



Original/Otros

## Modelo Méderi de gestión nutricional hospitalaria

Olga Lucía Pinzón Espitia<sup>1</sup>, Juan Mauricio Pardo Oviedo<sup>2</sup> y Javier Leonardo González Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Perdurabilidad Empresarial. Escuela de Administración, Universidad del Rosario, Méderi. <sup>2</sup>Gestor Docencia Méderi. Especialista en Medicina Interna, Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Universidad del Rosario, Méderi.

<sup>3</sup>Grupo de Investigación en Perdurabilidad Empresarial. Escuela de Administración, Universidad del Rosario. Colombia.

### Resumen

**Introducción:** la necesidad de modelos en atención nutricional para responder a la problemática de la malnutrición en los hospitales, conlleva desarrollar el modelo Méderi de Atención Nutricional, con el fin de elevar la calidad de la atención en salud y promover buenas prácticas de nutrición clínica.

**Objetivo:** describir el proceso de nutrición y soporte metabólico, orientado a medir la eficacia del modelo, el cual se constituye actualmente en un centro de referencia nacional e internacional.

**Materiales y métodos:** estudio de tipo descriptivo, evaluativo, transversal y observacional. Incluye el análisis de la información consolidada desde la implementación del modelo en el año 2008 hasta el año 2014. El número de sujetos del estudio fue de 163.575 y las variables medidas para probar la eficacia fueron: productividad y calidad percibida de la atención nutricional.

**Resultados:** realizado el análisis de los procedimientos claves en los que se fundamenta el modelo: atención nutricional hospitalaria adulta y neonatal, soporte nutricional, interventoría a servicios de alimentación, y docencia e investigación, se encuentra un aumento en la productividad del servicio de un 591 %, así como un incremento del porcentaje de satisfacción de los pacientes del 50 % al 95,8%.

**Conclusión:** el éxito de un modelo de atención nutricional radica en la consolidación de una estructura administrativa y asistencial, que a su vez promueva el desarrollo del talento humano, la docencia y la investigación en nutrición.

(Nutr Hosp. 2015;32:1802-1807)

DOI:10.3305/nh.2015.32.4.9196

Palabras clave: *Procesos de la nutrición. Terapia nutricional. Grupo de atención al paciente.*

### Introducción

La gestión clínica enseña que las diferentes disciplinas y servicios de un hospital deben dirigir sus procesos a ofrecer resultados costo-eficientes y a su vez

**Correspondencia:** Olga Lucía Pinzón Espitia.  
Carrera 7 N.º 13 - 41, Edificio Casur Rodeo, piso 8.  
Programa de Doctorado. Méderi, Colombia.  
E-mail: pinzone.olga@urosario.edu.co

Recibido: 1-V-2015.

Aceptado: 26-VI-2015.

### MÉDERI MODEL NUTRITIONAL CARE HOSPITAL

#### Abstract

**Introduction:** the need for nutritional care models, to address the problem of malnutrition in hospitals, involving developing mederi Nutrition Care Model in order to raise the quality of health care, and promote good practices of Clinical Nutrition. To describe the process of nutrition and metabolic support, aimed at measuring the effectiveness of the model, which is currently a center of national and international reference.

**Materials and methods:** descriptive, evaluative, transversal and observational. Includes analysis of consolidated since the implementation of the model in 2008 through 2014. Information The number of study subjects was 163 575, variables to test the efficacy measures were: productivity and perceived quality of nutritional care.

**Results:** made analysis of the key processes in which the model is based, nutritional adult and neonatal hospital care, nutritional support, supervision of food services, and teaching and research, is an increase in productivity of the service 591 % , increasing the percentage of patient satisfaction from 50% to 95.8%.

**Conclusion:** the success of a model of nutritional care lies in the consolidation of administrative, healthcare facilities, which in turn promotes the development of human talent, teaching and research in nutrition.

(Nutr Hosp. 2015;32:1802-1807)

DOI:10.3305/nh.2015.32.4.9196

Key words: *Nutrition processes. Nutritional support. Nutritional management. Interdisciplinary health team.*

vislumbrar la prestación de servicios con altos estándares de calidad en un entorno altamente competitivo. Las instituciones de salud requieren de un programa de atención nutricional oportuno y eficiente que trabaje en el direccionamiento y abordaje nutricional, propendiendo por un manejo individualizado de los pacientes durante la estancia hospitalaria.

La necesidad de modelos en atención nutricional, radica en la magnitud del problema de malnutrición en los hospitales el cual es de dimensión mundial. Como ejemplo tenemos que en Europa en el año 2003, el Co-

mité de Ministros del Consejo Europeo, por consenso publicó la Resolución RESAP “Resolución sobre alimentación y atención nutricional en hospitales” con el fin de elevar el nivel de atención en salud de los consumidores en los centros asistenciales, teniendo como referente que el acceso a una variedad segura y saludable de los alimentos es un derecho humano que se debe garantizar durante la atención<sup>1,2</sup>.

Por ello, diversas organizaciones que trabajan en la acreditación en salud, incluyen en sus estándares de evaluación la atención nutricional como parte del manejo integral, con el fin de prevenir la malnutrición hospitalaria, e implementar tratamientos nutricionales oportunos, para así favorecer resultados clínicos exitosos<sup>3-5</sup>.

Desde la perspectiva, Méderi como una organización que presta servicios integrales de salud humanizada y segura, en el año 2008 diseñó el modelo de atención nutricional hospitalario enmarcado en el proceso de nutrición y soporte metabólico, constituyéndose hoy en día en un modelo de referencia. Dicho modelo, tiene como factor diferenciador una atención nutricional integral, desde el ingreso del paciente a la institución por el servicio de urgencias hasta su egreso hospitalario, teniendo en cuenta criterios de calidad, atención individualizada y sostenibilidad organizacional, en la búsqueda permanente de la excelencia.

Cerramos el presente apartado, con el interés de aportar al campo de la atención nutricional como factor imprescindible en las organizaciones de salud, desde una destacada y prolífica actividad científica e investigativa, y como afirma Aktouf<sup>6</sup>, con el fin de construir una nueva concepción en la investigación en la administración en salud - y per se en la nutrición clínica- dada la necesidad de construir contextos que propendan por la competitividad y el bienestar común.

## Objetivo

Describir el proceso de nutrición y soporte metabólico, diseñado e implementado en Méderi desde el año 2008 hasta el 2014, el cual se constituye actualmente en un centro de referencia nacional e internacional.

## Materiales y métodos

La presente investigación describe el modelo de atención nutricional Méderi, desde la consolidación de la experiencia implementada desde el año 2008 al 2014. Estudio de tipo descriptivo, evaluativo, transversal y observacional. Incluye el análisis de la información consolidada desde la implementación del modelo en el año 2008 hasta el año 2013. La metodología del presente artículo incluye dos características desde el posicionamiento del investigador que son relevantes, la observación y la generalización.

## Descripción del modelo

Méderi cuenta con dos sedes en Colombia el Hospital Universitario Mayor y el Hospital Universitario Barrios Unidos, con una capacidad instalada de 801 camas, distribuidas en las siguientes especialidades, clínicas médicas, clínicas quirúrgicas, especialidades en servicios para atención en el embarazo y partos de alto riesgo, urgencias, unidad de cuidados intensivos neonatales y el departamento de medicina crítica con una capacidad de 118 camas.

El proceso de Nutrición y Soporte Metabólico tiene como objetivo gestionar las actividades técnicas, administrativas y científicas, relacionadas con la atención nutricional integral de forma segura, oportuna y pertinente a los pacientes; contribuyendo a la recuperación de su estado de salud durante el proceso de atención médica, basados en la normatividad vigente con el fin de evitar y/o mitigar el riesgo en la prestación del servicio y satisfacer las necesidades de nuestros clientes.

La atención nutricional se fundamenta en las siguientes directrices de operación: el proceso establece los lineamientos para la adecuada prescripción y seguimiento de la terapia nutricional, propende por el suministro seguro de la alimentación y el soporte nutricional y metabólico, según los lineamientos de la Política en seguridad del paciente<sup>7-9</sup>.

Para dar cumplimiento de manera exitosa al proceso y a las directrices de operación, el proceso está conformado por un Sistema Integrado de Gestión, que incluye cuatro procedimientos: Procedimiento Atención Nutricional Hospitalaria, Procedimiento Atención Nutricional Hospitalaria Unidad Neonatal, Soporte Nutricional y Procedimiento de interventoría de servicios de alimentación.

## Méderi en el camino del liderazgo y la excelencia

Desde el 2008, en Méderi se conformó un proceso de nutrición que se destaca por su compromiso con la prestación del servicio, la metodología y el rigor científico. “La adecuada evaluación y atención nutricional contribuyen a la disminución de los costos, complicaciones médicas y metabólicas, a la disminución de la estancia hospitalaria, y están directamente relacionadas con la calidad del servicio”<sup>10</sup>.

## Resultados

### Modelo Méderi en atención nutricional Hospitalaria

A continuación se describen los procedimientos y actividades que forman parte del modelo, y que anualmente dan como resultado la ejecución de 815.544 actividades para el año 2013, reflejando un aumento de 90.562 actividades adicionales a las realizadas en el

**Tabla I***Consolidado anual de la productividad del Servicio de Nutrición y Soporte Metabólico*

<i>Procedimiento / Número de actividades</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>
Atención nutricional Hospitalaria	684.657	760.428
Soporte Nutricional	29.446	33.542
Unidad Neonatal - atención nutricional hospitalaria	10.004	18.890
Interventoría a servicios de alimentación	1.375	2.684
<b>Total de actividades</b>	<b>725.482</b>	<b>815.544</b>

Fuente: Méderi (2014) Estadísticas internas Servicio de Nutrición y Dietética.

año 2012, equivalente a un incremento del 12.5% de productividad, con el mismo personal asignado para la prestación del servicio y resultado de los planes de mejoramiento continuo implementados en el servicio (Tabla I).

#### *Procedimiento Atención Nutricional Hospitalaria*

En el flujo operacional se describen las siguientes actividades: programación de dietas por nutricionista – dietista, tamizaje nutricional y control de ingesta.

En referencia a la programación de dietas, Méderi cuenta con un equipo de nutricionistas – dietistas, quienes diariamente realizan la programación electrónica de dietas, teniendo en cuenta la adecuada solicitud de las mismas, incluyendo la prescripción médica, las recomendaciones de calorías y nutrientes ajustadas a patología, edad, género y condición, que contribuya a mantener y/o recuperar el estado de salud y nutricional del paciente hospitalizado. Adicionalmente se incluyen indagación y análisis de gustos y preferencias, para así satisfacer las expectativas de los pacientes. Anualmente se programaron en promedio 720.000 dietas por profesionales en nutrición al año.

El presente procedimiento incluye el Tamizaje nutricional, el cual se estableció al ingreso de los pacientes, inclusive desde el servicio de urgencias, la cual llevan a cabo profesionales en Nutrición y Dietética como una metodología para registrar la información referente a la atención nutricional hospitalaria y apertura de una nota. En Méderi se utiliza como herramienta de valoración del riesgo nutricional de Fergusson<sup>11-13</sup>. Anualmente se realizaron 13.295 tamizajes en el Servicio de Urgencias, registrados en la historia clínica sistematizada.

De manera articulada y complementaria, en Méderi se realiza un control de ingesta visual de alimentos en todos los tiempos de comida, por parte de auxiliares de dietas debidamente entrenadas con el objetivo de conocer el consumo de la alimentación suministrada en los hospitales, observar patrones alimentarios y explorar la asociación de la disminución de alimentos consumidos y su asociación con el riesgo de enfermedad.

En referencia al seguimiento a la ingesta diaria de alimentos por parte de nuestros pacientes, esta de alimentos se constituye en un indicador de satisfacción y consumo de la alimentación suministrada el cual permite seguir de cerca al paciente y realizar los cambios dieto-terapéuticos en los casos que amerite.

Es de anotar por ejemplo que el consumo promedio de todas las dietas hospitalarias era de un 30% en abril del 2008, y actualmente se registra un consumo del 92% del total de las porciones de la dieta normal ofrecida a los pacientes. Además, encuestas realizadas a los pacientes que consumen dieta normal, muestran que un 96% de ellos califica la alimentación hospitalaria entre buena y muy buena<sup>10</sup>.

Adicionalmente se cuenta con un equipo de nutricionistas, que una vez detectados los pacientes con una ingesta menor al 75%, realiza posterior cuantificación de la alimentación consumida por profesional en nutrición y dietética, quien registra los resultados en la historia clínica sistematizada para revisión por parte del equipo interdisciplinario, y la cual deriva a interconsulta al equipo de soporte nutricional para evaluación de necesidad y pertinencia de complemento y/o suplemento nutricional. Esta actividad es prioritaria en la medida que al detectar los pacientes hospitalizados durante la internación que no consumen la totalidad de la dieta prescrita, se constituye en un factor de riesgo independiente para la mortalidad hospitalaria.

#### *Procedimiento Atención Nutricional Hospitalaria Unidad Neonatal*

El procedimiento tiene como grupo objetivo toda la población neonatal hospitalizada, el alcance de dicho procedimiento, inicia desde la revisión de registros clínicos de ingreso del paciente (orden médica, laboratorios clínicos, notas de enfermería, evolución médica, curvas de crecimiento), hasta las recomendaciones de egreso de la atención nutricional del neonato.

Se cuenta con un grupo de soporte nutricional neonatal conformado por médico pediatra, nutricionista, enfermera y auxiliares de enfermería, que diariamente realizan la revista para evaluar el inicio y continuidad de la terapia nutricional, enteral y parenteral.

El nutricionista lidera las actividades de seguimiento nutricional, mediante el reporte diario del monitoreo de soporte nutricional y metabólico en el neonato, registro de parámetros antropométricos en la curva de seguimiento nutricional, según las guías de manejo nutricional en el neonato, nutrición enteral y nutrición parenteral en el neonato.

Se dispone de un servicio dietético para lactantes (SEDIL) establece los lineamientos para la extracción, preparación, manipulación y distribución de leche materna y fórmulas lácteas, suministrada a los bebés de la unidad neonatal y los servicios de hospitalización, de acuerdo a la normatividad vigente y todas las condiciones sanitarias para disminuir el riesgo de infecciones y mejorar sus condiciones de salud.

Los logros de la implementación del modelo son los siguientes, recuperación del peso al nacer en un tiempo menor a 10 días, siendo la línea de base mayor a 16 días. Inicio de soporte nutricional hospitalario en las primeras 24 horas de vida, en el 100 % de recién nacidos y educación al 100% de las madres de los recién nacidos en la Institución en lactancia materna.

#### *Procedimiento Soporte Nutricional Enteral y Parenteral*

El alcance del presente procedimiento inicia desde la solicitud de interconsulta a la Unidad de Soporte Metabólico y Nutricional (USMN) generada por los diferentes servicios de la Institución, para la elección e instauración del tipo de soporte (vía oral, sonda u ostomía y parenteral), hasta el retiro del mismo, en todos los servicios de los hospitales.

Méderi dispone de un equipo conformado por Nutricionistas, Cirujano, Médico Internista, Profesional en Enfermería, Químico Farmaceuta y auxiliares de enfermería de apoyo, los cuales dan respuesta a un promedio de 3.600 interconsultas, y 35.000 manejos diarios por soporte nutricional especializado y al año, incluye nutrición enteral, nutrición parenteral y suplementación. Dicho manejo diario tiene como objetivo estandarizar y asegurar el adecuado seguimiento de los pacientes con Soporte Nutricional de los Hospitales Méderi, con el fin de evaluar la respuesta a la terapia nutricional instaurada.

#### *Procedimiento de interventoría de servicios de alimentación*

El proceso de Nutrición y Soporte Metabólico es el responsable de la supervisión de contratos de servicios de alimentación externa, con el fin garantizar el cumplimiento de las especificaciones técnicas por parte del Outsourcing de alimentación en sus dos modalidades, Hospitalario y No hospitalario.

Como parte de las actividades de la interventoría, se encuentra el desarrollo de estrategias para promover el

consumo de la alimentación hospitalaria y el aumento de la satisfacción del servicio. Como resultado de estas actividades Méderi desarrolla la Dieta Túrmix y el Fleximenú.

La dieta túrmix es una dieta cuya característica fundamental es una textura modificada semifluida-blanda que se adapta a situaciones fisiopatológicas específicas como la ausencia o pérdida de piezas dentales que lleva a dificultad para masticar, disfagia o diferentes trastornos de la deglución; o en eventos quirúrgicos, como por ejemplo en la cirugía de tratamiento para el reflujo gastroesofágico<sup>14</sup>.

Dicha dieta fue diseñada por un equipo de nutricionistas con experiencia en tecnología y servicios de alimentación, soporte nutricional y atención en trastornos de la deglución, con el fin de ofrecer una alternativa a los pacientes con dificultad de masticación.

Teniendo en cuenta el impacto de la implementación de la dieta en los hospitales, se llevó a cabo material de apoyo en conjunto con la Universidad del Rosario, con el fin de que profesionales de la salud y cuidadores estén en capacidad de abordar la problemática de los trastornos de la deglución de manera práctica y sencilla<sup>15</sup>.

#### *Fleximenú*

En el año 2010 se realizó un análisis de los ciclos de menús y sus preparaciones, realizando una evolución gastronómica a la alimentación ofrecida en el año 2011. Es así como los pacientes tienen la opción de elegir entre diferentes alternativas, las que se ajusten a sus gustos y preferencias. Para la elaboración de los menús del Fleximenú se tuvo en cuenta los hábitos de alimentación de nuestra población y la gastronomía Colombiana e Internacional. Así en Méderi se ofrecen platos típicos como el ajiaco, platos cartageneros con pescado, sobrebarriga al horno y platos internacionales como la lasagna, goulash húngaro y steak napolitano entre otros.

Actualmente, hay 18 dietas terapéuticas diferentes, las cuales son programadas por Nutricionista de acuerdo a la patología del paciente. Esta estrategia unida al seguimiento y control de la ingesta de alimentos diaria y durante todos los tiempos de comida, la cual monitorea el porcentaje de ingesta de alimentos de nuestros pacientes por escala visual para evaluación de sobranes de alimentos en plato servido; y realización del control de los kilos de alimentos servidos y generación de los residuos de alimentos, por no consumo de la dieta, revisando el histórico. Es de resaltar que en 2008 los residuos generados eran 70 %, en 2010 se alcanzaron cifras del 8.3% y en 2011 el 6.4 %. Actualmente los residuos son menores al 6%.

El Fleximenú forma parte de un programa de gestión hotelera de la alimentación, el cual adicionalmente cuenta con un componente de educación nutricional que incluye mensajes en individuales,

recetarios, y recomendaciones por una alimentación saludable.

### *Docencia e investigación*

En el Servicio de Nutrición y Dietética se llevan a cabo actividades de docencia en temas de Soporte Nutricional especializado, Nutrición Clínica y Gerencia de Servicios de Alimentación, asisten a la rotación académica estudiantes de diferentes disciplinas y especialidades de las Universidades más prestigiosas del país.

En Méderi, en el marco de la planeación estratégica institucional el Servicio de Nutrición y Soporte Metabólico con el acompañamiento del Departamento de Investigaciones, lidera la línea de investigación “soporte nutricional en el adulto”, con el fin de que a través de la investigación fomentar adecuadas prácticas en nutrición clínica.

Como resultado de todas estas experiencias, el grupo de Nutrición ha participado en diferentes eventos académicos nacionales e internacionales. Anualmente, y desde el inicio mismo de Méderi, se lleva a cabo el simposio de actualización en el que se abordan temas de nutrición clínica como parte fundamental en el tratamiento de los pacientes hospitalizados, con el objetivo de reunir en un espacio académico a reconocidos docentes y profesionales en salud, para reflexionar en torno a la importancia de la intervención nutricional en las instituciones hospitalarias.

La atención nutricional se constituye en una ventaja competitiva, la cual debe incluir herramientas centradas en mejorar los resultados del abordaje nutricional en el sector salud. Estrategias como la Declaración Internacional sobre el derecho a la nutrición en los hospitales<sup>16</sup>, y el NutritionDay en hospitales como herramienta fomentan la gestión y las competencias del profesional en nutrición para el logro de las metas gerenciales y administrativas<sup>17-19</sup>. En el año 2009 Méderi- Hospital Universitario Mayor fue el único en Latinoamérica y el primero en Colombia en aplicar esta herramienta. En la actualidad se encuentran como reportantes en Colombia diversas instituciones, a través de la labor de difusión y gestión que viene desarrollando la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica, para llevar a cabo “Día de la Nutrición” en Colombia”.

### **Discusión**

Cualquier desequilibrio en la nutrición, puede conllevar a estados de desnutrición, constituyéndose en una patología frecuente en los hospitales<sup>20</sup>, que requiere de puntos clave como estandarizar el procedimiento Atención Nutricional Hospitalaria el cual debe incluir el tamizaje y el control de ingesta.

El proceso INFORNUT<sup>®</sup> se basa en un programa de cribado automatizado de detección sistemática e iden-

tificación precoz de pacientes desnutridos al ingreso hospitalario, el cual reportó en una muestra de 3600 pacientes por la mitad de ellos resultaron de riesgo medio o alto<sup>21</sup>, valor similar al reportado en Méderi en una muestra de 57.456 pacientes el 40.2% presentaron riesgo alto y medio.

En referencia al control de ingesta, el implementar estrategias para mejorar la calidad de la alimentación permite lograr un consumo del 92% de las porciones servidas, valores superiores a los referidos en la literatura. Kondrup<sup>22</sup> reporta que un consumo por debajo del 75% de las necesidades nutricionales estimadas conlleva a una pérdida de peso, otros estudios que evaluaron la ingesta reportan consumos de los pacientes evaluados el 57% no comen lo suficiente<sup>23</sup>.

Otro punto relevante es el impacto del procedimiento Atención Nutricional Hospitalaria Unidad Neonatal, el cual logra recuperar el peso al nacer en un tiempo menor a 10 días, valor inferior a la literatura que reporta entre 11.7 y 18 días para alcanzar la meta<sup>24-27</sup>.

El Procedimiento de intervención de servicios de alimentación, permite monitorear las estrategias para mejorar la calidad de la alimentación ofrecida en los hospitales<sup>28,29</sup>, logrando además de un aumento en el consumo de alimentos, una mayor aceptación de menús<sup>30,31</sup>, una disminución de los residuos hospitalarios. En Méderi los residuos de alimentos no consumidos alcanzan valores inferiores al 8% y a los referidos en la literatura que alcanzan el 70%<sup>31-35</sup>.

### **Conclusión**

En Méderi, el modelo de atención nutricional se constituye en un modelo de referencia, en la búsqueda del liderazgo y la excelencia, resultado de la estructuración como proceso transversal, el trabajo diario, las prácticas y los resultados del servicio.

Dicho modelo también ha sido descrito y referenciado desde herramientas de logística hospitalaria<sup>28</sup>. El éxito radica en la consolidación del modelo administrativo, fortalecimiento del proceso asistencial, desarrollo del talento humano, desarrollo de la docencia e investigación en nutrición y la prestación de servicios con calidad.

### **Agradecimientos**

Los autores expresan los agradecimientos a las Directivas de Méderi, quienes apoyaron el diseño y consolidación del Modelo de Nutrición y a la Universidad del Rosario que incentiva la publicación de experiencias exitosas.

Agradecemos a las instituciones que nos han visitado y/o referenciado el Modelo, para implementar las prácticas observadas en pro del bienestar de sus pacientes.

## Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

## Referencias

1. Ministros C. Resolución ResAP (2003) 3 sobre alimentación y atención nutricional en hospitales. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 2005;25(1):38-45.
2. García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo M, de Ulíbarri J, Río Jd, Galbán C, et al. Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*. 2005;20(2):82-7.
3. Minsalud. Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud In: Social MdSyP, editor. Colombia 2014.
4. Minsalud. Sistema Unico de Acreditación en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social 2012.
5. Organizations JCoAH. Hospital Accreditation Standards: 2007 HAS: Accreditation Policies, Standards, Elements of Performance, Scoring: Joint Commission Resources; 2007.
6. Aktouf O. Nuevas tendencias en la Administración. Primer Congreso Nacional de Administración salud: los nuevos retos de la administración en salud en Colombia 2012.
7. Agra Y, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud The safety of the patient: a strategy of the National Health System. 2006.
8. Roncancio JJB. Nutrición basada en la evidencia en acreditación hospitalaria. XXVIII Congreso Nacional de la AMMFEN; Sinaloa 2013.
9. Hughes RG, Mitchell PH. Defining Patient Safety and Quality Care. 2008.
10. Arrazola P. Méderi en el camino del liderazgo y la excelencia. Concencia. 2011.
11. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition* (Burbank, Los Angeles County, Calif). 1999;15(6):458-64.
12. Skipper A, Ferguson M, Thompson K, Castellanos VH, Porcari J. Nutrition Screening Tools An Analysis of the Evidence. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2012;36(3):292-8.
13. Jones J. The methodology of nutritional screening and assessment tools. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2002;15(1):59-71.
14. Bejarano J, Pinzón O. La dieta túrmix: una alternativa para el manejo colaborativo de la disfgaia. *Redes Comunicativas*. 2012;11(1):42-51.
15. Santoyo S, Pinzón O. Trastornos de la deglucion enfoque fonoaudiologico y nutricional In: Méderi UdR-, editor. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Colombia 2013.
16. Pineda JdICC, Grijalva RF, Dugloszewski C, Día JR. Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutrición Hospitalaria*. 2008;23(n05).
17. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeninger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clinical nutrition*. 2009;28(5):484-91.
18. Valentini L, Schindler K, Schlaffer R, Bucher H, Mouhieddine M, Steininger K, et al. The first nutritionDay in nursing homes: participation may improve malnutrition awareness. *Clinical Nutrition*. 2009;28(2):109-16.
19. Tripamer J, Schindler K, Pernicka E, Steininger K, Schlaffer R, Handschuh M. Validation Of The Food Intake In The NutritionDay Project. ESPEN Vienna. 2009:P157.
20. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International journal of environmental research and public health*. 2011;8(2):514-27.
21. Gámez JLV, Pérez CG, García-Almeida JM, Reina AM, del Río Mata J, Fernández EM, et al. PROCESO INFORNUT®; MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO DESNUTRIDO A SU DIAGNÓSTICO Y SOPORTE NUTRICIONAL; REPERCUSIÓN EN INDICADORES DE GESTIÓN; DOS AÑOS DE EVALUACIÓN. *NUTRICION HOSPITALARIA*. 2014;29(n06):1210-23.
22. Kondrup J, Johansen N, Plum L, Bak L, Larsen IH, Martinussen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition*. 2002;21(6):461-8.
23. Dupertuis Y, Kossovsky M, Kyle U, Raguso C, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clinical Nutrition*. 2003;22(2):115-23.
24. Rizzardini M, Ferreiro M, Nilo P, Palominos MA, Pantoja S. Crecimiento postnatal del recién nacido de muy bajo peso: I. Crecimiento inmediato. *Rev Chil Pediatr*. 1988;59:166-9.
25. Cooke RJ, editor Postnatal growth and development in the pre-term and small for gestational age infant. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program; 2010.
26. Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH, McCormick MC, Bauer CR, Bernbaum JC, et al. Early intervention in low-birth-weight premature infants: Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *Jama*. 1994;272(16):1257-62.
27. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Buka SL, Goldman J, Yu J, Salganik M, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics*. 2006;117(3):771-80.
28. Suárez Sanabria DA, Roza Granados YA. Buenas prácticas de gestión nutricional apoyadas en la logística hospitalaria. 2014.
29. García ÁC. Gestión de calidad en el Área de Alimentación del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. *Anales de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental*. 2003;16:1.
30. Echeverri AMA. Título: Comer en el hospital colonial: apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del siglo XVIII [\*] Autor: Adriana María Alzate Echeverri [\*\*] Tema: Cuerpo, enfermedad, salud y medicina en la historia Enero-Abril 2012.
31. Guillén N, Torrentó M, Alvaldejo R, Salas-Salvadó J. Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. *Nutrición Hospitalaria*. 2004;19(n05).
32. Brugues M, Pibernat A, Campasol S, Moizé V, García-Lorda P. Evaluación de la aceptación de los menús servidos en un Hospital mediante estimación visual de los residuos de las bandejas. *Actividad dietética*. 2000;8:116-9.
33. Luque CC. NUTRITION DAY COLOMBIA 2012.
34. Quintero González SP. Organización y ejecución del día de la nutrición en instituciones hospitalarias de Bogotá-Colombia primera fase. 2010.
35. Savino P. LEGISLACIÓN DE LOS ALIMENTOS CON PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECIALES, APME. *Revista Medicina*. 2014;36(4):364-75.