

Policlínico Universitario “19 de Abril”. La Habana

EL PASE DE VISITA ASISTENCIAL INTEGRADO DENTRO DE LA ENSEÑANZA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN

Vilma Fundora Álvarez^{1¶}, Emilio Manuel Zayas Somoza^{2¶}, Ramón Miguelez Nodarse^{3¶}.

RESUMEN

El pase de visita asistencial (PVA) es un recurso educativo indispensable para la formación de habilidades y competencias del médico, a la vez que un instrumento clásico de la educación médica. Confinado durante años a los escenarios hospitalarios, el PVA se conduce ahora en todos los escenarios sanitarios de la prestación de salud de Cuba. El PVA se concibe primordialmente para que el médico en formación sea capaz de describir sintéticamente la situación clínico-quirúrgica del paciente que asiste, junto con las intervenciones a realizar, y el correspondiente plan de seguimiento y evaluación del impacto de las mismas. El PVA puede convertirse en una herramienta importante para exponer al médico en formación a los conocimientos de Alimentación y Nutrición que sean requeridos para el cumplimiento integral de las misiones asistenciales que se le encarguen en la práctica cotidiana. El PVA integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición comprenderá las orientaciones metodológicas para la construcción de caso de los trastornos nutricionales presentes en el enfermo, la elaboración de juicios diagnósticos, de valor y pronósticos sobre el trastorno nutricional encontrado, el plan terapéutico para aminorar el impacto de tales trastornos sobre la evolución del paciente y la respuesta terapéutica, y la gestión sanitaria; y el programa de seguimiento de las acciones prescritas. Como le corresponde a toda actividad educativa, el profesor que guíe el PVA debe recomendarle al médico en formación la literatura pertinente para la realización del PVA integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición, acompañada de las orientaciones metodológicas para asegurar el éxito de esta actividad y la inculcación de los conocimientos de Alimentación y Nutrición que después volcará en sus encargos asistenciales una vez graduado; así como la evaluación de los resultados obtenidos. **Fundora Álvarez V, Zayas Somoza EM, Miguelez Nodarse M. El pase de visita asistencial integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2019;29(1):243-252. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.**

Palabras clave: *Pase de visita asistencial / Nutrición / Índice de Riesgo Nutricional Geriátrico / Evaluación Geriátrica Integral / Familiograma / Dinamometría.*

¹ Médico, Especialista de Primer Grado en Neonatología. Jefa del Departamento Docente. Policlínico Universitario “19 de Abril” de Referencia Nacional de la Atención Primaria de Salud y los Estudios sobre Aterosclerosis.

² Médico, Especialista de Segundo Grado en Geriatria y Gerontología. Investigador Auxiliar de la Academia de Ciencias de Cuba. Diplomado Superior en Gerencia y Dirección de Salud. Máster en Ciencias. ³ Médico, Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Jefe del Departamento de Clínicas. Facultad “Comandante Manuel Piti Fajardo”.

¶ Profesor Auxiliar.

Recibido: 5 de Abril del 2019. Aceptado: 4 de Mayo del 2019.

Vilma Fundora Álvarez. Policlínico Universitario “19 de Abril”. Plaza de la Revolución. Municipio Plaza. La Habana. Cuba.

Correo electrónico: vilma.fundora@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El pase de visita asistencial (PVA) es clave en el proceso de formación médica. Durante esta actividad (siempre docente en su naturaleza) alumnos, internos, residentes, especialistas y profesores, junto con el personal auxiliar de salud (como la Enfermería) interactúan, discuten y socializan en torno a los problemas de salud del enfermo, las rutas diagnósticas seguidas, los tratamientos médicos instalados (y la respuesta a los mismos), y la evolución futura.

Mediante el PVA se educa al alumno (sujeto del proceso docente-educativo) en la obtención, análisis y síntesis de la información demográfica, clínica, psicológica, epidemiológica y sanitaria recabada del paciente mediante las herramientas y recursos a su disposición; en la capacidad de proyectar, transmitir y comunicar a sus semejantes la complejidad clínica, diagnóstica y terapéutica del paciente, y a la vez, en la adquisición de habilidades y competencias para el mejor desempeño en sus futuras áreas de influencia.¹⁻²

Las características metodológicas y operacionales del PVA han sido expuestas previamente.³⁻⁵ El PVA puede (debe) conducirse ante cualquier enfermo atendido en un escenario especificado de la atención sanitaria,⁶⁻⁷ sea éste la sala de ingreso de un hospital o de una institución perteneciente al nivel primario de salud (como el hogar materno-infantil, el hogar de ancianos, y el hogar de impedidos físicos y motores); la sala de observación del policlínico docente-comunitario (o de una posta médica que opera en una región apartada del país); el consultorio médico ubicado en el área de salud, o el propio hogar.

El pase de visita médico puede convertirse en una poderosa herramienta pedagógica para exponer al médico en formación (tanto interno como residente) a

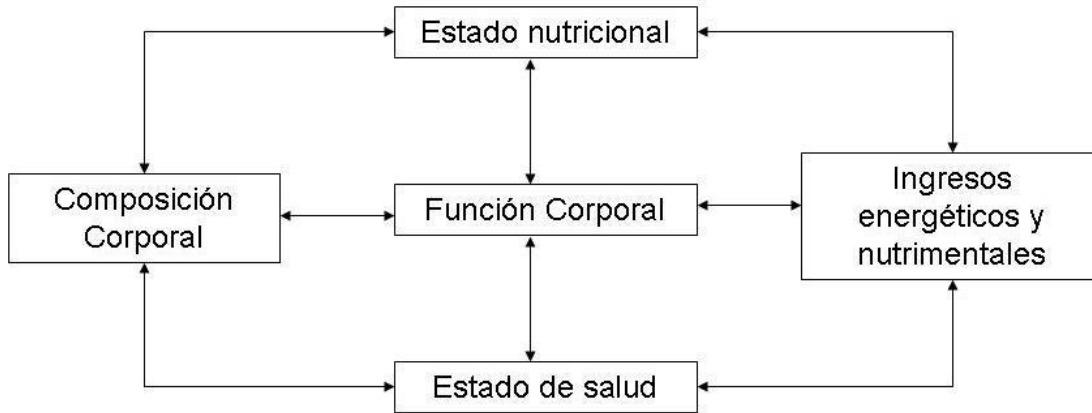
los temas de Nutrición clínica y hospitalaria, Terapia nutricional, Apoyo nutricional, Nutrición artificial y Metabolismo; habida cuenta de la escasa presencia de los mismos en los programas de formación de Ciencias médicas.⁸ De esta manera, se pretende que el médico en formación pueda reconocer, identificar y graduar los trastornos nutricionales presentes en el paciente que atiende; formular pronósticos sobre la repercusión de tales trastornos en el estado de salud del enfermo y la respuesta terapéutica; diseñar y proponer un programa de cuidados nutricionales acorde con la situación clínico-quirúrgica del paciente; dar fe del cumplimiento del mismo; y escalar este programa hasta la convalecencia del enfermo en el hogar.

Sobre el objetivo del pase de visita asistencial integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición

El profesor guía debe aprovechar el PVA para presentar, ante los médicos en formación y demás especialistas y profesionales asistentes, a la Nutrición como la disciplina integradora de las Ciencias médicas y clínicas,⁹ por cuanto el estado de salud es la expresión más concentrada del estado nutricional de sujetos y poblaciones. En correspondencia con lo anterior, la Nutrición debe ser vista como el cemento integrador sobre la cual se apoya el proceso salud-enfermedad, y un elemento siempre a tener en cuenta en los diálogos éxito vs. fracaso terapéutico, morbimortalidad vs. calidad de vida.

La Figura 1 muestra los 4 dominios (léase también categorías) que describen (califican) el estado corriente de salud del enfermo. En este modelo, cada categoría posee su propio cuerpo teórico, y está vinculada con las restantes dentro de un sistema dialéctico de causa-efecto.

Figura 1. Relaciones que el estado de salud de un sujeto sostiene con distintas categorías (dominios) de la alimentación y la nutrición. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.



Fuente: Bedogni G, Borghi A, Battistini NC. Principi di valutazione dello stato nutrizionale. EDRA Medical Publishing. Milán: 1999.

El estado de salud de un sujeto se define como “el estado de completo bienestar físico, psíquico, y social”.¹⁰ Es solo natural entonces comprender que el estado de salud depende fuertemente del estado nutricional del sujeto, esto es, de la capacidad del sujeto de utilizar correctamente los nutrientes que ingiere diariamente con los alimentos que componen la dieta, y que este estado nutricional se expresa mediante una composición y un hábito corporales que (a su vez) le permiten al sujeto desarrollar su actividad física e intelectual. En congruencia con lo anterior, se hace evidente que la enfermedad puede repercutir sobre los dominios expuestos anteriormente, produciendo cambios en la composición corporal, afectando el validismo y la autonomía del sujeto, y alterando la cuantía y la calidad de los ingresos nutrimentales para, finalmente, provocar desnutrición (que siempre será

energética y nutrimental). Las intervenciones terapéuticas (y dentro de ellas los cuidados alimentarios y nutricionales) estarán orientadas a restaurar primero el estado nutricional, y después el estado de salud y todas las funciones dependientes de esta categoría.

Sobre el diseño de, y las acciones a incorporar dentro del pase de visita asistencial integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición

En una primera aproximación, el PVA serviría para que el alumno exponga la situación alimentaria, nutricional y metabólica del paciente que atiende a través de indicadores selectos, y su probable vínculo con el estado corriente de salud-enfermedad del mismo.¹¹ La oportunidad del PVA serviría además para discutir la

pertinencia de la inclusión de la forma presente de malnutrición (por defecto/por exceso) en la lista de problemas de salud del paciente, y con ello, las acciones terapéuticas a realizar para aminorar su influencia.

El PVA integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición tendría 4 fases distintivas: la construcción de caso del fenotipo nutricional, la exposición de un programa de cuidados nutricionales, la evaluación del impacto del mismo, y la continuidad de las acciones nutricionales en el hogar del enfermo.

El médico en formación debe inculcar que el estado nutricional es la expresión más concentrada del estado de salud del ser humano, y en congruencia con ello, en todo paciente se requiere indagar sobre la presencia de trastornos nutricionales que puedan concurrir con la enfermedad que determinó el ingreso hospitalario (o el encuentro con el médico), y a la vez, que puedan afectar la respuesta terapéutica. Igualmente, el médico en formación debe ser capaz, a la conclusión de la fase de construcción de caso del fenotipo nutricional, de ofrecer una evaluación integral del estado nutricional del enfermo, así como establecer las asociaciones entre esta categoría y los indicadores de gestión sanitaria como la respuesta terapéutica, la estadía hospitalaria, la condición al egreso, y los costos de la atención de salud.

No obstante, se le debe hacer ver al médico en formación que la construcción de caso de la desnutrición energético-nutricional (DEN) presente en el enfermo puede ser filosóficamente compleja, por cuanto no existe un indicador diagnóstico que por sí mismo y en sí mismo comporte toda la información nutricional del mismo. El médico en formación debe ser orientado entonces en la herramienta/recurso que empleará en la construcción de caso de la DEN. Existen varias, y todas comparables en sus características operacionales.¹² La ESG es una herramienta santificada por la

práctica, y con excelente valor reproductivo y predictivo.¹³ Si el caso fuera del exceso de peso y la obesidad, entonces el médico en formación debe ser educado en la interpretación correcta del valor calculado del Índice de Masa Corporal (IMC),¹⁴ y cómo este valor se puede validar con mediciones ancilares como la circunferencia de la cintura y el índice cintura-talla.¹⁵⁻¹⁶

El PVA también puede servir para que el médico en formación sea introducido a la Evaluación Geriátrica Integral (EGI).¹⁷ Cuba se encuentra abocada a un rápido envejecimiento demográfico.¹⁸ En este momento, poco más de la quinta parte de los cubanos rebasa los 60 años de edad, lo que hace de Cuba el país más envejecido del área latinoamericana. Igualmente, las áreas hospitalarias reciben cada día un mayor número de adultos mayores para el tratamiento de enfermedades orgánicas asociadas al envejecimiento.¹⁹ El médico que se desempeña en escenarios geriátricos debe entonces ser capaz de reconocer en los pacientes que atiende aquellos síndromes nutricionales cuya incidencia se incrementa en esta etapa de la vida, como la osteoporosis,²⁰ la sarcopenia,²¹⁻²² y la obesidad sarcopénica.²³ Asimismo, el médico en formación debe ser capaz de identificar el síndrome de fragilización del adulto mayor,²⁴⁻²⁵ y proponer las intervenciones congruentes para paliar el impacto negativo de este (y otros) trastorno(s) nutricional(es) encontrado(s).

Construido el diagnóstico nutricional, el médico en formación debe proponer un programa de cuidados nutricionales acorde con la situación clínico-quirúrgica en la que se encuentra el paciente. Para ello, el médico será expuesto a los textos y algoritmos correspondientes. Se hará énfasis durante la preparación del PVA, y la conducción del mismo, de privilegiar el sostén del estado nutricional del enfermo mediante el uso de la vía oral con alimentos como la primera medida nutricional siempre que las

condiciones concurren en ello (lo que suele ocurrir en el 90% de las instancias). También se insistirá en que no introduzcan restricciones innecesarias en la textura, ni la consistencia de los alimentos que se le han de servir al enfermo, y que el contenido energético de los mismos debe corresponderse con los requerimientos energéticos de aquel.

Debe ser un elemento primordial durante la realización del PVA la llamada de atención sobre los ayunos prolongados o repetitivos que se prescriben al enfermo durante la hospitalización, y que, sin lugar a dudas, interrumpen y laceran en múltiples ocasiones los ciclos metabólicos nutricionales, o que, en otras tantas oportunidades, inducen o provocan estados nutricionales deficitarios intrahospitalarios, a riesgo de constituirse en causas de mala *praxis*. Nunca se insistirá lo suficiente en la minimización y/o regulación del ayuno hospitalario por cualquiera razón que lo motive.

El médico en formación deberá examinar la procedencia de la suplementación nutricional en el paciente que se alimenta por vía oral, y qué productos usar llegado el caso. En este punto, el profesor responsable del PVA introducirá elementos de costo-beneficio para una mejor realización de la selección que se haga del producto a recomendar.

Puede quedar fuera del alcance del PVA en una sala abierta discurrir sobre las terapias nutricionales de sostén cuando la vía oral no está expedita, o cuando el tracto gastrointestinal no está disponible. Sin embargo, el médico en formación debe reconocer cuándo es el momento oportuno para la implementación de esquemas de Nutrición artificial (NA) en el paciente, y los elementos fundamentales del diseño de los mismos, junto con las consideraciones que se deben tener presentes en la conducción de tales esquemas. En las salas cerradas, como son las unidades de cuidados críticos, el

PVA debe extenderse en las complejidades del diseño del esquema NA que se proponga, y se examinarán las reglas fisiológicas que gobiernan el aporte de los nutrientes mediante la vía seleccionada.

En todo momento se le pedirá al médico en formación que avance las metas nutricionales inherentes en el programa prescrito de cuidados nutricionales: lograr la acreción de masa magra corporal que se traslade a una ganancia ostensible de peso, hacer que la ganancia de peso se corresponda con el “peso seco” mediante la resolución de los trastornos de la distribución hídrica; aminorar la inflamación presente y la resistencia a la insulina, lograr una mejor utilización del nitrógeno nutricional administrado, favorecer el destete del ventilador, garantizar la correcta cicatrización de la herida quirúrgica, y mejorar la anemia presente; entre tantos que se pueden mencionar.

La tercera fase (etapa) de un PVA integrado con la enseñanza de la alimentación y nutrición tendría que ver con la evaluación de la conducción de los cuidados nutricionales prescritos, la adherencia encontrada a las intervenciones prescritas, el estado de satisfacción de las metas nutricionales avanzadas, y la respuesta observada; la discusión en torno a las incidencias que puedan surgir, la corrección de las mismas, y la profilaxis correspondiente; y las adiciones/retiradas que sean necesario hacer según la respuesta del enfermo. Se insistirá siempre en el cálculo de los balances energético, hídrico y nitrogenado como forma de evaluar la forma en qué se conducen los cuidados nutricionales, y la vía para introducir las correcciones pertinentes. El médico en formación sería instruido en la forma de cómo se realizan tales balances, y la importancia de un registro adecuado para el cálculo exacto de los mismos.

El balance nitrogenado implicaría la obtención de una colección de orina que sea representativa de un día en la vida del paciente.²⁶ El profesor que guía la actividad le hará ver al médico en formación que se han avanzado ecuaciones predictivas del NUU mediante la construcción del índice Urea-Creatinina propio de una muestra matutina de orina,²⁷ y cómo esta aproximación podría facilitar la determinación de este indicador en el 80% (o más) de las instancias.

El médico en formación será orientado también en cómo complementar la información derivada de la construcción de los balances antes mencionados con los cambios en el peso corporal y los indicadores del tamaño de la masa muscular esquelética (como la circunferencia de las extremidades) y de la calidad de la contracción muscular (como la dinamometría y la espiración forzada examinada mediante un estetoscopio).²⁸⁻²⁹ Cambios positivos en el peso corporal se deben reflejar en acreción tisular y mejoría de la contracción muscular.

La satisfacción de los objetivos del programa prescrito de intervención alimentaria, nutrimental y metabólica no debe tratarse fuera del contexto familiar y social dentro del cual el enfermo se inserta, y este elemento debe ventilarse durante el PVA. La existencia de redes de contención familiar, comunitaria y social se ha convertido en un importante determinante del éxito de las intervenciones prescritas y la respuesta terapéutica.³⁰⁻³¹ Luego, el diagnóstico nutricional debe complementarse con otras herramientas como el familiograma y el diagnóstico integral de salud (DIS); permitiendo así un enfoque, a la par de complejo, más profundo e integral. La conducción de tal DIS servirá también para guiar la intervención del medio social, familiar y económico que impide la recuperación nutricional del enfermo.

Sobre la conducción del pase de visita asistencial integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición

Es inmediato que los objetivos, y las formas de conducción, del PVA son dependientes del escenario correspondiente de la atención médica y los cuidados de salud. El contexto dictará y moldeará tanto la exposición de la situación nutricional del enfermo, como el impacto que tal información puede tener para la evolución ulterior del enfermo y la enfermedad, y la respuesta terapéutica. Algunos ejemplos pueden ilustrar este punto. Durante un PVA en un Servicio de Cirugía General, el profesor guía debe hacer notar que el deterioro nutricional puede trasladarse hasta un riesgo incrementado de complicaciones (muerte incluida) y encarecimiento de los costos. En un hogar materno, la insuficiente ganancia de peso de la gestante puede resultar en un riesgo de parto prematuro y/o bajo peso al nacer (con todo lo que ello implica tanto para la madre como para el producto de la concepción). Similarmente, la concurrencia en un sujeto diabético de exceso de peso y obesidad visceral apuntaría hacia un riesgo importante de ocurrencia de algunas de las formas clínicas de la gran crisis aterosclerótica (GCA), trayendo consigo discapacidad, invalidez y muerte.

El control del tiempo que se le dedica a la discusión delante de la cama del paciente es imprescindible para asegurar el éxito del PVA integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición. Sería ilusorio pretender que las 4 fases del PVA antes enunciadas se conduzcan en todos los pacientes dentro del tiempo asignado a esta actividad docente. No obstante, se puede sugerir que el profesor que guía el PVA pregunte a un primer alumno sobre cómo conduciría la fase inicial de construcción de caso del trastorno nutricional, y después indague con el

siguiente alumno cómo prescribiría la dieta de un segundo paciente, para en un tercer paciente discutir la conveniencia de la suplementación enteral, y así sucesivamente, hasta agotar todas las fases. También se puede adoptar un orden aleatorio para evitar los condicionamientos de los alumnos involucrados en el PVA, y mantener vivo el interés de los mismos durante todo el tiempo que dure esta actividad.

Como actividad final del PVA, el profesor guía del GBT y de la actividad docente orientará a los alumnos en el autoestudio de materiales relacionados con las temáticas examinadas durante el PVA para superar las deficiencias encontradas.

La conducción del PVA conlleva las requeridas actividades administrativas de documento, registro y evaluación. El profesor que guía el PVA se ocupará de registrar debidamente en la hoja de evaluación del alumno las habilidades demostradas durante el PVA, junto con los puntos débiles en la actuación que deben ser corregidos en ejercicios futuros.

CONCLUSIONES

El pase de visita asistencial integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición se vuelve una actividad docente extraordinariamente compleja debido a toda la información que hay que recaudar, analizar, sintetizar y proyectar. La realización exitosa del mismo exigirá del jefe del grupo básico de trabajo (GBT) una alta calificación y dedicación. Nunca debe pasarse por alto que el PVA constituye un marco adecuado para que los estudiantes desarrollen y se apropien de los conocimientos y habilidades necesarios en la utilización del método clínico-epidemiológico, a la vez que deviene un escenario ideal para estimular y promover la formación de los valores éticos y morales consustanciales con el modelo asistencial cubano; todo ello en función de ofrecer un

proceso docente-educativo y una atención médica a la altura de las exigencias del Sistema Nacional de Salud (SNS). El PVA integrado dentro de la enseñanza de la Alimentación y la Nutrición se convierte, por lo tanto, en el escenario perfecto para sembrar y difundir conocimientos básicos de la práctica nutricional que actúen como pilares que sostengan el método científico con bases clínico-epidemiológico-humanista y social que caracteriza la política de salud de Cuba; y cuyos resultados alcancen a todos los actores del SNS sin distinción de profesiones ni categorías.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-en-Jefe de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por la acogida brindada a este trabajo, y su ayuda durante las etapas de revisión y redacción.

SUMMARY

The medical ground round (MGR) is an indispensable educational resource for the formation of capabilities and competences of the physician, as well as a classical instrument of medical education. For many years confined to hospital settings, MGR is conducted today in all the sanitary scenarios of health provision in Cuba. MGR is primarily conceived for the physician in training to be able to synthetically describe the surgical-clinical situation of the patient he/she assist, along with the interventions to be done, and the corresponding follow-up plan and assessment of their impact. MGR can be become an important tool for exposing the physician in training to knowledge in Food and Nutrition required for comprehensively fulfilling care missions entrusted later in daily practice. MGR integrated within the teaching of Food and Nutrition will encompass methodological recommendations for case construction of nutritional disorders present in the patient, elaboration of diagnostic, value and prognostic judgments regarding the nutritional disorder found, therapeutic plan for ameliorating the

impact of such disorders upon the patient's evolution and therapeutic response, and sanitary management; and the follow-up program of the prescribed actions. As for every educational activity, the professor guiding the MGR should recommend the physician in training the literature pertinent for the conduction of the MGR integrated within the teaching of Food and Nutrition, along with methodological guidelines in order to secure the success of this activity and the enculturation of knowledge in Food and Nutrition which he/she will use later in his/her care missions once graduated; as well as assessment of the obtained results. Fundora Álvarez V, Zayas Somoza EM, Miguelez Nodarse M. The medical grand round integrated within the teaching of Food and Nutrition. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2019;29(1):243-252. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Medical grand round / Nutrition / Geriatric Nutritional Risk Index / Comprehensive Geriatric Assessment / Familigram / Dynamometry.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (I). Medisur 2013;11:431-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2013000400007&script=sci_arttext&tlng=en. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
2. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (II). MediSur 2013;11:508-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2013000500005&script=sci_arttext&tlng=en. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
3. Valdés MÁ. El pase de visita docente-asistencial: Formación de competencias del futuro profesional en Cuba. Rev Arg Med 2016;4(10):85-92. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/80>. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
4. Rodríguez AA, Gallardo Gálvez JL. El pase de visita docente asistencial. Medimay 2000;6(2):123-6. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/46/html>. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
5. Richmond DE. The educational value of grand rounds. N Z Med J 1985;98:280-2.
6. Ceballos Barrera MC, Hernández Echevarría ML, Solís Chávez SL, Borges Sandrino RS, Musibay ER, Zerquera Rodríguez T. Pase de visita docente-asistencial hospitalario en las especialidades quirúrgicas. Rev Cubana Med Mil 2014;43:72-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100009&lng=es. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
7. Breijo Madera H, Crespo Fernández D, Torres Ruiz JB, Arencibia ME, Concepción Alfonso MI. Pase de visita en la comunidad. Rev Ciencias Méd Pinar Río 2010;14:138-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1561-31942010000100014. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
8. Santana Porbén S, Barreto Penié J. Sistema de Educación Continuada en Nutrición Clínica, Nutrición Artificial y Apoyo Nutricional; su lugar dentro de un Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica. Nutrición Hospitalaria [España] 2009;24:548-57.

9. Zeisel SH, Allen LH, Coburn SP, Erdman JW, Failla ML, Freake HC; *et al.* Nutrition: A reservoir for integrative science. *J Nutr* 2001;131:1319-21.
10. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Geneva: 1948. Disponible en: <http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46-p2.pdf>. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
11. Roca Goderich R, Rizo Rodríguez R, de Dios Lorente JA. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. *Medisan* 2011;15:1810-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200017&script=sci_arttext&tlng=pt. Fecha de última visita: 4 de Septiembre del 2018.
12. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF; *et al.* Adult starvation and disease-related malnutrition: A proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2010;34:156-9.
13. Detsky AS, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enter Nutr* 1987;11:8-13.
14. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, Thomas RJ, Collazo-Clavell ML, Korinek JEC; *et al.* Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *Int J Obes* 2008;32:959-66.
15. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *Am J Clin Nutr* 2004;79:379-84.
16. Ashwell M, Hsieh SD. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *Int J Food Sci Nutr* 2005;56:303-7.
17. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition Rev* 1996;54(1 Suppl):S59-S65.
18. Zayas Somoza E, Fundora Álvarez V. Sobre las interrelaciones entre la nutrición y el envejecimiento. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:394-429.
19. Zayas Somoza E, Fundora Álvarez V. Acerca del impacto del envejecimiento demográfico sobre la desnutrición hospitalaria. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017;27:488-90.
20. Kanis JA, Melton III LJ, Christiansen C, Johnston CC, Khaltsev N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res* 1994;9:1137-41.
21. Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, Bhasin S, Morley JE, Newman AB; *et al.*; for the International Working Group on Sarcopenia. Sarcopenia: An undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: Prevalence, etiology, and consequences. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:249-56.
22. Zayas Somoza E, Fundora Álvarez V, Santana Porbén S. Sobre las interrelaciones entre la sarcopenia, envejecimiento y nutrición. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2018;28:152-76.
23. Zamboni M, Mazzali G, Fantin F, Rossi A, Di Francesco V. Sarcopenic obesity: a new category of obesity in the elderly. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18:388-95.
24. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet* 2013;381(9868):752-62.

25. Preto LSR, Conceição MDCD, Figueiredo TM, Mata MAP, Preto PMB, Aguilar EM. Fragilidad, composición corporal y estado nutricional en ancianos no institucionalizados. *Enfermería Clínica* 2017;27:339-45.
26. Long CL, Schaffel N, Geiger JW, Schiller WR, Blakemore WS. Metabolic response to injury and illness: Estimation of energy and protein needs from indirect calorimetry and nitrogen balance. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 1979;3:452-6.
27. García Arévalo L, Santana Porbén S. Nitrógeno ureico urinario estimado del índice de excreción urea-creatinina construido para una muestra única de orina. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:314-26.
28. Bohannon RW. Muscle strength: Clinical and prognostic value of hand-grip dynamometry. *Curr Op Clin Nutr Metab Care* 2015;18:465-70.
29. Arora NS, Rochester DF. Respiratory muscle strength and maximal voluntary ventilation in undernourished patients. *Am Rev Resp Dis* 1982;126:5-8.
30. Sandoval Priego AA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Orrico Torres ES. Family strategies of life associated with malnutrition in children less than 2 years of age. *Salud Púb Méx* 2002;44:41-9.
31. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int* 2017;17:286-94.