



Encuesta hispanoamericana de terapia nutricional en servicios de asistencia domiciliar

Ibero American survey of nutritional therapy in home care services
Inquérito hispanoamericano de terapia nutricional em serviços de Assistência domiciliar

Denise Philomene Joseph van Aanholt^{1,2*}, Humberto Arenas³, Luciana Mitsue Sakano Niwa²,
Diogo Oliveira Toledo^{4,5}, Mariana Borges Dias⁶, Suely Itsuko Ciosak^{1,7}.

Recibido: 21 de enero de 2022. Aceptado para publicación: 6 de abril de 2022.

Publicado en línea: 7 de abril de 2022.

<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.369>

Resumen

Objetivo: conocer cómo se realiza la terapia nutricional domiciliar en los países miembros de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE).

Metodología: estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, realizado en 18 países a través de una encuesta denominada "Encuesta Hispanoamericana de Terapia Nutricional Domiciliar", de marzo a junio de 2018, luego de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de Brasil.

Resultados: participaron 18 países con un total de 505 encuestados (nutricionistas, enfermeros, médicos, entre otros). Brasil contribuyó con la mayor cantidad (57%). Al analizar quiénes son los usuarios de la terapia nutricional domiciliar, el 65,9% corresponde a adultos mayores y, de estos, el 49,9% presenta enfermedad neurológica. En la nutrición enteral domiciliar hubo baja práctica de dieta artesanal exclusiva (8%), baja indicación de ostomías nutricionales (33,9%) y el método de administración más utilizado fue el intermitente por gravedad (45%), seguido de la administración en bolo (35%).

Conclusión: esta primera encuesta latinoamericana de terapia nutricional domiciliar mostró que existe una preocupación con la nutrición de los pacientes no hospitalizados, considerando que el estado nutricional se refleja en una mejor

Summary

Objective: To gain insight into how home nutritional therapy (HNT) is performed in FELANPE member countries.

Methodology: Epidemiological, cross-sectional study carried out in 18 countries using a Survey called the "Inquérito Hispano-americano de TND", from March to June 2018, after approval by the Brazilian Research Ethics Committee.

Results: 18 countries participated, with a total of 505 respondents (nutritionists, nurses, physicians, others). Brazil contributed with the highest number (57%). In terms of who are HNT users, the analysis revealed that 65.9% are elderly and, of them, 49.9% have a neurological disease. In home enteral nutrition (HEN), there was low use of exclusive artisanal diet (8%), low indication of nutrition ostomies (33.9%), while the method of administration more frequently used was intermittently by gravity (45%) followed by "bolus" administration (35%).

Conclusion: This first Hispanic-American HNT survey showed concern for nutrition of discharged patients, considering that the nutritional status is reflected in a better therapeutic response, improved quality of life and, consequently, greater survival, lower readmission rate and a reduction in healthcare costs.

Resumo

Objetivo: conhecer como a Terapia Nutricional Domiciliar é realizada nos países membros da FELANPE.

Metodologia: estudo epidemiológico, descritivo, transversal, realizado em 18 países por meio de uma survey denominada "Inquérito Hispano-Americano de Terapia Nutricional Domiciliar", de março a junho de 2018, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa brasileiro.

Resultados: participaram 18 países com um total de 505 respondentes (nutricionistas, enfermeiros, médicos, outros). O Brasil contribuiu com maior número (57%). Ao analisar quem são os usuários de Terapia Nutricional Domiciliar, 65,9% são idosos e, destes, 49,9% são portadores de doença neurológica. Na Nutrição Enteral Domiciliar, verificou-se baixa prática de dieta artesanal exclusiva (8%), baixa indicação de ostomias de nutrição (33,9%) e o método de administração mais utilizado foi por gravidade de forma intermitente (45%) seguido pela administração "em bolus" (35%).

Conclusão: este primeiro inquérito latino-americano de Terapia Nutricional Domiciliar mostrou que há uma preocupação com a nutrição dos pacientes desospitalizados, considerando que o estado nutricional se reflete em uma melhor resposta terapêutica, melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, maior sobre-



respuesta terapéutica, mejor calidad de vida y, en consecuencia, mayor supervivencia, menor índice de reingresos y una reducción de los costes sanitarios.

Palabras clave: terapia nutricional, nutrición enteral, nutrición parenteral, servicios de atención domiciliaria.

Keywords: nutrition therapy, enteral nutrition, home parenteral nutrition, home care service.

vida, menor taxa de reinternações e uma redução dos custos com a saúde.

Palavras-chave: terapia nutricional, nutrição enteral, nutrição parenteral, serviços de assistência domiciliar.

¹ Grupo de Investigación Senescencia y senilidad: desafíos en el cuidar, registrado en el CNPq. São Paulo, Brasil. Grupo BHEN - Brazilian Home Enteral Nutrition, Universidade Federal de Paraná (UFPR), registrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Brasil.

² Sociedade Brasileira de Terapia Nutricional Parenteral y Enteral. São Paulo, Brasil.

³ Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal, Sanvite, Hospital San Javier. Guadalajara, México.

⁴ Equipo multidisciplinario de terapia nutricional de la unidad del Hospital São Luiz, unidade Itaim. São Paulo, Brasil.

⁵ Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil.

⁶ Atención Hospitalaria y Domiciliar, Departamento de Atención Hospitalar Domiciliar e de Urgência, Secretaria de Atención Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, Brasil.

⁷ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programas Pós-graduação e de Doutorado do Programas Interunidades de Pós-graduação Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem Ribeirão, Universidade de São Paulo Preto. São Paulo, Brasil.

*Correspondencia: Denise Philomene Joseph van Aanholt. deaanholt@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria (AD) es una forma de atención en salud caracterizada por un conjunto de acciones para la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación clínica y nutricional de los pacientes, con garantías de continuidad de la atención integral en un ámbito no hospitalario^(1,2). Entonces, se considera que la AD tiene como objetivo brindar atención a la salud de las personas y sensibilizarlas, además de a sus familias, para lograr su independencia de los servicios de salud⁽³⁾.

La terapia de nutrición domiciliaria (TND), una asistencia nutricional y clínica al paciente en el domicilio, se ha convertido en una especialidad integrada a la AD y tiene como objetivo recuperar o mantener el máximo nivel de salud, funcionalidad y comodidad. Abarca desde la terapia nutricional oral, pasando por el uso de complementos y suplementos nutricionales, hasta la terapia nutricional enteral (TNE) y la terapia nutricional parenteral (TNP)^(2,4).

Se espera que los gobiernos, a través de los sistemas de salud, considerando que el cuidado nutricional es un derecho humano, deban “respetar, proteger y cumplir” el derecho en el que cada individuo pueda beneficiarse de las etapas del cuidado nutricional, durante su recuperación clínico-nutricional, independientemente de dónde se encuentre, y debe recibir una alimentación adecuada ya sea a través de suplementos o de la TNE/TNP^(5,6).

En este sentido, considerando la Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional

y la Lucha contra la Desnutrición⁽⁶⁾, así como los lineamientos y los objetivos de la Política Nacional Alimentaria y Nutricional (PNAN) y del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN), es posible decir que la TND contribuye a garantizar el derecho a una alimentación adecuada y saludable para las personas con necesidades especiales, aunque todavía no es una realidad para las personas con bajo poder adquisitivo⁽⁶⁻⁸⁾.

Un paciente con indicación de TND necesita más atención y cuidados por parte de un equipo multiprofesional de terapia nutricional (EMTN), siguiendo la normativa vigente en cada país. La EMTN debe prescribir una terapia nutricional (NT) individualizada, con inclusión de educación y consejería nutricional sobre la dieta oral o dietas consideradas de alta complejidad, como la TNE y la TNP^(9,10).

En Brasil, la TNE y la TNP están incluidas en la PNAN entre las necesidades alimentarias especiales (NAE), como se puede ver en su definición⁽⁷⁾: “Las necesidades alimentarias, ya sean restrictivas o suplementarias, de individuos con alteraciones metabólicas o fisiológicas que causan cambios, ya sean temporales o permanentes, relacionados con el uso biológico de los nutrientes o la vía de consumo de alimentos (enteral o parenteral)”.

Existen pocos estudios sobre nutrición domiciliaria, ya que las publicaciones científicas se enfocan mucho en el tema de la desnutrición en el sector terciario de la salud, con informes de que la desnutrición es un problema de salud pública que afecta tanto el desempeño social como económico, solicitando demandas del sector de la salud para mejorar los resultados clínicos. Las

tasas de complicaciones en personas desnutridas son altas y tienen un alto costo económico en el sector de la salud. Estas complicaciones están relacionadas con terapias adyuvantes, mayor uso de medicamentos, días de hospitalización y reingresos, entre otros. La presencia de altas tasas de desnutrición intrahospitalaria sigue siendo alta, con una prevalencia de 40 % a 60 %, que aumenta con el tiempo de estancia^(6,11-14).

En ese sentido, una adecuada intervención nutricional es fundamental para revertir las situaciones desfavorables de desnutrición, mejorando los resultados clínicos y nutricionales, así como la calidad de vida de los individuos, con la consecuente reducción de los costos en salud⁽¹⁵⁾.

Las investigaciones sobre el estado nutricional de los pacientes atendidos en el domicilio son escasas en la literatura, especialmente con datos de América Latina. Algunos estudios con terapia de nutrición enteral domiciliaria (TNE), especialmente en ancianos, muestran la alta incidencia de desnutrición y la mejoría de la condición, cuando ocurre con orientación nutricional y seguimiento multidisciplinario⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

En este contexto, las sociedades de terapia nutricional, integrantes de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), reconocen y suscriben la Declaración Internacional sobre el Derecho a la Alimentación y la lucha contra la desnutrición a través de la “Declaración de Cartagena”⁽⁶⁾, con 13 principios que sirven de guía a los países latinoamericanos, instituciones educativas y asociaciones afiliadas, para el desarrollo de planes de acción para combatir la desnutrición. En Brasil, las acciones relacionadas con la NAE se han guiado por la agenda de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), que, a partir de 2014, insertó una nueva meta, orientando el cuidado de las Redes de Atención a la Salud (RAS), en particular, en el domicilio, manteniendo la atención nutricional adecuada de acuerdo con las recomendaciones de la PNAN^(6,9).

Por tanto, se espera que la AD permita el egreso hospitalario de pacientes crónicos, clínicamente estables, manteniendo un seguimiento clínico multidisciplinario de forma humanizada y respetando los principios y valores éticos^(4,19-21).

Teniendo en cuenta el escenario que involucra a las TND, el derecho a la alimentación adecuada con el apoyo de las políticas públicas y las enfermedades crónicas que aumentan con el envejecimiento poblacional y la falta de publicaciones sobre la situación de las TND en América Latina, fue el objetivo de la Asistencia Nutricional

Domiciliaria (CAND) de la Sociedad Brasileña de Nutrición Parenteral y Enteral (BRASPEN-SBNPE), en alianza con FELANPE, realizar la primera encuesta sobre TND en América Latina para conocer cómo es esa realidad en los países miembros.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico, descriptivo y transversal realizado en Latinoamérica con datos de una encuesta de BRASPEN denominada “Inquérito Latino-Americano de TND”. La recolección de datos se realizó en los países miembros de FELANPE a través de la aplicación de un cuestionario elaborado por CAND compuesto por 14 preguntas de opción múltiple, a través de la herramienta *Survey Monkey* (www.surveymonkey.com; **Tabla 1**), enviado a las Sociedades de Nutrición Parenteral y Enteral de los países miembros de FELANPE, asociaciones y colegiados, y contiene los siguientes datos: tipo de terapia nutricional utilizada; diagnóstico y edad más frecuentes en la consulta; datos de planificación del alta hospitalaria; tipo de prescripción médica para dieta enteral; dispositivos y métodos de administración (**Tabla 1**). Estos últimos datos se recopilaron considerando una encuesta anterior realizada solo en Brasil (encuesta enviada a los miembros de la BRASPEN con el objetivo de comprender cuál era la orientación de terapia nutricional más frecuente al alta hospitalaria), que mostró que la TNE es la práctica más común⁽²²⁾.

El período de recolección se realizó de marzo a junio de 2018 a través de correo electrónico. Para Brasil, el cuestionario se aplicó en portugués, para garantizar un mayor número de encuestados, y el enlace se envió a los profesionales que actúan en AD, tanto en el sector público como en el privado.

El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, bajo el número 3.995.405, en cumplimiento de la Resolución n.º 466 de 2012.

El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Para saber cómo era la TND en América Latina participaron 17 países, 16 de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay), además de España, con un total de 505 encuestados (nutricionistas, enfermeros, médicos y otros profesio-

Tabla 1. Preguntas formuladas en la Encuesta Latinoamericana de Terapia Nutricional (São Paulo, 2018)

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿A qué país representa?	- Pregunta abierta
2. ¿Cuál es su profesión?	- Médico - Nutricionista - Enfermero - Otra (especificar)
3. Trabaja en:	- Hospital - <i>Home care</i> - Ambas cosas
4. Al iniciar un nuevo paciente con TND en su servicio de <i>home care</i> , ¿ha recibido orientación previa sobre TND del hospital de origen?	- Sí, en más del 50 % - Sí, en menos del 50 % - No recibió - No trabajo en <i>home care</i>
5. ¿En su hospital el alta hospitalaria es un protocolo?	- Sí - No - No trabajo en un hospital
6. ¿Qué tipo de orientación nutricional se le da al paciente/familia/cuidador para el uso de TND?	- Oral/verbal - Impreso/manual propio del hospital
7. ¿Cuánto tiempo antes del alta hospitalaria comienzan las instrucciones/orientación a la familia?	- Mismo día - Día anterior - Siete días antes - Otro (especificar)
8. En su servicio de <i>home care</i> , ¿Qué tipo de TND atienden?	- Nutrición enteral (NE) - Nutrición parenteral (NP) - Suplementación oral (SO) - Ambos (TNE/TNP o SO)
9. En pacientes sometidos a terapia de nutrición enteral domiciliaria (TNED), ¿qué tipo de dieta se utiliza?	- Industrializado (polvo o líquido) - Elaborado artesanalmente con alimentos naturales - Mixto (parte industrializada y parte natural) - Otro (especificar)
10. ¿Qué vía de acceso para DTN es la más utilizada en los pacientes en seguimiento de la empresa donde trabaja?	- Sonda nasogástrica - Sonda nasoenteral - Ostomía (gastrostomía/yeyunostomía)
11. ¿Qué tipo de administración de dieta enteral se recomienda o se realiza a domicilio por parte de la empresa donde trabaja?	- Por bomba de infusión enteral - Por gravedad intermitente - Por gravedad continua - En bolo con jeringa
12. ¿Cuál es el grupo etario más frecuente de pacientes en seguimiento con TND en su servicio?	- < 18 años - Entre 18 y 60 años - > 60 años
13. ¿Cuál es el diagnóstico más frecuente, en su servicio, de pacientes con TND?	- Neurológico - Oncológico - Quirúrgico - Otro (especificar)
14. ¿Cuenta su país con cobertura de TND para sus pacientes a través de pólizas públicas o seguros de salud?	- Sí - No - Se está estudiando - En caso afirmativo, especifique cuáles

Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

nales). Entre los países participantes, Brasil contribuyó con la mayor cantidad, más de la mitad de los encuestados (57 %) (**Tabla 2**).

Es interesante notar la excelente contribución de Perú, con casi el 12 % de los encuestados, y de otros países pequeños como Panamá y Guatemala (Centroamérica), con alrededor del 8 % y el 6 %, respectivamente.

Del total de encuestados, el 47 % era nutricionista, seguidos por el 24 % de enfermeros y el 17 % de médicos; sin embargo, solo el 50 % (254) de estos profesionales estaba activo en la AD.

En cuanto a los usuarios del programa, el 65,9 % de los pacientes que usaban TND era adulto mayor y solo el 4,8 % era menor de 18 años. En cuanto al diagnóstico clínico informado, el 66,8 % tenía enfermedad neurológica, la mitad (49,9 %) era parte de la población anciana.

A continuación, los pacientes quirúrgicos (13 %) se encontraron como el diagnóstico más frecuente y, casi con la misma frecuencia, los pacientes oncológicos (12,9 %); fue más frecuente el primer diagnóstico entre los de 18 a 60 años y el segundo, entre los mayores de 60 años (**Tabla 3**).

La encuesta mostró que las TND fueron el tipo de terapia nutricional más realizada y el 45 % también informó poder asistir, además de las TND, las TND y la suplementación oral; sin embargo, las TND se realizaron en solo el 1 % del total de encuestados en América Latina.

Al analizar las TND, considerando el tipo de prescripción realizada por los profesionales de la salud, hubo baja práctica en el uso de dieta artesanal exclusiva (8 %) y la mayor frecuencia fue en el uso de dieta enteral mixta (54 %); es decir, industrializada y artesanal (**Figura 1**).

Tabla 2. Distribución de las respuestas sobre la encuesta TND latinoamericana por país y categoría profesional (São Paulo, 2021)

País	Nutricionista n (%)	Enfermero n (%)	Doctor n (%)	Otros n (%)	Total n (%)
Argentina	4 (29)	5 (36)	4 (29)	1 (6)	14 (2,7)
Bolivia	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Brasil	118 (41)	98 (34)	23 (8)	50 (17)	289 (57,2)
Chile	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	2 (0,4)
Colombia	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Costa Rica	2 (33)	1 (17)	3 (50)	0 (0)	6 (1,2)
Ecuador	6 (35)	0 (0)	10 (59)	1 (6)	17 (3,4)
El Salvador	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (0,2)
España	0 (0)	3 (50)	3 (50)	0 (0)	6 (1,2)
Guatemala	20 (65)	0 (0)	10 (32)	1 (3)	31 (6,1)
Honduras	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (0,2)
México	3 (50)	0 (0)	3 (50)	0 (0)	6 (1,2)
Panamá	29 (73)	2 (5)	8 (20)	1 (2)	40 (7,9)
Paraguay	20 (90)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	22 (4,4)
Perú	32 (54)	11 (19)	13 (22)	3 (5)	59 (11,7)
República Dominicana	1 (13)	0 (0)	6 (74)	1 (13)	8 (1,6)
Uruguay	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Total	238 (47)	122 (24)	86 (17)	59 (12)	505 (100)

Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

Tabla 3. Distribución por grupos de edad y diagnóstico clínico de los pacientes atendidos en TND (São Paulo, 2021)

Diagnóstico	Grupo de edad (años)			Total n (%)
	< 18 n (%)	18 a 60 n (%)	> 60 n (%)	
Neurológico	16 (3,2)	68 (13,7)	247 (49,9)	331 (66,8)
Oncológico	2 (0,4)	25 (5,0)	37 (7,5)	64 (12,9)
Quirúrgico	3 (0,6)	34 (6,9)	27 (5,5)	64 (13,0)
Otros	3 (0,6)	18 (3,7)	15 (3,0)	36 (7,3)
Total	24 (4,8)	145 (29,3)	326 (65,9)	495 (100)*

*Diez profesionales no respondieron. Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

La vía de acceso más utilizada para la administración de TNE fue la sonda nasogástrica (SNG)/sonda naso-enteral (SNE) (58,6 %) y, a pesar de que la mayoría de los pacientes eran neurológicos, se utilizó gastrostomía en el 33,9 % de los casos. Fue en Brasil donde la sonda de Levine, utilizada para drenar el contenido gástrico, se utilizó para la administración de dieta enteral en 13 % de los casos (Tabla 4).

Tipos de dieta para TNE prescrito

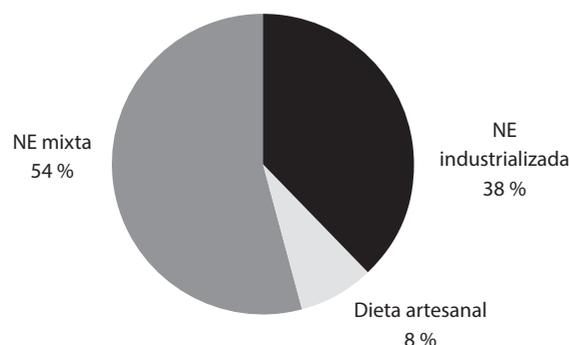


Figura 1. Tipo de dieta de nutrición enteral prescrita por profesionales de la salud para TNE. São Paulo, 2021. Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

Teniendo en cuenta la forma de administración de TNE, se observó que el 45 % recibió TNE por gravedad de forma intermitente seguida de administración “en bolo” (35 %). Al comparar los datos de Brasil con los de otros países de América Latina y España, se observaron algunas diferencias en relación con el método de administración, destacando que el uso de una bomba de infusión fue una práctica mayor en otros países en

Tabla 4. Vías de acceso y forma de administración utilizadas en TNE por país (São Paulo, 2021)

	Países participantes					
	Brasil		Otros países*		Todos los países**	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de dispositivo para TNE						
Sonda de Levine	38	13	0	0	38	7,5
SNG/SNE	162	56	134	62	296	58,6
Ostomía	89	31	82	38	171	33,9
Total	289	100	216	100	505	100
Forma de administración NE						
Bomba de infusión	14	5	53	25	67	13
Goteo intermitente	186	64	41	19	227	45
Goteo continuo	23	8	9	4	32	6
Bolo	66	23	113	52	179	35
Total	289	100	216	100	505	100

*Países latinoamericanos sin Brasil + España. **Todos los países participantes. Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

comparación con Brasil, así como la administración en “bolo”. En Brasil, la administración por goteo intermitente fue mayor (**Tabla 4**).

En esta encuesta también fue posible conocer cómo se realizaba la planificación del alta y se constató que era una rutina para el 55 % de los encuestados: mientras que en Brasil esto sucedía en el 70 %, en los demás países solo ocurría en el 44 %, y en la mayoría (77 %) ocurrió el mismo día o hasta un día antes del alta. Solo en el 23 % esta orientación ocurrió hasta 7 días antes, con una proporción similar en Brasil y en otros países. Para el 71 %, estas orientaciones se ofrecieron por escrito; la práctica fue más común en Brasil, con el 82 %, aunque en el 40 % ocurrió el día del alta hospitalaria. En otros países, la forma verbal era muy similar a la forma escrita (**Tabla 5**).

A través de políticas públicas o seguros de salud existentes en los países, se encontró que, en relación con la atención y financiamiento a pacientes con necesidad de TND, el 60 % no contaba con esta cobertura, por lo que los costos de la terapia nutricional quedaban a criterio de la familia; 10 % de los que no contaban con

esta cobertura estaban cubiertos, pero estaban en estudio para eventualmente iniciar esta práctica, y el 30 % contaba con este servicio ya sea por el ministerio de salud del país o por el sistema de asistencia privada con cobertura parcial o total de gastos (**Figura 2**).

¿Su país cuenta con cobertura de la TND a los pacientes mediante políticas del Ministerio de Salud o seguros de salud?

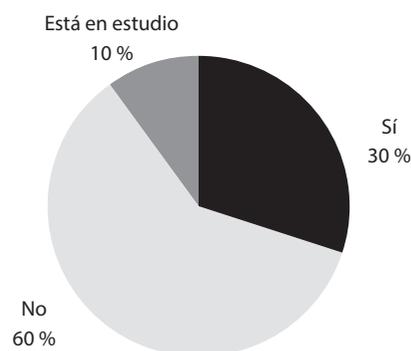


Figura 2. Cobertura de TND por pólizas públicas o seguros de salud, São Paulo, 2018. Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

Tabla 5. Descripción del modo de planificación del alta en los países de América Latina y España (São Paulo, 2021)

Planificación del alta hospitalaria	Países participantes		
	Brasil	Otros países*	Todos los países**
	n (%)	n (%)	n (%)
Es una rutina			
Sí	202 (70)	95 (44)	297 (55)
No	87 (30)	121 (56)	208 (45)
Total	289 (100)	216 (100)	505 (100)
Tiempo de orientación antes del alta hospitalaria			
Hasta siete días antes	72 (25)	43 (20)	115 (23)
Un día antes	101 (35)	74 (34)	175 (34)
El día del alta	116 (40)	99 (46)	215 (43)
Total	289 (100)	216 (100)	505 (100)
Tipo de orientación ofrecida al paciente/familiar			
Escrita	237 (82)	121 (56)	258 (71)
Verbal	52 (18)	95 (44)	147 (29)
Total	289 (100)	216 (100)	505 (100)

*Países de América Latina, excepto Brasil + España. **Todos los países participantes. Fuente: Encuesta FELANPE, 2018.

DISCUSIÓN

Al realizar la primera encuesta sobre TND en América Latina, los resultados permitieron reflexionar sobre cómo las políticas públicas están enfrentando esta realidad con el fin de incentivar a la FELANPE a realizar nuevas inversiones en esta área, sugerir lineamientos para una adecuada y segura práctica de TND, y sensibilizar organismos públicos para mejorar la atención a las personas necesitadas en terapia nutricional.

Llamó la atención la baja participación en esta encuesta de miembros de algunos países como Colombia, Chile, México y Uruguay, previamente con un historial de gran participación en terapia nutricional, haber sido sede de congresos/eventos de FELANPE y siempre haber estado activo con esta federación. Ante este desajuste, surgieron algunas hipótesis como “¿será que, a pesar de la “tradición”, no hubo evolución en la implementación de TND en los países? ¿O hubo subestimación de los miembros frente a esta encuesta? ¿O los líderes del pasado se están adaptando a los logros obtenidos?”. Es una alerta para los dirigentes y para las próximas encuestas.

México fue el país sede del congreso de FELANPE en el año en que se realizó la encuesta y, aun así, hubo poca adhesión. Por su parte, los países más pequeños, como Guatemala y Ecuador, estuvieron muy dispuestos a dar a conocer y ayudar a llevar a cabo esta encuesta. Perú en los últimos años se ha mostrado muy activo en terapia nutricional, tanto en la formación de profesionales de los equipos de terapia nutricional, como en el involucramiento en las actividades de la FELANPE, y fue el segundo país en cuanto a número de encuestados, con más de 50 % de participación del nutricionista, seguido de Panamá, en el que el nutricionista colaboró con más del 70 % del total de encuestados de ese país. Estos resultados permiten interpretar que, entre los profesionales de la EMTN, los nutricionistas son los que más trabajan en terapia nutricional domiciliar. Es importante destacar que los representantes del comité de nutrición fueron grandes aliados para la difusión de la encuesta en sus países, así como los presidentes de las sociedades de terapia nutricional parenteral y enteral de cada país miembro de la FELANPE.

Como ya se mencionó, existen pocas publicaciones referentes a la AD en América Latina, principalmente relacionadas con la práctica de TND. España es un ejemplo de seguimiento de atención domiciliar y TND, debido a los datos sociodemográficos actualizados de

los pacientes domiciliarios, facilitados por haber regulado la EA⁽²³⁾.

A nivel mundial, la pirámide demográfica está cambiando con el crecimiento paulatino de los adultos mayores que, a su vez, también contribuyen al aumento de la presencia de enfermedades crónicas. En la AD, según esta encuesta, había en su mayoría ancianos con enfermedades neurológicas, como ya se ha informado en la literatura nacional e internacional^(18,22,24-28).

Teniendo en cuenta que la TND tiene como objetivo mantener o recuperar el estado nutricional de los pacientes en el domicilio, el análisis de la prescripción de TNE luego del alta es fundamental para comprender si en el domicilio el objetivo nutricional es una preocupación de los profesionales que realizan la prescripción. Varias publicaciones han señalado un aumento, en los últimos años, del uso de dietas artesanales (dietas preparadas con alimentos *in natura*) no solo en pediatría, sino también en adultos⁽²⁹⁻³¹⁾. Contrariamente a esta información, este estudio reveló una baja indicación de prescripción de dieta exclusivamente artesanal (8 %), con mayor uso de la dieta enteral mixta (dieta que utiliza productos industrializados y alimentos *in natura*), que proporciona una mejor adecuación en comparación a la oferta de alimentación.

Si se suma la cantidad de dietas industrializadas (fórmula completa, lista para usar, preparada industrialmente) con el uso de dietas mixtas, se puede observar que están indicadas para casi la totalidad (92 %) de los pacientes, lo que puede sugerir una preocupación, por parte de los prescriptores, para mantener un suministro adecuado de nutrientes a las personas que padecen TND. En Brasil, un estudio que analizó el uso de una dieta semiartesanal/mixta, con el uso de módulos de carbohidratos y proteínas en diferentes cantidades de calorías, demostró ser una opción interesante para personas mayores en terapia nutricional enteral domiciliar, siempre que se complemente con algunos minerales y vitaminas, ya que los macronutrientes cumplen con las recomendaciones nutricionales para esta población⁽³²⁾.

A pesar de la tendencia nacional e internacional en el uso de dietas semiartesanales, es importante destacar algunos criterios para su indicación, como la estabilidad clínica del paciente, la presencia de sondas con calibre superior a 14 Fr durante al menos 6 meses y realizar una transición de la dieta enteral lenta, respetando la tolerancia individual de cada paciente⁽³³⁾.

El costo es uno de los factores que llevan a la indicación del uso de una dieta artesanal; sin embargo, una

investigación que analizó el costo en salud en pacientes con NETS mostró un mejor resultado con el uso de una dieta industrializada. En este estudio, A 102 pacientes se les realizó seguimiento con ENDS exclusivos durante 2 años consecutivos, el primer año manteniendo la dieta ya practicada por la familia, similar a la dieta artesanal casera, y en el segundo año se cambió la dieta a la industrializada, y se analizó la cantidad de reingresos hospitalarios, la duración de la hospitalización, los días de cuidados intensivos y los costos sanitarios. Se concluyó que, a pesar del mayor gasto, durante el año con el uso de una dieta industrializada fue posible reducir los costos hospitalarios y de salud en su conjunto. Estos resultados llevaron a un cambio en la dinámica de la atención domiciliar por parte del gobierno local en Polonia⁽²⁵⁾.

Por tanto, es fundamental que una prescripción de DEN considere no solo aspectos nutricionales, sino también económicos. Se espera que cada servicio de AD cuente con protocolos con criterios de elegibilidad para definir la mejor prescripción de dieta enteral, considerando un equilibrio entre la costo-efectividad, además de prevenir la pérdida de peso y la desnutrición, y mejorar la calidad de vida de los usuarios. También se debe considerar la presencia de un equipo de salud capacitado y un seguimiento adecuado de los usuarios⁽³⁴⁻³⁶⁾.

En Brasil existe un programa específico para la AD denominado “Mejor en Casa”, del Ministerio de Salud, que ha mostrado un crecimiento exponencial de usuarios y también de pacientes con necesidad de terapia nutricional domiciliar. Para auxiliar a los equipos multidisciplinarios, se elaboraron documentos específicos para AD y TND, abarcando desde la valoración inicial, recomendaciones nutricionales, indicación, prescripción, cuidados en el manejo de las fórmulas enterales y cuidados en la administración hasta el acompañamiento del paciente en TND^(22,37).

En esta encuesta se encontró una expresiva representación de ancianos, pacientes neurológicos y usuarios de SNG y sondas enterales, aunque las recomendaciones para estos casos indican el uso de estomas. Estudios europeos han demostrado que el uso de ostomías en la AD no es necesariamente una realidad, puesto que se ha reportado el uso de sondas nasointerales hasta en un 73 %, especialmente en ancianos muy mayores (80 años y más), incluso con una media de 174 días para cirugía con TND^(28,38). Uno de los estudios señaló que los ancianos con enfermedad neurológica grave, que utilizan sondas nasointerales, no tuvieron más complicaciones en comparación con ancianos similares que utilizan ostomía, lo que sugiere que estas sondas

no deben estar contraindicadas, especialmente si es la preferencia de la familia⁽³⁸⁾.

En cuanto a la forma de administración, se encontró que el goteo gravitatorio intermitente fue el más frecuente. Esta es una práctica consagrada por el equipo de enfermería, considerada la más fisiológica, especialmente cuando no se dispone de bombas de infusión^(39,40).

Refiriéndose todavía al tipo de administración, se observó que, en los países de América Latina y España, hubo una mayor indicación de la administración en “bolo”, tendencia señalada en la literatura, especialmente cuando la dieta prescrita es artesanal o mixta. En el que la viscosidad es mayor y difícilmente apta para el goteo gravitacional. La indicación de ostomías también favorece la administración en bolo, aunque este método presenta mayor incidencia de complicaciones gastrointestinales⁽⁴¹⁾.

El alta planificada es una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es una herramienta utilizada en la unidad hospitalaria para garantizar la continuidad de los cuidados clínicos y nutricionales del paciente en el domicilio de forma segura. Su importancia se evaluó en esta encuesta y, a pesar de que más de la mitad reportó la presencia de esta rutina, el 77 % reportó una práctica de orientación dentro del día anterior al alta, lo cual es bastante diferente a la recomendación de la literatura. Idealmente, el proceso debe comenzar desde el ingreso y se debe involucrar a todo el equipo multiprofesional, la familia o el cuidador responsable y el paciente, para facilitar la comprensión de las necesidades terapéuticas indicadas para el egreso hospitalario⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Dentro de las etapas del alta sistemática, además del entrenamiento de cabecera durante toda la estancia hospitalaria, es importante entregar guías escritas, un “paso a paso” sobre las técnicas de terapia nutricional y su seguimiento. Esta rutina facilita la adaptación en el hogar; sin embargo, es preocupante observar que, en esta encuesta, un tercio de los profesionales daban las instrucciones solo de forma verbal, con mayor frecuencia en América Latina y España. Este resultado puede estar relacionado con una rutina general, no solo considerando pacientes con indicación de TND, sino que, independientemente del tipo de orientación a ser dada, aún las más simples deben entregarse por escrito. Esa acción evita dudas a la familia y al paciente, además de registrar la actuación del equipo de salud⁽⁴⁵⁾.

En la mayoría de los países de América Latina, la AD no cuenta con una regulación legal, a diferencia de algu-

nos países de Europa y América del Norte, que cuentan con programas específicos de AD en el ámbito de la salud, con criterios bien definidos. En Brasil, en 2006 se publicó una resolución que prevé el reglamento técnico sobre la operación de los servicios que prestan AD, con el objetivo de estandarizar la prestación de este servicio por parte de las empresas de AD, especialmente las de salud complementaria⁽⁴³⁾.

Este escenario deja clara la importancia de contar con propuestas en las que se pueda legalizar la AD, incluida la TND. Ya se sabe cómo las buenas prácticas de terapia nutricional pueden mejorar las condiciones de salud y reducir los costos de salud. Entonces, mantener un programa con financiamiento también en TND puede, en el mediano y largo plazo, reducir la incidencia de desnutrición, agravios en las condiciones de salud y, consecuentemente, los costos en salud. Esta realidad todavía está lejos, ya que más de la mitad de los países, según la encuesta, no cuentan con financiación pública o gratuita para TND y solo un 10 % está proyectando esta práctica en un futuro próximo.

Al analizar este estudio, es posible afirmar que sus limitaciones están relacionadas con la imposibilidad de determinar la causalidad, ya que no hay seguimiento y las muestras de los países son heterogéneas.

CONCLUSIÓN

Al buscar conocer las características de los END en América Latina, se observó una mayor participación de los profesionales de la salud en la prestación de cuidados efectivos en la terapia nutricional, así como la aplicación y difusión de encuestas epidemiológicas que se traducen en un mayor conocimiento sobre la situación del cuidado de las poblaciones en esta área, puesto que brindan información para que los gestores de salud tomen algunas decisiones, además de permitir la evaluación comparativa internacional.

Los países investigados están preocupados por la nutrición de los pacientes en el hogar, ya que el estado nutricional refleja la mejor respuesta terapéutica, mejor calidad de vida y supervivencia y, en consecuencia, una menor tasa de reingresos hospitalarios y una reducción de los costos en salud.

Todavía es necesario reforzar que las pautas de alta son fundamentales, especialmente para los pacientes en TND, y estas deben realizarse durante toda la hospitalización y no solo en el momento del alta hospitalaria.

Al considerar los datos brasileños de esta encuesta, se verificó la importancia de organizar el sector público

junto con el programa Mejor en Casa del Ministerio de Salud, que expandió el uso de END, especialmente para las poblaciones más necesitadas.

Todavía existen pocos estudios con datos epidemiológicos relacionados con la AD en América Latina y los que incluyen TND, especialmente los longitudinales, son más escasos, lo que dificulta comprender la evolución de esta terapia en la atención domiciliaria.

Fuente de financiación

Ninguna.

Agradecimientos

Gracias a todos los países participantes, sociedades de terapia nutricional, asociaciones y facultades a través de profesionales de la salud, miembros activos de la terapia nutricional, por participar en esta investigación.

En Brasil, también agradecemos la colaboración del coordinador del Programa “Mejor en Casa”, del Ministerio de Salud, por divulgar el enlace de esta investigación a los profesionales que trabajan en la AD.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Declaración de autoría

Los autores contribuyeron al diseño de la investigación y validaron su versión final. DPJVA, SIC y LMSN escribieron, analizaron e interpretaron los datos.

Referencias bibliográficas

1. Caderno de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Cuidados em Terapia Nutricional. 1.ª edición. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2015.
2. De Pimiento SE, van Aanholt DPJ. Terapia nutricional domiciliaria (TND). En: CINC - Curso Interdisciplinario de Nutrición Clínica. 4.ª edición. Bogotá, Colombia: FELANPE; 2016. p. 264-80.
3. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SDA, Schieferdecker MEM. Terapia nutricional enteral domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 2014;9(3):757-70. doi: 10.12957/demetra.2014.10345
4. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M, Campos A, Aguilar-Nascimento J. Diretriz TND. BRASPEN J. 2018;33(supl 1):37-46.

5. Cárdenas D. Is the right to food in hospitals a human right? *Rev Nutr Clin Metab.* 2018;1(2):9-12.
6. Bermúdez C, Pérez A, Puentes M, López L, Guerrero M, García Velasquez E, et al. Implementación de la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico y la lucha contra la malnutrición. *Rev Nutr Clínica y Metab.* 2019;2(Supl 1):82-6. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.033
7. PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1.ª edição. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2012.
8. Brasil. LEI No 11.346, de 15 de setembro de 2016. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm
9. Gabe K, Jaime P, Silva K. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas às necessidades alimentares especiais. In: Jaime PC, editor. Políticas públicas de alimentação e nutrição. primeira. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 145-4.
10. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, dos Reis Coimbra J, Rodrigues MTG, dos Santos Rodrigues AM, et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar–promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. *DEMETERA Aliment Nutr Saúde.* 2014;9:233-47. doi: 10.12957/demetra.2014.10300
11. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
12. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36(4):958-967. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
13. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people’s health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2016;387(10036):2383-401. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00648-6
14. Schindler K, Themessl-Huber M, Hiesmayr M, Kosak S, Lainscak M, Laviano A, et al. To eat or not to eat? Indicators for reduced food intake in 91,245 patients hospitalized on nutritionDays 2006-2014 in 56 countries worldwide: a descriptive analysis. *Am J Clin Nutr.* 2016;104(5):1393-1402. doi: 10.3945/ajcn.116.137125
15. Tyler RD, Guenter P. Identifying malnutrition: From acute care to discharge and beyond. *Nurse Pract.* 2017;42(4):18-24. doi: 10.1097/01.NPR.0000513334.61944.8e
16. Domingues EA. Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar. São Paulo: Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2019.
17. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional y evolución clínica de ancianos en terapia nutricional enteral domiciliar: cohorte retrospectiva. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3198. doi: 10.1590/1518-8345.2837.3198
18. Villar Taibo R, Martínez Olmos MÁ, Bellido Guerrero D, Vidal Casariego A, Peinó García R, Martís Sueiro A, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: an approximation to reality. *Nutr Hosp.* 2018;35(3):511-518. doi: 10.20960/nh.1799
19. Brasil. Portaria SES-DF No 287 de 02 de dezembro de 2016. Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal. DODF; 2016.
20. Rufino C, Carlini D, Alves M, Soo Jin Kim H. Como promover a desospitalização devido ao transplante de órgãos sólidos? Panorama atual no Brasil e profilaxia da infecção pelo citomegalovírus com valganciclovir. *JBES Brazilian J Heal Econ Bras Econ da Saúde.* 2016;8(1):47-57. doi: 10.21115/JBES.v8.n1.p47-57
21. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saude Publica.* 2010;44(1):166–76. doi: 10.1590/S0034-89102010000100018
22. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M. 2017 Inquerito Brasileiro TND. *BRASPEN J.* 2017;32(3):214-20.
23. Wanden-Berghe Lozano C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Maiz Jiménez MI, Gómez Candela C, et al. Nutrición parenteral domiciliar en España 2017. Informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. *Nutr Hosp.* 2018;35(6):1491-1496. doi: 10.20960/nh.2364
24. De Luis DA, Izaola O, Cuellar LA, Terroba MC, Cabezas G, De La Fuente B. Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. *J Hum Nutr Diet.* 2013;26 Suppl 1:39-44. doi: 10.1111/jhn.12081
25. Szybiński P, Szczepanek K, Kłęk S. Home enteral nutrition (HEN) – a complex cost-saving solution to long-term artificial nutrition. *JHPOR.* 2013;1:118-25. doi: 10.7365/JHPOR.2013.3.12
26. Silva AC, de Andrade Silveira S. Epidemiological and nutritional profile of home enteral nutrition users. *Demetra Food, Nutr Heal.* 2014;9(3):783–95.
27. Carnáuba CMD, Silva TDA e, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017;20(3):352-62. doi: 10.1590/1981-22562017020.160163
28. Wanden-Berghe Lozano C, Campos C, Burgos Peláez R, Álvarez J, Frias Soriano L, Matia Martín MP, et al. Registro del grupo nadya-senpe de nutrición enteral domiciliaria en España; años 2016 y 2017. *Nutr Hosp.* 2019;36(1):233-237. doi: 10.20960/nh.02365
29. Epp L, Lammert L, Vallumsetla N, Hurt RT, Mundi MS. Use of Blenderized Tube Feeding in Adult and Pediatric Home

- Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract.* 2017;32(2):201-205. doi: 10.1177/0884533616662992
30. Walia C, Van Hoorn M, Edlbeck A, Feuling MB. The Registered Dietitian Nutritionist's Guide to Homemade Tube Feeding. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(1):11-16. doi: 10.1016/j.jand.2016.02.007
 31. Johnson TW, Spurlock AL, Epp L, Hurt RT, Mundi MS. Reemergence of Blended Tube Feeding and Parent's Reported Experiences in Their Tube Fed Children. *J Altern Complement Med.* 2018;24(4):369-373. doi: 10.1089/acm.2017.0134
 32. Jansen AK, Generoso S de V, Guedes EG, Rodrigues AM, Miranda LAV de O, Henriques GS. Desenvolvimento de dietas enterais semiartesanal para idosos em atenção domiciliar e análise da composição de macro e micronutrientes. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017;20(3):387-97. doi: 10.1590/1981-22562017020.160168
 33. Johnson TW, Seegmiller S, Epp L, Mundi MS. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract.* 2019;34(2):186-195. doi: 10.1002/ncp.10257
 34. Menezes CS, Fortes RC. Nutritional status and clinical evolution of the elderly in home enteral nutritional therapy: a retrospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3198. doi: 10.1590/1518-8345.2837.3198
 35. Ferrer M, Sánchez-Romera JF, García-Zafra MV, Hernández-Cascales AB, Arráez M, Aranda A, et al. Analysis of a clinical pathway for home enteral nutrition in the Region of Murcia. Consumption and associated expenses and adaptation to the National Health System Guide. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed).* 2019;66(4):232-239. doi: 10.1016/j.endinu.2018.08.005
 36. Gavazzi C, Colatruccio S, Valoriani F, Mazzaferro V, Sabbatini A, Biffi R, et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: A multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer.* 2016;64:107-12. doi: 10.1016/j.ejca.2016.05.032
 37. Caderno de Atenção Domiciliar - Cuidados em Terapia Nutricional. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
 38. Orlandoni P, Peladic NJ, Di Rosa M, Venturini C, Fagnani D, Sparvoli D, et al. The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia. *Clin Nutr.* 2019;38(4):1871-1876. doi: 10.1016/j.clnu.2018.07.010
 39. Ciosak SI. Rotinas de monitoramento em home care na terapia nutricional. En: *Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.* 1.ª edición. São Paulo: Martinare; 2014. p. 117-25.
 40. Ciosak SI, Matsuba C. Cuidados de enfermagem na nutrição enteral. Em *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.* 5.ª ed. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 1025-36.
 41. Wanden-Berghe C, Patino-Alonso MC, Galindo-Villardón P, Sanz-Valero J. Complications Associated with Enteral Nutrition: CAFANE Study. *Nutrients.* 2019;11(9):2041. doi: 10.3390/nu11092041
 42. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Francesco Amico A, Maria Bovenzi F, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.* 2017;19(Suppl D):D244-D255. doi: 10.1093/eurheartj/sux011
 43. Resolução RDC N° 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2006.
 44. Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. *Texto e Contexto.* 2021;30:e20200401. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0401
 45. Cancino RS, Manasseh C, Kwong L, Mitchell SE, Martin J, Jack BW. Project RED Impacts Patient Experience. *J Patient Exp.* 2017;4(4):185-190. doi: 10.1177/2374373517714454