

## Artículo Original / Original Article

### Atención clínico nutricional: ¿cómo estructurar el trabajo del nutricionista?

### Nutritional clinical care: how to structure the work of the nutritionist?

#### RESUMEN

El trabajo del nutricionista clínico implica realizar una evaluación y diagnóstico nutricional basados en el pensamiento crítico y razonamiento clínico, para una atención nutricional adecuada, y tomar una decisión de intervención basada en la evidencia científica disponible. Luego, se debe monitorizar los resultados de la intervención, para generar un impacto a corto y largo plazo en las patologías que requieren tratamiento nutricional. Para lograr esto, es necesario implementar en los programas curriculares del pregrado un proceso estructurado de enseñanza que siga una secuencia lógica dependiente del nivel de formación, para adquirir habilidades del trabajo clínico en nutrición. El siguiente ensayo tiene por objetivo realizar un análisis de la literatura con respecto a la adquisición de habilidades del pensamiento crítico y razonamiento clínico, junto con conocer los modelos de atención nutricional para generar una propuesta de atención nutricional para aplicar en la práctica clínica. Palabras clave: Evaluación nutricional; Intervención dietética; Nutricionista; Nutricionista clínico; Pensamiento crítico.

#### ABSTRACT

The activities of a clinical dietitian involve nutritional assessment and diagnosis based on critical thinking and clinical reasoning. The objective is to offer proper nutritional care and deciding on interventions based on available scientific evidence. The results of the intervention should be monitored to generate short- and long-term impact on the pathologies that require nutritional treatment. To achieve this goal, it is necessary to implement a structured teaching process in the undergraduate program that follows a logical sequence depending on the level of training. The following essay aims to conduct an analysis of the literature regarding the acquisition of critical thinking skills and clinical reasoning, together with knowing the models of nutritional care to generate a nutritional care proposal for application in clinical practice. Key words: Clinical nutritionist; Critical thinking; Dietary intervention; Nutritionists; Nutrition assessment.

María Fernanda Tumaní<sup>1</sup>, Silvana Valdés<sup>1,2</sup>,  
Constanza Figueroa<sup>2</sup>, Alejandra Parada<sup>1,2\*</sup>.

1. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo,  
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile,  
Santiago, Chile.

2. Departamento Ciencias de la Salud, Carrera de Nutrición y Dietética,  
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile,  
Santiago, Chile.

\*Dirigir correspondencia a: Alejandra Parada Daza,  
Departamento Ciencias de la Salud,  
Carrera de Nutrición y Dietética,  
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,  
Alameda 340. Santiago. Chile.  
Email: acparada@uc.cl

Este trabajo fue recibido el 26 de septiembre de 2019.  
Aceptado con modificaciones: 01 de enero de 2020.  
Aceptado para ser publicado: 19 de marzo de 2020.

#### INTRODUCCIÓN

El nutricionista clínico es "un profesional que posee los conocimientos científicos en el área de su competencia, con habilidades para aplicar eficientemente el Proceso de Cuidado Nutricional e integrarse al equipo de salud hospitalario y ambulatorio para contribuir en la mejora del estado de salud de las personas<sup>1</sup>. Para lograr estas funciones, es necesario adquirir una formación que permita el desarrollo de un pensamiento crítico y razonamiento clínico en la atención nutricional. Dicha formación debe ser desarrollada en los programas curriculares del pregrado. El pensamiento crítico (PC) es un procedimiento que genera un juicio reflexivo que implica observar, interpretar, analizar, evaluar, inferir, explicar y autorregular la información obtenida<sup>2</sup>. A su

vez el "Razonamiento clínico (RC) o práctica de toma de decisiones, es una forma de pensar contexto-dependiente y de toma de decisiones en la práctica profesional para guiar acciones de la actividad clínica"<sup>3</sup>. Es relevante la enseñanza de habilidades para adquirir RC y PC, y de esta forma realizar un proceso de cuidado nutricional logre un impacto en la atención nutricional.

Para estructurar el trabajo clínico nutricional en base al razonamiento clínico (RC) y pensamiento crítico (PC), distintas entidades han avanzado en dar propuestas de modelos de trabajo. Uno de los primeros acercamientos al respecto corresponde al Modelo de Proceso de Cuidado Nutricional (MPCN) propuesto por la ADA (American Dietetics Association) el año 2003<sup>4</sup>. Esta estructura ha sido la base para crear nuevos modelos de atención, y es así como en el año 2018 la IMPECD (Improvement of Education and Competences in Dietetics) presenta una nueva publicación para orientar las estrategias de la dietética, dando énfasis específicamente en los resultados de la atención<sup>5</sup>. Sin embargo, esta información no es considerada de rutina en la práctica clínica, probablemente por la debilidad en la adquisición de estas habilidades en programas curriculares de formación de pregrado de nutrición.

Además, es necesario dar mayor énfasis en la permanente búsqueda de la evidencia científica que fundamenta la práctica clínica para el logro de resultados.

El objetivo de este ensayo es realizar un análisis de la literatura con respecto a la adquisición de habilidades del PC, RC y los modelos de atención nutricional, para generar una propuesta de atención nutricional que sea considerada en la práctica de la nutrición clínica.

### **1) Adquisición de habilidades, pensamiento crítico y razonamiento clínico para la atención clínico nutricional**

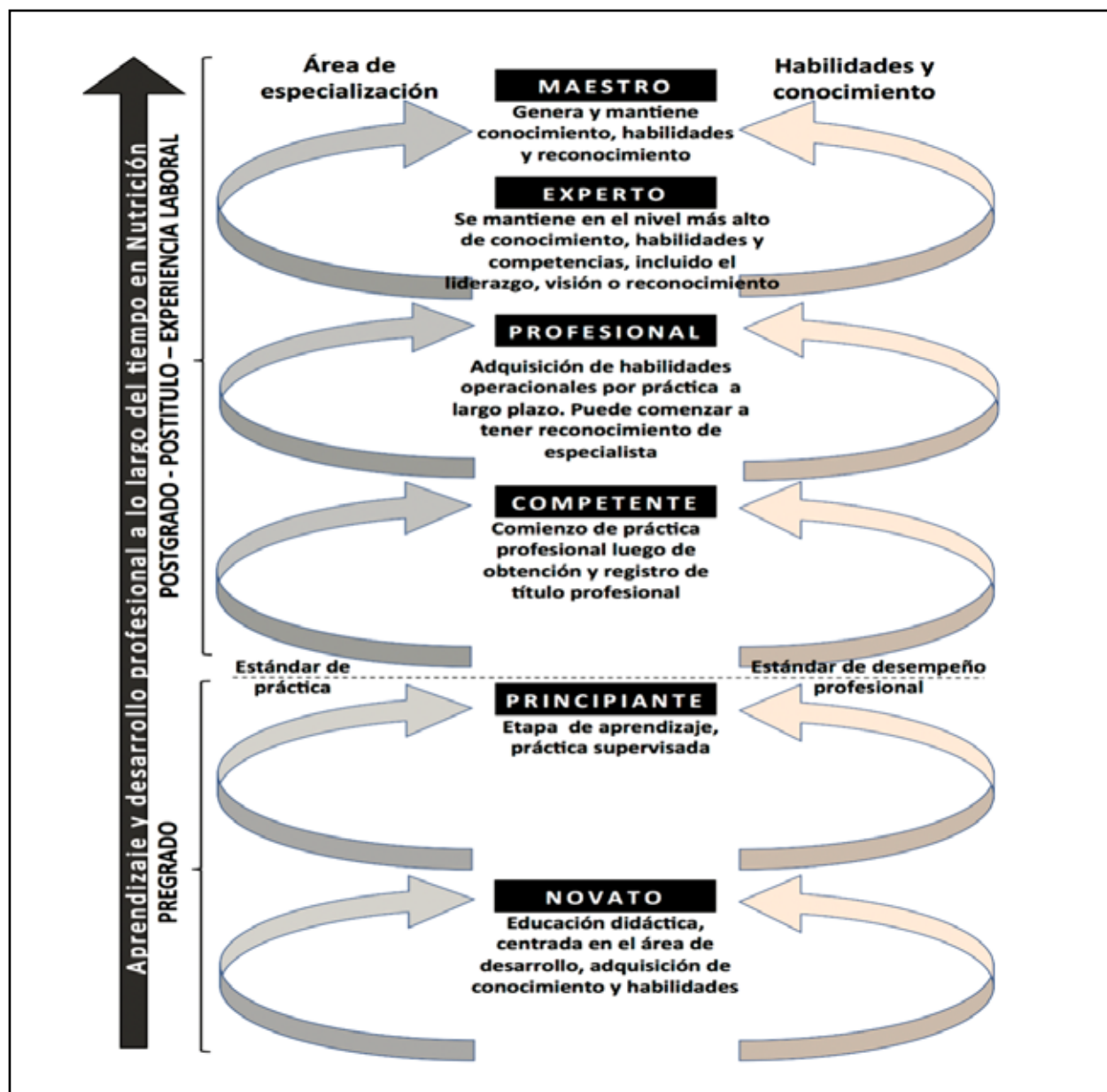
El razonamiento clínico es el proceso cognitivo que le permite a profesionales de la salud tomar decisiones respecto de su evaluación, el tratamiento y resolver el problema de salud del usuario; generando un impacto positivo en los resultados<sup>6</sup>. Específicamente, comprende la recopilación de información mediante la interacción con el usuario, cuidadores o familiares, para luego procesar la información con tal de poder comprender el problema o situación generando una planificación e implementación de intervenciones y evaluación de resultados<sup>3,7,8</sup>. A su vez, este proceso depende de una "disposición" del pensamiento crítico y está influenciado por la actitud, perspectiva filosófica y preconcepciones de una persona<sup>9,10</sup>. Se ha descrito que el RC depende de la integración de dos procesos: el método analítico (método hipotético deductivo) y no analítico o reconocimiento basado en patrones. Este último se refiere a la capacidad del aprendiz de relacionar la experiencia clínica y la situación clínica, es decir la importancia del contenido, contexto y las creencias y actitudes personales para crear un patrón único en cada individuo<sup>11</sup>.

En nutrición el RC es el núcleo de la práctica clínica,

donde las decisiones dependerán de conocimientos específicos de la nutrición y dietética que incluye pensamiento crítico como análisis, síntesis y evaluación de la información de un paciente<sup>3</sup>. Para lograr la recolección de datos, interpretar y tomar una decisión para generar una intervención, es necesario adquirir conocimiento, habilidades y destrezas específicas del área durante un proceso formativo, que se profundiza con la práctica clínica. Una visión de este proceso es lo que se muestra en el Modelo de Dreyfus y Dreyfus, donde se describe las etapas de adquisición de las competencias gracias al aprendizaje y práctica, identificando cinco etapas que han sido adaptadas a la práctica clínica<sup>11</sup>. De esta forma se da una estructura a la enseñanza para adquirir habilidades del trabajo clínico en nutrición. Estas etapas son: 1) Novato, quien se guía por reglas, tiene poca capacidad de priorizar la información ya que su razonamiento es analítico para asociar la causa al efecto. 2) Principiante, toma decisiones en base a reglas e información en base a la experiencia, es capaz de utilizar el razonamiento analítico como el reconocimiento de patrones 3) Competente, logra tomar decisiones en base a un equilibrio entre el razonamiento clínico y analítico. 4) Profesional, la amplia experiencia permite el reconocimiento de patrones, facilitando la resolución de problemas de manera más intuitiva, siendo capaz de extrapolar una situación conocida a una desconocida. 5) Experto, se alinea el pensamiento, el sentimiento y la acción para el reconocimiento intuitivo de problemas para generar una respuesta y manejo. 6) Maestro, es capaz de ir más allá del panorama general, tiene un profundo nivel de compromiso con el trabajo y gran preocupación por las decisiones correctas e incorrectas lo que fomenta el compromiso emocional para lograr el aprendizaje y mejora continua<sup>12</sup>. Es necesario conocer y comprender esta estructura para la planificación de programas curriculares de pregrado en nutrición y asegurar la coherencia y pertinencia de contenidos en los diferentes niveles de aprendizaje.

La Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos, publicó una Guía de Desarrollo de Carrera (CDG) para demostrar cómo es posible integrar el conocimiento y experiencia para lograr habilidades de pensamiento crítico que conducen a un aumento de las Competencias y práctica, en base a la adaptación del modelo de Dreyfus (Figura 1) mostrando la progresión del pensamiento crítico en distintas etapas del proceso de atención nutricional<sup>13</sup>.

Es probable que en un programa de formación de pregrado en nutrición se logre solo las etapas uno y dos, para la adquisición de habilidades de la práctica clínica; lograr la etapa tres requiere de un mayor número de horas de práctica clínica supervisada. Asimismo, debe existir una coherencia en los programas, contenidos, metodologías de enseñanza y evaluaciones pertinentes que sean capaces de evaluar objetivamente los conocimientos y habilidades para formar un profesional que logre una adecuada atención clínico nutricional.



**Figura 1:** Modelo Dreyfus & Dreyfus<sup>11</sup>. Se propone distintas etapas en el proceso de adquisición de conocimientos y competencias. Las 6 etapas descritas son: novato, principiante, competente, profesional, experto y maestro.

## 2) Modelos de Atención Clínico Nutricional

Con el objetivo de dar solución a problemas de salud en donde se requiere de una intervención nutricional, se debe considerar el razonamiento clínico y pensamiento crítico para estructurar el proceso de cuidado nutricional. En la práctica clínica diaria se realiza este ejercicio con cada usuario, muchas veces sin tener claridad de esta estructura, y por lo tanto no se logran los objetivos propuestos de la atención nutricional. Sin embargo, en la literatura han existido

propuestas de modelos de atención que dan lineamientos para lograr aplicar el RC a la labor del nutricionista en la atención de usuarios, que se describen a continuación.

### Modelo y Proceso de Cuidado Nutricional de la Academia de Nutrición y Dietética

En el año 2003 la Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos, anteriormente Asociación Dietética Americana, estableció un proceso de atención

estandarizado (Nutrition Care Process NCP)<sup>4</sup>. Esto es un método sistemático de solución de problemas que utilizan profesionales de la nutrición y alimentos para pensar críticamente y tomar decisiones que tienen relación con problemas de la práctica clínica. En este sentido se propuso un método que pudiese describir, organizar y registrar la recolección de información obtenida en la consulta nutricional utilizando un lenguaje común y acorde con la literatura basada en evidencia, entregando una estructura para el cuidado nutricional diseñado para usuarios, grupos y comunidades, de todas las edades y estado de salud<sup>4</sup>. El NCP contiene 4 pasos interrelacionados y conectados entre sí: 1- Examen nutricional 2- Diagnóstico nutricional 3- Intervención nutricional 4- Monitoreo y evaluación de los resultados<sup>4</sup>.

Posteriormente, los mismos autores publicaron una actualización de este modelo, que sea capaz de reflejar la práctica clínica habitual<sup>14</sup>. El Modelo y Proceso de Cuidado Nutricional (Nutrition Care Process and Model, NCPM), identifica las acciones prioritarias de atención nutricional contribución de los profesionales de la nutrición y alimentos a la salud y establece un estándar global para el cuidado nutricional, junto con la propuesta del uso de terminología estandarizada entre nutricionistas y dietistas con el fin de describir las funciones exclusivas de la dietética y de los cuatro pasos del NCP y así facilitar el uso de descripciones claras y consistentes de los servicios entregados por los dietistas nutricionistas<sup>14,15</sup>.

Junto con estos cuatro pasos, los autores enfatizan distintos componentes externos que influyen en el NPCM:

- Relación entre usuario/grupo y nutricionista: esto es el componente central del modelo.
- Fortalezas y habilidades requeridas por parte del nutricionista: conocimiento nutricional, habilidades y competencias, pensamiento crítico, colaboración y comunicación con otros profesionales práctica basada en la evidencia y código de ética.
- Factores ambientales que influyen en el proceso: determinación de prácticas clínicas, sistema de salud, sistema social y sistema económico.
- Sistemas de apoyo: tamizaje nutricional y derivación a otros profesionales. Estos sistemas de apoyo no corresponden al modelo como tal dado que no son funciones propias del nutricionista, sino que apoyan al trabajo del profesional.

### **Procesos para la práctica en Nutrición y Dietética de la Asociación Británica de Dietistas**

La Asociación Británica de Dietistas, posicionó al pensamiento crítico como el eje central de la práctica clínica durante todos los pasos involucrados en la entrega de una intervención nutricional a individuos, grupos de personas o poblaciones. Esto es para lograr realizar un juicio y describir los aspectos nutricionales más importantes que impactan en la salud, para posteriormente

identificar y priorizar los métodos de intervención más efectivos basados en la evidencia, metas más relevantes y resultados a monitorear y evaluar<sup>16</sup>.

### **Modelo IMPECD Project: Monitorización y evaluación de resultados**

Siguiendo la línea de recolección de datos en base a una estructura que respalde el tratamiento empleado, en el año 2018 se publicó el trabajo realizado por expertos en dietética de la Unión Europea, quienes elaboraron un marco integral para crear un modelo de seguimiento y evaluación de resultados (M&OE por sus siglas en inglés de "Monitoring & Outcome Evaluation) en dietética<sup>5</sup>. El objetivo de esta propuesta es monitorizar y evaluar los resultados de las intervenciones dietéticas para probar la efectividad de la intervención y así mejorar los resultados clínicos<sup>5</sup>. Esta propuesta se enmarca en el proyecto de "Mejora de la Educación y Competencias en Dietética (IMPECD) que tiene como objetivo establecer modelos innovadores y holísticos para la formación de la dietética en la educación superior de Europa", participando los países de Austria, Bélgica, Alemania y países bajos<sup>5</sup>.

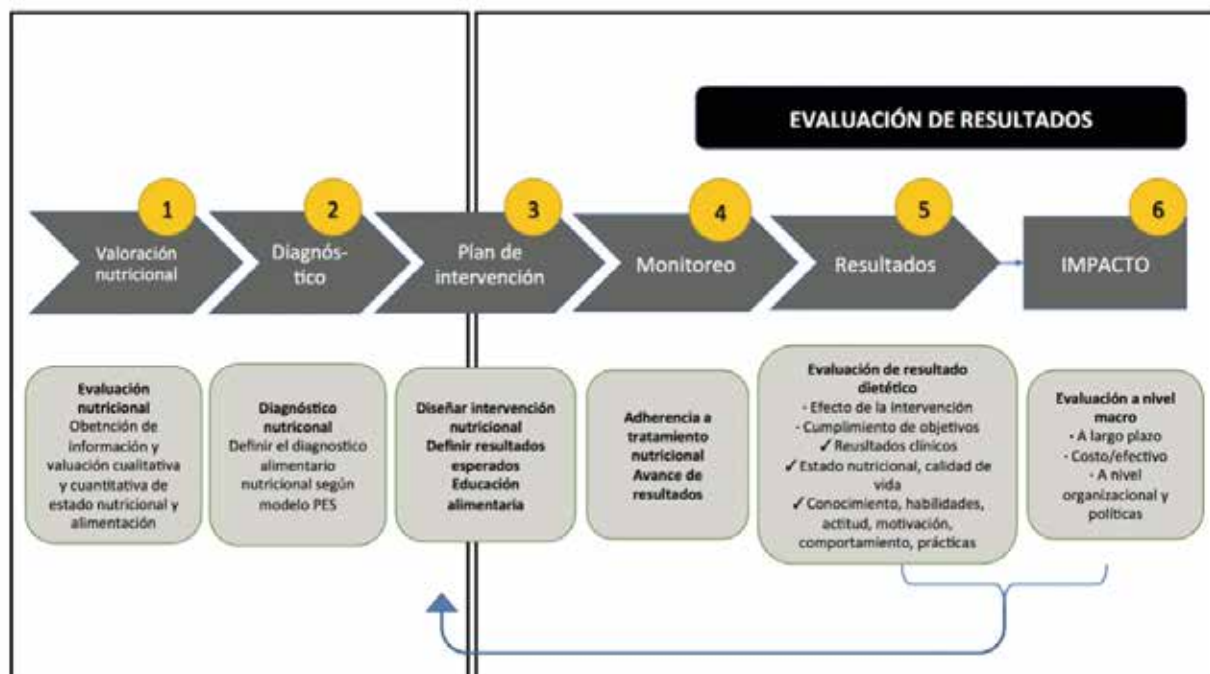
Este modelo integral ayudará a optimizar las estrategias de la dietética para mejorar la salud y demostrar su relevancia económica, ya que considera cuatro aspectos: 1) énfasis en el impacto de la intervención; 2) M&OE debe estar organizando en un modelo lógico en relación con la planificación e implementación de la intervención; 3) seleccionar indicadores apropiados para monitorizar y evaluar resultados; 4) alto nivel de razonamiento crítico<sup>17</sup>.

Poniendo énfasis en la monitorización y medición de resultados, se busca garantizar la calidad según la definición del Instituto de Medicina, IOM (por su sigla en inglés): "el grado en el que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual"<sup>18</sup>.

### **3) Propuesta de atención nutricional para el nutricionista clínico: objetivos y resultados basados en la evidencia**

#### *3.1 Adaptación de los modelos de atención nutricional.*

Basado en el M&OE, se propone una estructura adaptada de este modelo para ser aplicada en la atención nutricional, considerando las etapas de diagnóstico y plan de intervención por separado (Figura 2), dando énfasis al proceso de evaluación de resultados, que debe favorecer la mejora continua de la atención a corto y largo plazo para lograr los objetivos propuestos. Esta etapa es de relevancia en la atención nutricional para lograr estrategias que permitan mejorar la adherencia a los tratamientos dietéticos y generar cambios epidemiológicos. Por consiguiente, es el trabajo del nutricionista el que puede favorecer o entorpecer el logro de los resultados, por lo que es fundamental la revisión constante del diseño de intervención, basado en la evidencia científica y en una evaluación biopsicosocial del paciente.



**Figura 2:** Adaptación del modelo de Monitorización y evaluación de resultados: Las 5 etapas corresponden a diagnóstico, plan de intervención, monitoreo, resultados e impacto<sup>5</sup>. Tanto los resultados como el impacto llevan a evaluar el quehacer del nutricionista al momento de diseñar el plan de intervención, con foco en la educación alimentaria<sup>22,25</sup>.

### 3.2 Definición de resultados en dietoterapia basados en evidencia.

Es recomendable incorporar a la práctica habitual del nutricionista clínico la definición de resultados en dietoterapia basados en evidencia. Un resultado se define como un cambio cuantificable en el estado de salud de un usuario entre dos o más momentos distintos<sup>19</sup>. Esto permite la valoración e importancia del nutricionista en los servicios sanitarios, junto con la medición cuantitativa del impacto de la intervención nutricional.

De acuerdo con esto, resultados en dietoterapia basados en evidencia significa determinar, para cada problema nutricional detectado, la intervención a realizar y la estimación del resultado esperado según lo presentado en la literatura. Esto implica que debe ser un proceso en constante revisión y que exige una actualización en los conocimientos de cada profesional para asegurar un servicio de calidad.

En la práctica clínica, lo anterior se debe lograr con indicaciones dietoterapéuticas que hayan demostrado un impacto real en la patología, donde la evidencia científica debe respaldar este actuar. Por ejemplo, en Chile las patologías prevalentes en población adulta, en donde el tratamiento dietético es importante, son el sobrepeso y obesidad (74,2%), sospecha de diabetes mellitus (12,3%)

e hipertensión arterial (27.6%)<sup>20</sup>. En estas enfermedades se debe plantear una intervención dietoterapéutica con resultados basados en evidencia, de esta forma se facilita su monitorización, como se muestra en la tabla 1.

### 3.3 Educación alimentaria y consulta motivacional en nutrición

Al respecto, un aspecto clave para el logro del plan de intervención es la educación alimentaria. Esta tiene como objetivo entregar conocimientos y herramientas necesarias al usuario para el cumplimiento de la prescripción dietoterapéutica propuesta. Transformar conceptos y conocimientos a ideas simples e instrucciones claras que puedan ser adheridas por parte del usuario es fundamental para el cumplimiento de estas<sup>21</sup>. Disponer de una adecuada formación en el pregrado, adquiriendo las herramientas necesarias para aplicar estrategias educativas en alimentación a los pacientes, basadas en la evidencia y con un mayor conocimiento de aspectos de la psicología y el cambio de comportamiento, permite comprender de mejor manera la conducta alimentaria y adaptar las necesidades de los usuarios<sup>22</sup>. Los factores culturales, comportamientos y actitudes relacionados con la alimentación influyen fuertemente en la salud, así como la disponibilidad y el rol que cumple en la sociedad el alimento<sup>23</sup>.

**Tabla 1.** Ejemplo de intervención con la dieta basada en la evidencia, con planteamiento de resultados de patologías prevalentes en Chile.

Patología	Intervención	Objetivos y resultados esperados con dieta
Obesidad <sup>26</sup>	Plan de alimentación hipocalórico con restricción energética diaria del 20% o 500 a 1.000 kcal del requerimiento energético total.	Disminución de 0,5 a 1 kg en 7 días.
Hipertensión Arterial <sup>27</sup>	Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): - AGS: 7% - AGM: 10% - AGP: 7% - Colesterol: <150 mg - Fibra: 30 g - Potasio: 7.400 mg - Magnesio: 500 mg - Calcio: 1.200 mg - Sodio: <3.000 mg	Disminución de: -5,5 mmHg de Presión Arterial Sistólica y -3,0 mmHg de Presión Arterial Diastólica en comparación a dieta occidental.
Diabetes Mellitus <sup>28</sup>	Plan de alimentación hipocalórico para lograr una reducción de ingesta diaria de 500 a 750 calorías.  Carbohidratos entre 45 a 60% de las calorías totales, priorizando carbohidratos complejos	A corto plazo: Pérdida de peso mayor al 5% en sobrepeso y obesidad. Disminución de HbA1c: 0,5-2%  A largo plazo Alcanzar objetivos individualizados de glicemia, presión arterial y lípidos. -HbA1c, 7%. -Presión arterial, 140/80 mmHg. -Colesterol LDL, 100 mg/dL; triglicéridos, 150 mg/dL; Colesterol HDL .40 mg/dL para hombres; Colesterol HDL .50 mg/dL para mujeres. Lograr y mantener objetivos de peso corporal. Retrasar o prevenir complicaciones de la diabetes.

Asimismo, se debe considerar al usuario como un sujeto activo en el proceso de cuidado nutricional y por ende participe en el logro de los objetivos. Esto conlleva por parte del usuario o su familia a que sean los protagonistas de los cambios. Mientras que por parte del profesional sanitario significa que, además del conocimiento entregado, debe ser capaz de identificar las motivaciones intrínsecas y extrínsecas, el interés

y el conocimiento que el usuario posee respecto al cambio de hábitos y buscar estrategias para empoderar al usuario para alcanzar sus objetivos. Para es necesario que el profesional nutricionista se instruya en el *coaching* nutricional y entrevista motivacional el cual considera cuatro pilares básicos: mostrar empatía, detectar y aceptar la ambivalencia, manejar las resistencias y reforzar la autoestima<sup>24</sup>.

## CONCLUSIONES

Es necesario generar una estructura en el proceso de enseñanza-aprendizaje en planes curriculares del pregrado de Nutrición y Dietética que sea coherente con el modelo de adquisición de habilidades utilizado en ciencias de la salud para lograr un adecuado desarrollo del pensamiento crítico y razonamiento clínico en los estudiantes. Este pensamiento estructurado permitirá un constante desarrollo en el pensar y en la adquisición de habilidades de los novatos, permitiendo llegar a ser expertos en la labor profesional.

De esta forma el pensamiento crítico y razonamiento clínico se pone al servicio de los objetivos perseguidos en cada escenario de desempeño como nutricionista, con el fin de obtener óptimos resultados en las intervenciones realizadas.

Por ello, la atención nutricional planificada, considerando la definición de resultados y monitorización en cada usuario, junto con realizar una educación alimentaria y consulta motivacional en base a su historia personal, antecedentes mórbidos y evidencia científica, contribuye lograr los objetivos propuestos. Asimismo, cobra especial relevancia para el nutricionista la necesidad de una constante actualización de conocimientos para establecer objetivos coherentes con lo presentado por la literatura. Además, se requiere de la integración del usuario en el proceso de cuidado nutricional, destacando su rol activo en el logro de los objetivos esperados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de Consenso de Funciones y Competencias del Nutricionista Clínico. FELANPE. 2012. <http://felanpeweb.org/wp-content/uploads/2015/11/Consenso-15-de-Noviembre-2012.pdf>.
2. Facione PA, *Critical Thinking: What It is and Why it Counts. Insight Assessment*, Chicago, 2015.
3. Higgs J, Jones M.A. *Clinical reasoning: an introduction*. In (Eds.), *Clinical Reasoning in the Health Professions*. New York. 2000.
4. Lacey K, Pritchett E. *Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management*. *JADA* 2003; 103: 1061-1072.
5. Vanherle K, Werkman AM, Baete E, Barkmeijer A, Kolm A, Gast C, et al. *Proposed standard model and consistent terminology for monitoring and outcome evaluation in different dietetic care settings: Results from the EU-sponsored IMPECD Project*. *Clin Nutr* 2018; 37: 2206-2216.
6. Hoffman K. *A comparison of decision-making by "expert" and "novice" nurses in the clinical setting, monitoring patient haemodynamic status post abdominal aortic aneurysm surgery [Thesis on the internet]*. University of Technology, Sydney 2007.
7. Kraischsk M, Anthony M. *Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision-making*. *J Nurs Adm* 2001; 31: 16-23.
8. Scheffler B, Rubenfeld M. *A consensus statement on critical thinking in nursing*. *J Nurs Educ* 2000; 39: 352-359.
9. McCarthy M. *Situated clinical reasoning: distinguishing acute confusion from dementia in hospitalized older adults*. *Res Nurs Health* 2003; 26: 90-101.
10. Eva K. *What every teacher needs to know about clinical reasoning*. *Med Educ* 2004; 39: 98-106.
11. Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind Over Machine: The Power of Human Intuitive Expertise in the Era of the Computer*. New York, 1986.
12. Carraccio CL, Benson BJ, Nixon LJ, Derstine PL. *From the educational bench to the clinical bedside: translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills*. *Acad Med* 2008; 83: 761-767.
13. Lacey KP, Malone AM, Fuhrman T. *Practice Paper: Critical thinking skills in nutrition assessment and diagnosis*. *J Acad Nutr Diet* 2013; 115: 1545.
14. *Writing group of the nutrition care process/standardized language committee. nutrition care process and model Part I: The 2008 Update*. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 1113-1117.
15. *Writing Group of the Nutrition Care Process/standardized language committee. nutrition care process part II: Using the International Dietetics and Nutrition Terminology to document the nutrition care process*. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 1287-1293.
16. *The British Dietetic Association. Model and Process for Nutrition and Dietetic Practice*. Birmingham, United Kingdom, 2016.
17. Kolm A, Vanherle K, Werkman A, Valentini L, Kohlenberg-Müller K, de Nooijer J, et al. *IMPECD - Improvement of education and Competences in dietetics*. Basel; 2018.
18. Lohr KN, Harris-Wehling J. *Medicare: A strategy for quality assurance, Vol I: A recapitulation of the study and definition of quality of care*. *Qual Rev Bull*. 1991; 17: 6-9.
19. Voss AC & Gallagher-Allred C. *The importance of outcomes research in documenting the benefit of nutrition intervention*. *Nutrition* 1996; 12: 59-60.
20. *Ministerio de Salud Pública, S. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros Resultados*. Santiago. 2017. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>. (última vez visitado: 12 mayo 2020).
21. Alavinejad P, Hajiani E, Danyae B, Morvaridi M. *The effect of nutritional education and continuous monitoring on clinical symptoms, knowledge, and quality of life in patients with cirrhosis*. *Gastroenterol Hepatol Bed Branch* 2019; 12: 17-24.
22. Rogerson D, Soltani H, Copeland R. *Undergraduate UK nutrition education might not adequately address weight management*. *Public Health Nutr* 2016; 19: 371-381.
23. James DC. *Factors influencing food choices, dietary intake, and nutrition related attitudes among African Americans: Application of a culturally sensitive model*. *Ethn Health* 2004; 9: 349-367.
24. Moya J. *Nutritional coaching and motivation for change of eating behavior*. *Rev Chil Nutr* 2019; 46: 76-83.
25. Hajira B, Manzoor M, Samiullab M, Chawla R. *Effect of dietary counselling on the nutritional status of end-stage renal disease patients*. *J Pak Med Assoc* 2017; 6: 1327-1330.
26. Jensen M, Ryan D, Apovian C, Ard J, Comuzzie A, Donato k, et al. *AHA/ACC/TOS Guideline for the management of overweight and obesity in adults*. *J Am Coll Car* 2014; 63: 2985-3022.
27. Appel L, Moore T, Obarzanek E, Vollmer W, Svetkey L, Sacks F, et al. *A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure*. *N Eng J Med* 1997; 336: 1117-1124.
28. *American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2017 Abridged for Primary Care Providers*. *Diabetes Care* 2017; 40: S1-S135.