servicios hospitalarios, y la expansión de las técnicas de mínimo acceso, han desdibujado el papel del hospital como el ente articulador de los cuidados médico-quirúrgicos (y los nutricionales dentro de ellos).<sup>15-16</sup> Hoy los equipos básicos de trabajo son capacitados y entrenados en (y se les incentiva y evalúa por) reanimar, resucitar y rehidratar al paciente, antes que renutrirlo. También se ha hecho notar que, llegado el momento de renutrir al paciente, es muy probable que ello

---

<sup>1</sup> Médico. Máster en Ciencias. Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto Oncológico Nacional. SOLCA Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Guayaquil. Ecuador.

<sup>2</sup> Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente.

<sup>¶</sup> Presidenta *pro tempore* (2019 – 2020). Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo.

<sup>§</sup> Director de Proyectos y Programas Estratégicos (2019 – 2020 ). Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo.

Recibido: 4 de Septiembre del 2018. Aceptado: 7 de Octubre del 2018.

*Dolores Rodríguez Veintimilla.* Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto Oncológico Nacional. SOLCA Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Guayaquil. Ecuador.

Correo electrónico: [dra.rodriquezv@yahoo.com](mailto:dra.rodriquezv@yahoo.com).

enfrente tensiones administrativas, presupuestarias y organizativas. Lo señalado hasta ahora obligaría a replantearse por qué, a pesar de ser un derecho inalienable y consustancial con la dignidad humana, y la vocación de servicio del personal de salud, todavía se asiste a la desnutrición hospitalaria como un problema con el cual se convive.

En años recientes organizaciones supranacionales como la OMS/OPS han promovido el concepto de la “seguridad hospitalaria” como forma de responder a las preocupaciones de pacientes, familiares y directivos (y el escrutinio público y legal) sobre la extensión y la repercusión de los errores médicos.<sup>17</sup> Los errores de medicación, las infecciones nosocomiales, las complicaciones post-quirúrgicas, y los incidentes relacionados con la administración de sangre y hemoderivados han sido incluidos como componentes de la seguridad hospitalaria. Luego, las líneas de acción contempladas en la Declaración de Cancún deben reorientarse para lograr el reconocimiento y la intervención de la desnutrición hospitalaria como otro de los componentes (tal vez el más importante) de la seguridad hospitalaria.

### ***Sobre la evaluación y tratamiento nutricionales en los hospitales***

La seguridad nutricional hospitalaria implica el reconocimiento, registro y documentación del estado nutricional del enfermo a la admisión en un centro de salud, y la formulación de juicios de pronóstico (léase también de riesgo) sobre la forma en qué la desnutrición (si presente) puede afectar la respuesta al tratamiento médico-quirúrgico que se proponga.<sup>18</sup> Los ejercicios de la evaluación nutricional deben conducirse con arreglo a “Buenas Prácticas” que se formulen como consensos de los expertos integrados en las sociedades/asociaciones del espacio Felanpe. Estos ejercicios deben, a su vez, proveer indicadores para verificar continuamente la calidad del completamiento de los mismos. Los equipos deben ser entrenados y capacitados continuamente en la conducción de tales ejercicios, por un lado, y el asentamiento de los hallazgos en los registros clínicos primarios.

El diagnóstico nutricional que culmine el ejercicio nutricional conducido por el equipo de salud en el enfermo debe acompañarse del correspondiente programa de intervención alimentaria, nutricional y metabólica, con instrucciones claras para todos los integrantes del equipo de salud, e indicadores para verificar el cumplimiento del mismo, a la vez que identificar, corregir y prevenir falencias, omisiones y errores. Si el caso fuera, el programa de intervención que se ha descrito debe proveer acciones a conducir en el domicilio del enfermo con la participación de familiares, el involucramiento de las entidades y actores que actúan dentro del nivel primario de salud, y la supervisión de las organizaciones hospitalarias encargadas de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo.

Se debe promover la actuación la intervención alimentaria, nutricional y metabólica desde el mismo primer contacto del enfermo con el sistema de salud. Ello es particularmente relevante para aquellos pacientes en los que se considerará una cirugía electiva, o que serán sujetos de tratamientos dilatados en el tiempo como la citorreducción no tumoral y la nefrodialisis, por solo citar dos de ellos.

Las sociedades/asociaciones representadas en el espacio Felanpe deben apelar a su influencia, autoridad y prestigio para que las “Buenas Prácticas” sean difundidas en las instituciones de los sistemas locales de salud, e inculcadas por los equipos básicos de trabajo en todos los niveles de la atención de salud. Igualmente, las sociedades/asociaciones representadas en el espacio Felanpe deben promover la creación dentro de los hospitales de las organizaciones que se encarguen de la gestión de los ejercicios de evaluación nutricional y los cuidados nutricionales, verifiquen la ejecución de los mismos, y evalúen el impacto de los mismos en la

administración hospitalaria y sanitaria. Las organizaciones hospitalarias que se creen deben incluir la correspondiente extensión hacia el domicilio del enfermo, de forma tal que se asegure la continuidad de las acciones nutricionales hasta la curación/rehabilitación del enfermo.<sup>19-21</sup> Asimismo, estas organizaciones hospitalarias asumirán como encargo social la educación y la capacitación de los equipos de salud en las “Buenas Prácticas de alimentación y nutrición del paciente hospitalizado”.

### ***Sobre los proveedores profesionales de los cuidados nutricionales***

Los sistemas locales de salud tienen hoy a su disposición un número cada vez mayor de nutricionistas titulados universitarios con competencias para el reconocimiento e intervención de la desnutrición presente en el enfermo.<sup>22-23</sup> Luego, las organizaciones hospitalarias dedicadas a la provisión de los cuidados nutricionales deberían ser el contenedor natural de los nutricionistas. La incorporación de los nutricionistas al hospital (y por extensión a los sistemas locales de salud) podría contribuir a una mayor efectividad (= utilidad + seguridad) de los cuidados nutricionales administrados al enfermo. Por consiguiente, las sociedades/asociaciones representadas en el espacio Felanpe deben apelar a su influencia, prestigio y autoridad para, de común acuerdo y consenso con las autoridades sanitarias locales, crear el marco jurídico, legal y administrativo para la inserción de los nutricionistas en las organizaciones hospitalarias de provisión de los cuidados nutricionales. Asimismo, las sociedades/asociaciones representadas en el espacio Felanpe trabajarán de común acuerdo y consenso con las autoridades sanitarias en la creación de mecanismos de acreditación y certificación de los proveedores de cuidados nutricionales en la región.<sup>24-25</sup>

### ***Sobre las prácticas de los servicios hospitalarios de alimentos***

La reorganización y reingeniería de los servicios hospitalarios de alimentación es una tarea inmediata de la gobernanza hospitalaria dentro de un nuevo contexto económico que estimule la provisión segura de alimentos inocuos y saludables al paciente durante la hospitalización. En consecuencia, se debe reinscribir el servido de alimentos en el hospital dentro de una política de seguridad alimentaria a fin de llamar la atención sobre la importancia que tiene esta actividad para el enfermo.

Se han avanzado las “Buenas prácticas” para la gestión de los servicios hospitalarios de alimentación.<sup>26</sup> Las sociedades/asociaciones/colegios representadas en el espacio Felanpe deben apelar a su influencia, prestigio y autoridad para acompañar a las autoridades sanitarias y hospitalarias en la reorganización y reingeniería de los servicios hospitalarios de Alimentación, deslindar los encargos de tales servicios respecto de los propios de las organizaciones que proveen cuidados nutricionales al enfermo, y promover la acción mancomunada de todos en el aseguramiento del estado nutricional del enfermo como condición indispensable para el éxito terapéutico, primero, y la contención de los costos hospitalarios, después.<sup>27-28</sup>

### ***Sobre la Nutrición pediátrica***

Hasta este momento no se tiene un diagnóstico exacto de la situación nutricional en los hospitales pediátricos de la región, ni de la forma en que se conducen los cuidados nutricionales en los mismos. Un esfuerzo multicéntrico liderado por Felanpe limitó la indagación a la situación nutricional en los niños que acumulaban menos de 72 horas de ingreso.<sup>29</sup> Reportes parciales de la

Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo (SCNCM) hablan de una prevalencia del 30.0% de la desnutrición en los hospitales pediátricos de Cuba, y que el estado nutricional documentado reflejaría mejor la complejidad clínico-quirúrgico-metabólico del niño/adolescente atendido en la institución.<sup>30-31</sup> Dado que se encuentra inmerso en un proceso indetenible de crecimiento, desarrollo y maduración, el niño es particularmente susceptible a la enfermedad y la desnutrición, por lo que es imperativo la identificación temprana de trastornos nutricionales, y la corrección inmediata de los mismos. En el ámbito pediátrico es también relevante la identificación, tratamiento y prevención en última instancia de carencias micronutrimientales como la anemia ferripriva, el hipotiroidismo, y las deficiencias de yodo, zinc y vitamina A. Futuras investigaciones deberán encaminarse a revelar la magnitud, extensión y repercusión de tales carencias nutrimentales.

El programa nutricional que se adopte durante la hospitalización del niño debe tener continuidad en el hogar. Por lo tanto, la implementación y gestión de esquemas de apoyo nutricional en el domicilio y la comunidad es imperativa. Se ha documentado la efectividad de tales esquemas incluso en condiciones precarias.<sup>32-33</sup>

La lactancia materna debe promoverse como la intervención nutricional primera en el recién nacido. La administración de leche materna incluso a dosis de estimulación trófica intestinal puede promover la recuperación inmunológica y nutricional del recién nacido.<sup>34</sup> La Felanpe, y las sociedades/asociaciones en ella representadas, debe actuar de conjunto y consenso con las autoridades sanitarias y hospitalarias en la promoción de la lactancia materna y la creación y operación de bancos de leche materna. Igualmente, Felanpe debe promover investigaciones sobre el impacto de tales intervenciones en los costos de las prestaciones de salud.

### ***Sobre la economía de la salud***

El paradigma de la terapia nutricional implica que la adopción oportuna de un paquete de acciones alimentarias y nutricionales en el paciente, aunque signifique costos adicionales iniciales, se traslada a ahorros importantes por la minimización de las complicaciones postquirúrgicas, el acortamiento de la estadía hospitalaria, y la reducción de la tasa de uso de recursos tecnológicamente demandantes, como la ventilación mecánica y la terapia antimicrobiana.<sup>35-37</sup> La Felanpe, y las sociedades/asociaciones en este espacio representadas, deben promover un cambio en el enfoque del impacto de las intervenciones alimentarias, nutricionales y metabólicas hechas en el paciente mediante el análisis de los indicadores del estado nutricional hacia el uso de indicadores de la gestión sanitaria, la estadía hospitalaria, el uso de recursos de alto valor agregado tecnológico, y los costos de las prestaciones de salud. El impacto de las intervenciones alimentarias, nutricionales y metabólicas también debe medirse del cambio en la percepción por parte del enfermo y sus familiares de la calidad del servicio brindado por los equipos de salud y las organizaciones hospitalarias de provisión de cuidados nutricionales.

### ***Sobre la investigación en Nutrición clínica y hospitalaria***

La Felanpe, y las sociedades/asociaciones en este espacio representadas, deben promover la investigación científica en Nutrición clínica y hospitalaria como herramienta para la documentación y gestión de las experiencias, saberes y conocimientos que se generen en la región como el resultado de la gestión de los equipos de salud y las organizaciones hospitalarias de provisión de cuidados nutricionales.<sup>38-39</sup> El armado y gestión de un programa regional de promoción de la investigación científica en Nutrición clínica y hospitalaria conllevaría el

establecimiento de alianzas de la Felanpe con los distintos actores involucrados en este proceso, a saber las universidades, los centros de colaboración regional/internacional, y los comités editoriales de las revistas biomédicas de alta visibilidad. Estas alianzas también involucrarían a todas aquellas organizaciones (regionales o no) que tengan entre sus misiones la promoción de la investigación científica y la formación de recursos humanos en esta actividad.

Felanpe promoverá también la creación de canales para la presentación de proyectos de investigación y desarrollo presentados por los investigadores a los fines de obtención de los requeridos recursos, financiamientos y presupuestos, e incluso el destino final de la publicación con los resultados. Felanpe también promoverá investigaciones de carácter multinacional, multicéntrico, a fin de obtener productos editoriales de interés global que puedan ser acomodados en revistas de alto impacto.

Felanpe creará un sistema de jerarquización de los resultados de la actividad científica de los investigadores del área para buscar la mejor colocación de los mismos en revistas de alto impacto. En la misma línea, Felanpe creará un observatorio que evalúe regularmente la actividad investigativa y la publicación científica en la región, y que formule políticas y pautas en concordancia. A través de la promoción de la investigación científica, Felanpe debe convertirse en una entidad global generadora de contenidos novedosos en Nutrición clínica y hospitalaria, Terapia nutricional, y Metabolismo.

### ***Sobre la educación y la capacitación continuada en Nutrición clínica y hospitalaria***

La lectura más inmediata de la Declaración de Cancún revela la necesidad de un cambio de culturas, actitudes y mentalidades de todos los involucrados en el cuidado del enfermo durante su tránsito por las distintas etapas del tratamiento médico-quirúrgico. El cambio cultural se erige como una precondition para la acción, a la vez que un componente integral conducente a acciones que mejoren la efectividad de la atención nutricional del paciente. El cambio cultural es también fundamental para la absorción de cualquier innovación en la prestación de salud. El cambio cultural solo será posible mediante una intensa actividad de educación y capacitación, y de formación de competencias.<sup>22-24,40-41</sup>

En virtud de todo lo anteriormente dicho, se debe incluir un apartado en la reescritura de la Declaración de Cancún para resaltar el compromiso de Felanpe con la educación y capacitación continuadas. El programa de educación continuada que se promueva debe articular los cursos auspiciados por la Felanpe junto con aquellos conducidos localmente por las sociedades/asociaciones en este espacio representadas. Igualmente, el programa de educación continuada debe explotar al máximo las nuevas tecnologías de la comunicación y la informatización para ofrecer actividades semi-presenciales y virtuales a todos los interesados.<sup>42</sup> Asimismo, Felanpe también promoverá la formación de posgrado para dotar a los sistemas locales de salud de nutricionistas altamente calificados que puedan dar un vuelco a la forma en que se administran los cuidados nutricionales al paciente hospitalizado.

El programa de educación continuada que Felanpe auspicie también conllevará un importante paquete de acciones (re)educativas en la gestión empresarial, la actividad de documentación y registros, el control y aseguramiento de la calidad, y el análisis de costos, actividades todas éstas indispensables para una mejor gestión de los cuidados nutricionales en el área.

Felanpe promoverá, y asesorará a las sociedades miembros en, la inclusión de temas selectos de las disciplinas de Nutrición clínica y hospitalaria en las distintas ramas de las Ciencias médicas a fin de crear conciencia sobre la necesidad de la atención nutricional en el enfermo, por

un lado, y la formación de una interdisciplinaridad en la administración de los cuidados nutricionales, por el otro; siempre con apego a las pautas y guías que rigen la enseñanza de pregrado en la región.<sup>43</sup>

Más allá de consideraciones economicistas y academicistas, se debe reafirmar en todos los ámbitos de la educación y la capacitación continuada en las especialidades de la Nutrición clínica y hospitalaria y Nutrición artificial que la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente durante todas las etapas del tratamiento médico-quirúrgico constituye un acto de justicia, respeto y observancia de los derechos y la dignidad del enfermo, y congruente con el encargo social de los distintos actores de salud que se involucran en la asistencia médica.<sup>44-45</sup> Por consiguiente, Felanpe promoverá entre las sociedades/asociaciones/colegios integrados dentro de este espacio la inclusión de los valores éticos y humanistas como un componente indispensable en la articulación de los cuidados alimentarios y nutricionales que se le ofrezcan al paciente.

## CONCLUSIONES

En el nuevo ciclo histórico de la vida de Felanpe, permanece el reto de asegurar el derecho del paciente al mejor cuidado nutricional. Los actores involucrados en las prestaciones de salud, y las organizaciones/instituciones sanitarias que los contienen, deben inculcar el cambio de mentalidad que sea necesario para hacer valer este derecho. Todas las acciones conducentes a esta meta deben reinterpretarse dentro de una estrategia orientada a la construcción de entornos seguros para el paciente y sus familiares en los distintos escenarios de la prestación de salud.

### *Futuras acciones*

El cumplimiento de los postulados de la Declaración de Cancún, y el logro de la seguridad nutricional hospitalaria, brindan las bases programáticas para el establecimiento de alianzas entre la Felanpe y las sociedades/asociaciones representadas en este espacio, y toda organización regional/global, nacional/supranacional que comparta estas visiones. Tales alianzas pueden significar oportunidades valiosas para un mejor (re)posicionamiento de Felanpe como una entidad global generadora de contenidos, saberes, experiencias y conocimientos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Porbén S. Estado de la desnutrición en los hospitales de Cuba: Una actualización necesaria. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2015;31:1900-9.
2. de la Cruz Castillo JC, García AG, Velasco N, Graf JIDP, Adames AM, de la Torre AM. Nutritional assessment of hospitalized patients in Latin America: Association with prognostic variables. The ENHOLA Study. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2016;33:655-62.
3. de Aguilar Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DL, Dock-Nascimento DB, Correia MITD, Campos ACL; *et al.* ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Rev Colégio Brasileiro Cirurgiões* 2017;44:633-48.
4. Correia MITD, Hegazi RA, Higashiguchi T, Michel JP, Reddy BR, Tappenden KA; *et al.* Evidence-based recommendations for addressing malnutrition in health care: An updated strategy from the feedME Global Study Group. *J Am Med Direct Assoc* 2014;15:544-50.
5. Correia MITD, Hegazi RA, Diaz-Pizarro Graf JI, Gomez-Morales G, Fuentes Gutiérrez C, Goldin MF; *et al.* Addressing disease-related malnutrition in healthcare: A Latin American perspective. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2016;40:319-25.

6. Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S; for the Ecuadorian Group for the Study of Hospital Malnutrition. State of malnutrition in hospitals of Ecuador. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2014;30:425-35.
7. Hurtado-Torres GF. Incidencia, repercusión clínico-económica y clasificación de la desnutrición hospitalaria. *Medicina Interna México* 2013;29:192-9.
8. Marco J, Barba R, Zapatero A, Matía P, Plaza S, Losa JE; *et al.* Prevalence of the notification of malnutrition in the departments of Internal Medicine and its prognostic implications. *Clin Nutr* 2011;30:450-4.
9. Santana Porbén S; para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. La Nutrición artificial en los hospitales de Cuba. Una actualización. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:384-93.
10. Vallejo KP, Martínez CM, Adames AAM, Fuchs-Tarlovsky V, Nogales GCC, Paz RER; *et al.* Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: A multinational observational study. *Crit Care* 2017;21:227-234. Disponible en: <http://doi:10.1186/s13054-017-1805-z>. Fecha de última visita: 5 de Agosto del 2018.
11. Bettiol M, Cash Rasch, MAR, Fantinelli A, Lipovetzky V, Delledonne A, Etienne C, Iribarne ME, Méndez I, Cortina M. Estado del soporte nutricional enteral hospitalario: Prescripción vs. requerimientos de energía. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:131-42.
12. Santana Porbén S. Estado de la nutrición artificial en Cuba. Lecciones del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria. Publicación RNC dedicada a la Nutrición clínica 2009;18:37-47.
13. Gallegos Espinosa S, Nicolalde Cifuentes M, Santana Porbén S. Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2015;31:443-8.
14. Santana Porbén S. La desnutrición hospitalaria: ¿Mal inherente a los sistemas actuales de salud, y/o próximo reto a vencer? Publicación RNC dedicada a la Nutrición clínica 2009;18: 5-17.
15. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000;78:803-10.
16. Preker A, Harding A. The economics of hospital reform: From hierarchical to market-based incentives. *World Hosp Health Serv* 2003;39:3-10,42,44.
17. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA; *et al.* Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *Am J Infect Control* 2000;28:211-21.
18. Arenas Márquez H. La nutrición perioperatoria: Parte del proceso de seguridad [Visión personal]. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2018;28:241-9.
19. Casasola S, Zarranz EMF. Soporte nutricional a domicilio: ¿El paradigma último de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo? *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011; 21:303-21.
20. Chicharro L, Planas M, Pérez-Portabella C, Vélez C, San José A. El soporte nutricional en el ámbito de la hospitalización a domicilio. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2009;24:93-6.
21. Martínez MA, Arbones MJ, Bellido D. Nutrición artificial domiciliaria. *Endocrinología Nutrición* 2004;51:173-8.
22. Domínguez AG, Benavides ZB, Santana MP, Sosa AMJ, Santana Porbén S. Sobre las competencias de los nutricionistas en los ámbitos hospitalarios y comunitarios. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21:159-74.

23. Canicoba M, de Baptista G, Visconti G. Funciones y competencias del nutricionista clínico. Documento de consenso. Una revisión de diferentes posiciones de sociedades científicas latinoamericanas. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23:146-72.
24. Pellejero M. Estándares para el desempeño profesional de enfermería en Terapia nutricional. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2010;20:361-75.
25. Bejarano-Roncancio JJ, Cortés-Merchán AJ, Pinzón-Espitia OL. Hospital nutrition programs as a criterion for accreditation in health. *Perspectivas Nutrición Humana* 2016;18:77-93.
26. Díaz Lorenzo T, Cardona Gálvez M. Las Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos en el hospital. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:162-83.
27. Betancourt Ortiz S, Mejía M, del Pilar S, Avalos M. Ingeniería de la restauración orientada a la mejoría de la aceptabilidad de un menú hospitalario. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2016;26:191-205.
28. Duch Canals G, Duch Canals C. La gastronomía adaptada al enfermo. Cómo preparar menús palatables a la vez que nutritivos. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:473-82.
29. Maciques Rodríguez R, Alfonso Novo LR, Jiménez García R, Senra Reyes LM, Rodríguez Hernández E, Cordero Herrera M; *et al.* Frecuencia de desnutrición pediátrica en hospitales de Cuba. *Acta Pediátrica Española* 2014;72:384-88.
30. Medina Rosas S, Alfonso Novo L, Santana Porbén S, Sosa Palacios O. Variación del peso corporal del niño enfermo durante la hospitalización. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:11-27.
31. Morais Mestre A, Piñeiro Fernández E, Santana Porbén S. Impacto de la diarrea sobre el estado nutricional de los niños atendidos en un hospital pediátrico. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:321-37.
32. Jiménez García R, Chabau JGB, Santana Porbén S, Martínez EP, González EP, Ferras IS, Torres Amaro A. Soporte nutricional enteral personalizado en el hogar: Hacia una integración en los cuidados nutricionales ambulatorios. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:216-27.
33. Fain H. Apoyo nutricional a domicilio en el mundo pediátrico. La experiencia argentina. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2016;26:118-36.
34. Hernández AG, Rodríguez Suarez A, Pupo Portal L, Argudín TM. Estimulación enteral trófica en el recién nacido grave. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:86-97.
35. Fernández Hernández IS, Santana Porbén S. Sistema de análisis de costes; su lugar dentro de un programa de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2015;31:2711-26.
36. Correia MITD, Perman MI, Pradelli L, Omaralsaleh A, 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.
37. Baxter YC, Dias MCG, Maculevicius J, Ceconello I, Cotteleng B, Waitzberg DL. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2005;29(1 Suppl):S96-S105.
38. Santana Porbén S. La investigación científica en Nutrición clínica y hospitalaria. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21:335-48.
39. August DA, Serrano D. Outcomes research in specialized nutrition support. *Nutr Clin Pract* 2007;22:602-8.
40. Castellanos Torroella C. Sobre las competencias de Enfermería en el apoyo nutricional de la cirugía hepatobiliopancreática. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:221-33.

41. Castellanos Torroella C, Valcárcel Izquierdo N. Sobre la formación de competencias en el perfil de Nutrición del Licenciado en Enfermería dentro de la educación de posgrado. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:227-44.
42. Sunkel G, Trucco D. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación para la educación en América Latina: Riesgos y oportunidades. CEPAL Comisión Económica para la América Latina. Santiago de Chile: 2010. Serie Políticas Sociales número 167. Pp 1-43. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6174>. Fecha de última visita: 1 de Agosto del 2018.
43. Santana Porbén S, Marcos Plasencia LM. Sobre la creación de una cátedra de nutrición en las Facultades de Ciencias Médicas. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012;22:314-25.
44. Echeverri S. La Bioética en la formación del profesional en Enfermería: Visión para Latinoamérica. *Actualizaciones Enfermería* 2005;8:6-7.
45. González GA, Rainieri MD. Aproximación al soporte nutricional desde una mirada bioética: Todo lo técnicamente posible, ¿es éticamente admisible? *Diaeta* 2014;32:7-15.