

## PROTOCOLO 2019

### Nutrición enteral domiciliaria total o parcial, para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral

Para el Otorgamiento de las Prestaciones que cuentan con el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.  
Ley N° 20.850

Subsecretaría de Salud Pública - División de Planificación Sanitaria  
Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia

La ley Nº 20.850 crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y otorga cobertura financiera universal a diagnósticos, medicamentos, dispositivos de uso médico y alimentos de alto costo de demostrada efectividad, de acuerdo a lo establecido en los protocolos respectivos, garantizando que los mismos sean accesibles en condiciones de calidad y eficiencia.

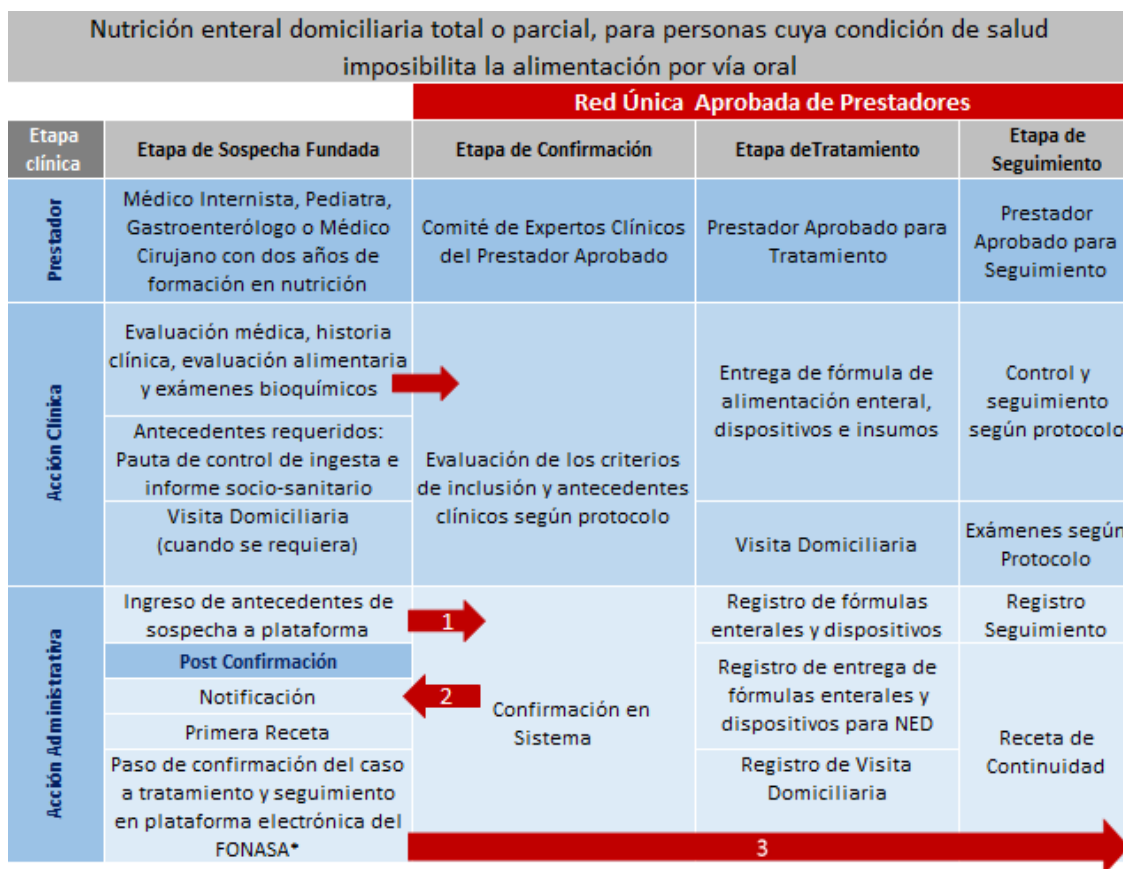
Versión del documento: Tercera edición Junio de 2019.

Diseño y Diagramación Protocolos 2019: Lilian Madariaga S. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud

## ÍNDICE

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA RED DE ATENCIÓN.....	4
PROCESO CLÍNICO DE ATENCIÓN .....	5
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE SALUD .....	6
OBJETIVO GENERAL .....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
ÁMBITOS DE LA APLICACIÓN .....	7
POBLACIÓN OBJETIVO .....	7
DEFINICIÓN DE LA TECNOLOGÍA .....	8
MANEJO CLÍNICO.....	9
AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTO .....	14
REQUISITOS DE INFORMACIÓN .....	15
ANEXO 1. PAUTA CONTROL DE INGESTA* .....	16
ANEXO 2. KIT ESTÁNDAR DE DISPOSITIVOS.....	17
ANEXO 3. ENCUESTA SOCIO-SANITARIA.....	21
ANEXO 4. FORMULACIÓN DEL PLAN DE SOPORTE NUTRICIONAL.....	23
ANEXO 5. PREPARACIÓN DE FÓRMULAS.....	24
ANEXO 6. RECOMENDACIONES DE ENTRENAMIENTO AL BENEFICIARIO (A) Y SU CUIDADOR .....	25
ANEXO 7. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO BASADO EN LA NED TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL .....	26
ANEXO 8. ASSENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 12 A 18 AÑOS PARA TRATAMIENTO DE NEDINCLUSIVE COMPETENTE .....	30
GRUPO ELABORADOR Y REVISOR .....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

## DIAGRAMA DE FLUJO DE LA RED DE ATENCIÓN



### Garantía Financiera:

#### Prestaciones garantizadas

- Fórmulas de alimentación enteral:** fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monoméricas) o especiales, según este protocolo
- Dispositivos médicos necesarios:**
  - Sonda nasogástrica: jeringa; sonda enteral siliconada; contenedor; línea de infusión; y bomba.
  - Sonda nasoyeyunal: Jeringa; sonda enteral siliconada; contenedor; línea de infusión; y bomba.
  - Ostomía Gástrica: Jeringa; repuesto extensión gruesa; kit de gastrostomía percutánea; botón; contenedor; línea de infusión; repuesto extensión angosta; repuesto extensión gruesa; sonda de gastrostomía; y bomba.
  - Ostomía yeyunal: jeringa; repuesto extensión angosta; kit de gastrostomía percutánea; botón; contenedor; línea de infusión; repuesto extensión angosta; bomba; sonda de yeyunostomía
- Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en el punto anterior durante el período de tratamiento.

### Garantía de Oportunidad

- Si cumple con los criterios de inclusión definidos en el protocolo de esta condición de salud, se entregarán los alimentos y dispositivos médicos para la nutrición enteral domiciliaria, en un plazo no mayor a 30 días, una vez validada la indicación por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado.
- Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en este protocolo

### Seguimiento

El seguimiento se realizará conforme lo establecido en este protocolo.

\*Será responsabilidad del médico que genera la solicitud, notificar al beneficiario de la Ley mediante el "formulario de constancia información al paciente Ley Ricarte Soto", y registrarlo en plataforma dispuesta por el FONASA, desde la etapa de confirmación a la etapa de tratamiento y seguimiento, una vez que el caso haya sido confirmado por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado.

## PROCESO CLÍNICO DE ATENCIÓN

El proceso clínico considerado para las condiciones específicas de salud incorporadas a la Ley, se encuentra establecido en los protocolos, flujos de atención y documentos asociados para su implementación.

Las condiciones específicas de salud ingresadas en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo vigentes, pueden organizarse en dos grupos o flujos diferentes de acuerdo a la naturaleza de la garantía. Existiendo así, un grupo de condiciones específicas de salud que requieren ser confirmadas a través de algún método diagnóstico, el cual también puede estar garantizado, y el otro grupo que ya cuenta con un diagnóstico, cuyos potenciales beneficiarios(as) solicitan una terapia de segunda línea o de mayor complejidad terapéutica. Dichas solicitudes serán analizadas por un Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado<sup>1</sup> que validará o no este requerimiento.

El flujo de atención para esta condición de salud, se organizará en cuatro etapas:

1. Solicitud Fórmulas de Nutrición Enteral y Dispositivos
2. Confirmación Diagnóstica
3. Tratamiento
4. Seguimiento

### Solicitud de Fórmulas de Nutrición Enteral y Dispositivos

En personas con alguna condición de salud que imposibilite la alimentación por vía oral, que requiera nutrición enteral domiciliaria (NED), que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en este protocolo y deseen acceder voluntariamente a los beneficios de la ley N°20.850, será el médico tratante: médico cirujano con dos años de formación en nutrición, internista, pediatra, gastroenterólogo, neurólogo, geriatra o médico familiar, quien deberá generar la solicitud de fórmulas de NED y dispositivos al Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado. Esta solicitud la realizará mediante el formulario correspondiente para este fin. El comité antes citado será quien podrá aprobar o rechazar las solicitudes de acuerdo a los antecedentes clínicos presentados, criterios de inclusión y de exclusión establecidos en este protocolo.

El médico que genera la solicitud, será responsable de la información entregada, la que podrá ser objeto de auditoría.

---

<sup>1</sup> **Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado:** La conformación del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado cumple con el propósito de proporcionar asesoría, conocimientos de alto nivel y experiencia especializada, en materias específicas relacionadas con el quehacer clínico de los miembros. Su principal función es ser el grupo revisor y validador de acuerdo a criterios establecidos en los Protocolos de las solicitudes de tratamiento de alto costo para los problemas definidos en la Ley.

### Confirmación Diagnóstica

Esta etapa consiste en la validación de la solicitud de fórmulas de NED y dispositivos para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado, de acuerdo a los criterios establecidos en este protocolo. Este Comité validará o no las solicitudes de acuerdo a los antecedentes presentados.

Una vez confirmada la persona como beneficiario(a) de la Ley, el médico que genera la solicitud deberá notificarlo(a), emitir la receta para el inicio de la terapia y en conjunto asignarán un establecimiento dentro de la Red de Prestadores Aprobados<sup>2</sup> para el tratamiento y seguimiento.

### Tratamiento

Esta etapa consiste en la entrega de fórmulas de NED y dispositivos al beneficiario(a), cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, por un prestador aprobado lo más cercano posible al domicilio del beneficiario(a). Las prestaciones asociadas a la instalación de dispositivos no se encuentran cubiertas por la ley N°20.850, por lo que deberán ser cubiertas por los seguros de salud correspondientes, acorde al plan de salud del beneficiario(a).

### Seguimiento

**Para esta condición de salud, las prestaciones de seguimiento no se encuentran garantizadas** por lo que deberán ser cubiertas por los seguros de salud correspondientes, acorde al plan de salud del beneficiario(a). Sin embargo, son fundamentales para la integralidad del proceso de atención.

El seguimiento deberá ser realizado e ingresado a la plataforma electrónica del FONASA, dispuesta para este fin, por el médico del prestador aprobado para esta etapa, quién será responsable de todo cambio, suspensión transitoria o definitiva de las fórmulas de nutrición enteral.

El Ministerio de Salud coordinará la derivación los beneficiarios(as) de la Ley, que se encuentran en establecimientos que no pertenezcan a la Red de Prestadores Aprobados, para las etapas de tratamiento y seguimiento.

## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE SALUD

La Nutrición Enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional mediante la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, por medio de sondas instaladas por vía nasal u ostomía, en personas que por su condición de salud, la alimentación oral no cubre sus requerimientos nutricionales o se encuentra contraindicada (1).

---

<sup>2</sup> Prestador Aprobado: Corresponde a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución, que se encuentre aprobada, conforme a lo dispuesto en el decreto N° 54 del Ministerio de Salud de 2015, que aprueba Reglamento que Establece Normas para el Otorgamiento y Cobertura Financiera de los Diagnósticos y Tratamientos incorporados al sistema establecido en la Ley N° 20.850.

La nutrición enteral domiciliaria (NED), está indicada en personas clínicamente estables, con el objetivo de garantizar el tratamiento nutricional y los cuidados correspondientes en un entorno más cómodo para la persona (1).

Cada día es más frecuente el soporte nutricional en el domicilio, los avances tecnológicos y el desarrollo de equipos multidisciplinarios con experiencia en manejo nutricional han permitido que personas hospitalizadas, que requieren soporte nutricional por períodos prolongados, puedan ser dados de alta para continuar recibiendo NE en su hogar (2). Es factible entrenar cuidadores o la propia persona que requiere NE para que reciba la adecuada atención en un ambiente familiar, lo que impacta positivamente en el estado anímico y, en muchas ocasiones, le permite reincorporarse a actividades propias de la vida diaria (3).

La NED no presentaría un mayor incidencia de complicaciones, reduciría los costos sanitarios y mejoraría la calidad de vida del beneficiario y su entorno (2,3), además de ser aceptado por la propia persona y sus familiares o cuidadores (4).

## **OBJETIVO GENERAL**

Entregar orientaciones a los equipos de salud para estandarizar el diagnóstico y manejo clínico de las fórmulas de nutrición enteral y dispositivos, además de seguimiento en beneficiarios(as) de la ley N° 20.850, cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estandarizar los criterios de inicio y la población objetivo para la entrega de fórmulas de NED y dispositivos a personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral.
- Estandarizar el tratamiento y seguimiento de los beneficiarios(as) de la ley N° 20.850 cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, que requieren fórmulas de NED y dispositivos.

## **ÁMBITOS DE LA APLICACIÓN**

Dirigido a profesionales del equipo de salud que otorgan prestaciones a beneficiarios(as) de la ley N° 20.850 para este problema de salud.

## **POBLACIÓN OBJETIVO**

Personas con diagnóstico confirmado de que su condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral.

## DEFINICIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Para establecer NED se requieren tanto fórmulas y dispositivos de nutrición enteral:

### Fórmulas de nutrición enteral

Las fórmulas de nutrición enteral están constituidas por una mezcla definida de macro y micronutrientes, en cantidad y distribución adecuadas para utilizarse complementario a la vía oral o como única fuente nutricional (1). Son una mezcla especial de alimentos que contiene proteínas, carbohidratos (azúcar), grasas, vitaminas y minerales. Pueden venir en presentación en polvo (para reconstituir) o líquida. La selección del tipo de fórmula dependerá de las necesidades fisiológicas de la persona, de las patologías asociadas y de su capacidad digestiva, de absorción y metabólica. Las fórmulas de nutrición enteral se clasifican en los siguientes tipos: (1,8):

- *Polimérica*: en estas fórmulas los macronutrientes están enteros sin hidrolizar, se componen de proteínas enteras, además de hidratos de carbono, lípidos y micronutrientes. Pueden contener o no fibra. Según la proporción de proteínas las fórmulas poliméricas se clasifican normoproteicas (igual o inferior al 18%) e hiperproteicas (superior al 18 %).
- *Oligomérica o semielementales*: estas fórmulas están compuestas por hidrolizados de proteínas, además de hidratos de carbono, lípidos y micronutrientes. Pueden contener o no fibra. Se clasifican en función de la proporción del componente proteico al igual que las poliméricas.
- *Elementales o monoméricas*. estas fórmulas están compuestas por aminoácidos y, además, de hidratos de carbono, lípidos y micronutrientes. Se clasifican en función de la proporción del componente proteico al igual que las poliméricas.
- *Especiales*, estas fórmulas cumplen todas las características generales de las dietas completas; tienen un perfil de nutrientes que está diseñado para adecuarse a las alteraciones metabólicas y los requerimientos de nutrientes conocidos de una enfermedad concreta.

### Dispositivos de nutrición enteral

Los dispositivos de nutrición enteral son clasificados en función de la vía de administración o acceso enteral por el cual se administra la fórmula enteral. Su selección es individualizada a cada persona, diferenciándose aquellas que requieren un acceso a corto o largo plazo y, a su vez, si la persona requerirá que se administre la nutrición enteral intragástrica o intestinal. A continuación se describirán los 4 tipos de dispositivos que están considerados en la Ley para NED(9,10):

- *Ostomía Gástrica*, consiste en la apertura artificial del tracto gastrointestinal, mediante cirugía o endoscopia, para la colocación de una sonda en el estómago, de modo de facilitar la administración de la alimentación.



- Ostomía yeyunal, consiste en la apertura artificial del tracto gastrointestinal, mediante cirugía o endoscopia, para la colocación de una sonda en el yeyuno (parte del intestino delgado), de modo de facilitar la administración de la alimentación.
- Sonda nasoyeyunal, tubo flexible que lleva los alimentos a través de la nariz hasta el yeyuno (parte del intestino delgado).
- Sonda nasogástrica, tubo flexible que lleva los alimentos a través de la nariz hasta el estómago.

## MANEJO CLÍNICO

### Garantía de Protección Financiera

#### Prestaciones garantizadas

**1. Fórmulas de alimentación enteral:** fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monoméricas) o especiales, según este protocolo.

**2. Dispositivos médicos necesarios:**

a) Sonda nasogástrica

- Jeringa
- Sonda enteral siliconada
- Contenedor
- Línea de infusión
- Bomba

b) Sonda nasoyeyunal

- Jeringa
- Sonda enteral siliconada
- Contenedor
- Línea de infusión
- Bomba

c) Ostomía Gástrica:

- Jeringa
- Kit de gastrostomía percutánea
- Botón
- Contenedor
- Línea de infusión

- Repuesto extensión angosta
- Repuesto extensión gruesa
- Sonda de gastrostomía
- Bomba

d) Ostomía yeyunal

- Jeringa
- Repuesto extensión angosta
- Kit de gastrostomía percutánea
- Botón
- Contenedor
- Línea de infusión
- Bomba
- Sonda de yeyunostomía

Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados se harán durante el período de tratamiento.

### **Garantía de Oportunidad**

Si cumple con los criterios de inclusión definidos en este protocolo, se entregarán los alimentos y dispositivos médicos para la nutrición enteral domiciliaria, en un plazo no mayor a 30 días, una vez validada la indicación por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.

Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en este protocolo

### **Confirmación Diagnóstica**

El diagnóstico de una condición de salud que imposibilita la alimentación por vía oral de una persona, se fundamenta en:

- Historia clínica que fundamenten la indicación de NE, que incluya antecedentes personales, enfermedad de base, comorbilidades, medicamentos que utiliza, función gastrointestinal y nivel de funcionalidad.
- Evaluación nutricional y diagnóstico nutricional integrado.
- Exámenes de laboratorio que fundamenten la indicación de NE.

### Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión para entregar fórmulas y dispositivos de NED a personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, son los siguientes:

- 1) La persona cumple con los criterios establecidos en Confirmación Diagnóstica:
- 2) Pauta de Control de Ingesta<sup>3</sup> donde se indique que la persona requieren al menos un 30% del aporte nutricional por vía enteral. Además en esta pauta se debe explicitar los resultados de la evaluación nutricional y diagnóstico nutricional integrado (Ver Anexo N°1).
- 3) La persona cuenta con tracto gastrointestinal funcional que le permite la nutrición enteral efectiva.
- 4) La persona es clínicamente estable, sin condiciones de salud que requieran mantener su hospitalización.
- 5) Evaluación Socio-sanitaria favorable (Ver Anexo N°3) en la que se evalúa si el beneficiario(a) y su entorno reúnen las condiciones mínimas para una segura y correcta administración de NED. En caso que se considere necesario, se sugiere una visita domiciliaria.
- 6) Obtener el consentimiento de la persona beneficiaria o sus cuidadores, y asentimiento en caso de niños mayores de 12 años (Ver Anexo N°7 y N°8).
- 7) Se recomienda postular a beneficiarios(as) cuyo requerimiento de NED proyectado, sea mayor a 90 días.

### Criterios de Exclusión

Los criterios de **exclusión** de NED para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, son los siguientes:

- Persona con NED cubierta por otra garantía en salud.
- Persona con agitación psicomotora no controlada.

### Tratamiento

En personas con diagnósticos cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en este protocolo, se garantizará el tratamiento con fórmulas de NED y dispositivos según lo siguiente:

---

<sup>3</sup> Pauta de Control de Ingesta: Es un registro cuantitativo de los alimentos y suplementos nutricionales consumidos por el paciente en el día anterior al monitoreo de la ingesta. Constituye una herramienta importante en la toma de decisiones sobre el manejo nutricional del paciente, bien sea para definir el inicio del soporte nutricional artificial o la suspensión, así como las modificaciones nutricionales necesarias para cubrir los requerimientos nutricionales.

- Entrega de dispositivos necesarios para la administración de nutrición enteral (Ver Anexo 2).
- Entrega de las fórmulas de alimentación enteral (Ver Anexo N°3 y N°4). Considerar que la ley N° 20.850 garantiza tipos de fórmulas y no productos enterales de marcas específicas.
- Educación y entrenamiento en el adecuado manejo de la NED al cuidador y beneficiario(a), según su condición de salud. El entrenamiento y educación al beneficiario, cuidador y su familia es una etapa muy relevante en el éxito de la NED, facilitando que logre una nutrición eficaz, reduciendo al máximo las complicaciones, proporcionando independencia y autosuficiencia a la persona. Esta labor deberá ser realizada por los profesionales del equipo multidisciplinario mediante sesiones teórico-prácticas (Ver Anexo N°6).

### **Solicitud de las Fórmulas de Alimentación Enteral y Dispositivos**

Para la solicitud del dispositivo, el médico tratante deberá entregar antecedentes generales de la persona según formulario dispuesto en la plataforma del FONASA. Además deberá adjuntar Pauta de Control de Ingesta (Ver Anexo N°1) y Plan de soporte nutricional (Ver Anexo N°4), así como también otros exámenes según corresponda.

### **Criterios de Continuidad de Tratamiento**

Para todas aquellas personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, que al momento de solicitar el ingreso Sistema de Protección Financiera creado por la ley N° 20.850, ya cuenten NED y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en este protocolo, será el médico tratante quien deberá enviar el formulario de solicitud de fórmulas y dispositivos de nutrición enteral a través de la plataforma electrónica del FONASA para que sea revisado por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.

Este comité validará o no las solicitudes de acuerdo a los antecedentes presentados.

### **Criterios de Suspensión del Tratamiento**

Los criterios de **suspensión** de NED para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, son los siguientes:

- Realimentación oral que cubra más del 70% de los requerimientos nutricionales.
- Beneficiario(a) o su entorno presenta algún cambio en su condición socio sanitaria que no garantiza la administración segura y correcta de la NED.
- Beneficiario(a) presenta complicaciones que obliguen al retiro transitorio o definitivo de la NED, según indicación clínica.

- Evolución desfavorable de la enfermedad de base que impida la NED.
- Fracaso de nutrición enteral en domicilio, según indicación clínica.
- Hospitalización del beneficiario(a).
- Fallecimiento del beneficiario(a).

El médico tratante deberá informar un cambio en la condición del beneficiario(a) que amerite la suspensión de la NED, a través de la plataforma electrónica del FONASA para la ley N° 20.850. A su vez, deberá informar por la misma vía, en caso de que termine la condición que ameritó la suspensión.

### Seguimiento

El seguimiento de la NED en personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, requiere de la evaluación periódica por parte del equipo tratante, que cuente con médico, enfermera y nutricionista con capacitación en nutrición enteral, cuya finalidad sea evaluar la respuesta al tratamiento y tolerancia a la alimentación.

En estos controles se aplicarán mediciones de actividad clínica y registro de eventos adversos notificables de los dispositivos de nutrición enteral, en función de los criterios, procedimiento y plazos establecidos por el Sistema de Tecnovigilancia del Instituto de Salud Pública (ISP)<sup>4</sup>. El médico tratante será el encargado de enviar el Formulario de Notificación de Eventos Adversos al ISP y, paralelamente, deberá enviar copia de dicho formulario al Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado, a través de la plataforma electrónica de FONASA para la ley N° 20.850.

Si el beneficiario(a) al abrir la fórmula de nutrición enteral envasada y sellada, aprecia que presenta cambios organolépticos como color, olor, sabor y textura alterada o presenta sustancias extrañas en su interior, deberá cerrar el producto y devolverlo al equipo de salud tratante, explicando la situación y solicitando el cambio de éste. Será el equipo tratante quién deberá informar a la Secretaría Ministerial de Salud correspondiente, según el conducto establecido.

El seguimiento de la evolución clínica permitirá decidir la necesidad de adecuación o cambio de la prescripción dietética, tales como: tipo de fórmula enteral, volumen diario, vía de administración y otros.

---

<sup>4</sup> Sistema de Tecnovigilancia del Instituto de Salud Pública. Disponible en:  
[http://www.ispch.cl/anamed/subdeptodispositivos\\_medicos/seccion\\_tecnovigilancia\\_rol\\_profesional](http://www.ispch.cl/anamed/subdeptodispositivos_medicos/seccion_tecnovigilancia_rol_profesional)

**Tabla N°1.** Seguimiento sugerido para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral en tratamiento con nutrición enteral domiciliaria

		Frecuencia de seguimiento o evaluación
Profesionales	Médico	Un control semestral el primer año, luego un control anual.
	Nutricionista	Un primer control al mes; luego un control cada 2 meses el primer semestre; finalmente mantener un control cada 3 meses.
	Enfermera(o)	Un primer control al mes; luego un control cada 2 meses el primer semestre; finalmente mantener un control cada 3 meses.
Exámenes	Perfil Bioquímica	Realizar una medición al primer mes y luego según evolución.
	Perfil Lipídico	
	Electrolitos Plasmáticos	
	Hemograma	
	Función Renal	
	Función Hepática	

En cada control con profesionales se deberán realizar las siguientes acciones:

- Evaluación Alimentaria, a través de Pauta de Control de Ingesta.
- Evaluación del Estado Nutricional.
- Cálculo de requerimientos nutricionales.
- Aplicación de encuesta socio-sanitaria (siempre al ingreso y eventualmente, si han cambiado las condiciones durante el seguimiento).
- Evaluación de salud general.

### AUTORIZACIÓN DE COBERTURA DE TRATAMIENTO

La validación de la indicación del tratamiento por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado, se hará sobre la base de la evaluación de los antecedentes dispuestos en la etapa de “solicitud de fórmulas de NED y dispositivos”, requiriéndose para ello la siguiente documentación:

- Formulario de solicitud de fórmulas de NED y dispositivos.
- Antecedentes y documentos requeridos en este protocolo.

Los antecedentes clínicos que motiven la postulación deben estar adecuadamente registrados en la ficha clínica. La veracidad de estos antecedentes es certificada por el médico que hace la solicitud y podrán ser objeto de auditoría.

La autorización de uso de la terapia establecida en este protocolo es de uso exclusivo para el beneficiario(a). Las personas no podrán hacer un uso distinto de esta medicación a la indicada en la prescripción médica.

## **REQUISITOS DE INFORMACIÓN**

Los requisitos de información para postular a los potenciales beneficiarios(as) al Sistema de Protección Financiera de la ley Nº 20.850, se encuentran disponible en la plataforma electrónica dispuesta por el FONASA para este fin en: <http://www.fonasa.cl>. La información solicitada para cada condición específica de salud, se encuentra acorde a lo establecido en cada protocolo, la cual deberá ser digitada de manera electrónica.

### ANEXO 1. PAUTA CONTROL DE INGESTA\*

Fecha:        /        /  
                  día        mes        año

<b>IDENTIFICACIÓN DEL/LA BENEFICIARIO(A)</b>				RUT															
Nombre				Apellido paterno				Apellido materno											
Fecha de nacimiento				Edad:	Peso:	Talla:	IMC:	(si corresponde)											
Diagnóstico Nutricional Integrado																			
Requerimientos nutricionales diarios				Energía:				Kcal/día											
				Proteínas:				g/día											
HORARIO	ALIMENTO INDICADO		VOLUMEN INDICADO (gr o ml)		CANTIDAD CONSUMIDA TOTAL DÍA														
Porcentaje de ingesta diaria oral v/s indicación diaria _____%																			
Si recibe suplementos orales, indique el nombre del producto y la cantidad por día entregado																			
¿El beneficiario logra cubrir el 70 % o más de sus requerimientos nutricionales por vía oral, incluyendo el uso de suplementos orales y módulos nutricionales en el caso que corresponda?												Sí		No					
Comentarios				Nutricionista Responsable															
				Nombre:															
				RUT:															
				Firma:															

\* El control de ingesta es un registro cuantitativo de los alimentos consumidos por el beneficiario en el día anterior. Puede contribuir a definir la necesidad de cambiar la vía de administración de los alimentos cuando existen dudas al respecto.

\* El aporte nutricional diario recibido por el beneficiario debe considerar las diferentes vías de soporte nutricional (oral, enteral y parenteral).



## ANEXO 2. KIT ESTÁNDAR DE DISPOSITIVOS

Las siguientes tablas indican los kit estándar de dispositivos en función del acceso enteral. Sin embargo, los dispositivos que efectivamente requiera el beneficiario(a) serán determinado por el médico tratante.

**Tabla N°2a. Sonda Nasogástrica:** dispositivos y frecuencia de uso, en función del tipo de administración y tipo de flujo.

Tipo de Administración	Tipo de Flujo	Dispositivos	Frecuencia de uso
<b>Bolo</b>	Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Sonda enteral siliconada	1 cada 3 meses = 4 anual
<b>Goteo</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Sonda enteral siliconada	1 cada 3 meses = 4 anual
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
<b>Bomba de Infusión*</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Sonda enteral siliconada	1 cada 3 meses = 4 anual
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
		Bomba de infusión	1 por una vez

\*Las bombas de infusión se recomiendan para personas con: yeyunostomía; riesgo de aspiración o alteración de vaciamiento gástrico; o tamaño de sonda menor a 12 french.

**Tabla N°2b. Sonda Nasoyeyunal:** dispositivos y frecuencia de uso, en función del tipo de administración y tipo de flujo.

Tipo de Administración	Tipo de Flujo	Dispositivo desechables	Frecuencia de uso
<b>Bomba de Infusión*</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Sonda enteral siliconada	1 cada 3 meses = 4 anual
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
		Bomba de infusión	1 por una vez

\*Las bombas de infusión se recomiendan para personas con: yeyunostomía; riesgo de aspiración o alteración de vaciamiento gástrico; o tamaño de sonda menor a 12 french.

**Tabla N°2c. Ostomía gástrica con botón de ostomía:** dispositivos y frecuencia de uso, en función del tipo de administración y tipo de flujo.

Tipo de Administración	Tipo de Flujo	Dispositivo desechables	Frecuencia de uso
<b>Bolo</b>	Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Repuesto extensión gruesa	1 cada 2 meses = 6 al año
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea*	Por una vez
		Botón	1 al año
<b>Goteo</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Repuesto extensión angosta	1 cada 2 meses = 6 al año
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea*	Por una vez
		Botón	1 al año
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de Infusión	1 al día = 30 al mes
<b>Bomba de infusión**</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Repuesto extensión angosta	1 cada 2 meses = 6 al año
		Botón	1 al año
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea*	Por una vez
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de Infusión	1 al día = 30 al mes
		Bomba de infusión	1 por una vez

\*La decisión de la vía a utilizar para gastrostomía percutánea dependerá de la necesidad del paciente y de la indicación del médico tratante, lo cual determinará el tipo de Kit a utilizar.

\*\*Las bombas de infusión se recomiendan para personas con: yeyunostomía; riesgo de aspiración o alteración de vaciamiento gástrico; o tamaño de sonda menor a 12 french.

**Tabla N°2d. Ostomía gástrica con sonda gastrostomía:** dispositivos y frecuencia de uso, en función del tipo de administración y tipo de flujo.

Tipo de Administración	Tipo de Flujo	Dispositivo desechables	Cantidad
<b>Bolo</b>	Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Kit de gastrostomía percutánea	Por una vez
		Sonda de Gastrostomía	1 cada 3 meses = 4 anual
<b>Goteo</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea*	Por una vez
		Sonda de Gastrostomía	1 cada 3 meses = 4 anual
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
<b>Bomba de infusión**</b>	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Sonda de gastrostomía	1 cada 3 meses = 4 anual
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea	Por una vez
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
		Bomba de infusión	1 por una vez

\*La decisión de la vía a utilizar para gastrostomía percutánea dependerá de la necesidad del paciente y de la indicación del médico tratante, lo cual determinará el tipo de kit a utilizar.

\*\*Las bombas de infusión se recomiendan para personas con: yeyunostomía; riesgo de aspiración o alteración de vaciamiento gástrico; o tamaño de sonda menor a 12 french.

Tabla N°5e. **Ostomía yeyunal con botón de ostomía:** dispositivos que la componente y su uso, en función de la vía de administración y tipo de flujo.

Tipo de Administración	Tipo de Flujo	Dispositivo	Cantidad
Bomba de infusión**	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Repuesto extensión angosta	1 cada 2 meses = 6 al año
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea*	Por una vez
		Botón	1 al año
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
		Bomba de infusión	1 por una vez

\*La decisión de la vía a utilizar para gastrostomía percutánea dependerá de la necesidad del paciente y de la indicación del médico tratante, lo cual determinará el tipo de Kit a utilizar.

\*\*Las bombas de infusión se recomiendan para personas con: yeyunostomía; riesgo de aspiración o alteración de vaciamiento gástrico; o tamaño de sonda menor a 12 french.

Tabla N°5e. **Ostomía yeyunal con sonda de yeyunostomía:** dispositivos que la componente y su uso, en función de la vía de administración y tipo de flujo.

Tipo de Administración	Tipo de Flujo	Dispositivo	Cantidad
Bomba de infusión**	Continuo/ Intermitente	Jeringa	1 diaria = 30 al mes
		Kit de gastrostomía endoscópica percutánea o gastrostomía percutánea*	Por una vez
		Sonda de yeyunostomía	1 cada 6 meses = 2 al año
		Contenedor	1 cada 15 días = 2 al mes
		Línea de infusión	1 al día = 30 al mes
		Bomba de infusión	1 por una vez

\*La decisión de la vía a utilizar para gastrostomía percutánea dependerá de la necesidad del paciente y de la indicación del médico tratante, lo cual determinará el tipo de Kit a utilizar.

\*\*Las bombas de infusión se recomiendan para personas con: yeyunostomía; riesgo de aspiración o alteración de vaciamiento gástrico; o tamaño de sonda menor a 12 french.



El beneficiario, su familia y el cuidador	La familia, el beneficiario y el cuidador del beneficiario demuestran interés y disposición para aprender lo relacionado con la nutrición enteral				
	El cuidador está apto para el cuidado del beneficiario				
<b>Conclusión del profesional</b>					
La evaluación socio-sanitaria del beneficiario(a) es favorable para NED(marque sí o no, según su conclusión)				SÍ	NO
En caso de no ser favorable ¿qué condiciones o ámbitos deberían mejorar?					
En caso de no ser favorable ¿qué gestiones gatilló el profesional para mejorar dichos ámbitos o condiciones?					

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

## **ANEXO 4. FORMULACIÓN DEL PLAN DE SOPORTE NUTRICIONAL**

La formulación de plan de soporte nutricional debe considerar los siguientes puntos:

- a. **Consignar los dispositivos requeridos** para la administración de la fórmula enteral, de acuerdo a la condición del potencial beneficiario(a).
- b. **Evaluación de los requerimientos nutricionales:** energía y proteínas requeridas por día por el beneficiario.
- a. **Prescripción nutricional detallada de la fórmula enteral:** tipo, volumen, dilución en el caso de las fórmulas en polvo, vía, frecuencia y velocidad de administración.
- b. **Indicación de frecuencia de controles de seguimiento e identificación de los profesionales que lo realizan.**

## ANEXO 5. PREPARACIÓN DE FÓRMULAS

Las fórmulas de nutrición enteral vienen en dos presentaciones: en polvo para reconstitución o líquida o “listas para colgar”. El médico tratante debe definir el porcentaje de dilución, cantidad de producto y volumen según la condición y características del beneficiario(a). A continuación se muestra valores referenciales para fórmulas en polvo (Tabla N°5.a) y líquidas (Tabla N°5.b)

**Tabla N°5.a.** Preparación de fórmula enteral estándar considerando un 22% de dilución - presentación polvo para reconstitución

Cantidades considerando una dilución estándar 22%*		
TIPO DE FÓRMULA	CANTIDAD DE PRODUCTO / DÍA	VOLUMEN MÁX. / DÍA
Fórmula Enteral para personas mayores de 19 años	330- 440 g	1.500- 2.000 ml
Fórmula Enteral para personas de 19 años y menos.	140- 300 g	1.000-1.500 ml

\* El porcentaje de dilución de la fórmula enteral es variable, depende de las especificaciones del fabricante y de los requerimientos nutricionales individuales, en consideración de las indicaciones del médico tratante.

**Tabla N°5.b.** Preparación de fórmula enteral estándar - presentación líquida o “listas para colgar”

FÓRMULA LÍQUIDA (RTH)	VOLUMEN MÁX / DÍA*
Fórmula enteral para personas mayores de 19 años	1.500- 2.000 ml
Fórmula enteral para personas de 19 años y menos.	1.000-1.500 ml

\* Los valores presentados en esta tabla son referencias, el volumen máximo al día debe individualizado y definido por el médico tratante.



## **ANEXO 6. RECOMENDACIONES DE ENTRENAMIENTO AL BENEFICIARIO (A) Y SU CUIDADOR**

### **Descripción de la NED del beneficiario(a)**

- Descripción y funcionalidad de los dispositivos y equipos si corresponde, contenedores, bajadas, kit percutáneo, vía de administración, volumen, botón de ostomía, jeringas, bolos, goteo, bomba de infusión, velocidad de infusión, según corresponda.
- Nombre y tipo de fórmula, cómo preparar la fórmula en caso que corresponda, volumen a administrar, composición, uso previsto y resultado esperado de la preparación.
- Frecuencia y horario de la administración de las fórmulas enterales según la prescripción médica.
- Informar respecto al proceso de despacho de fórmulas y dispositivos.

### **Medidas de higiene**

- Inspección de las fórmulas enterales y fecha de vencimiento.
- Medidas higiénicas en la preparación de fórmulas que requieran reconstituirse.
- Tiempos seguros de exposición de las fórmulas enterales a temperatura ambiente en el proceso de administración de la nutrición enteral.
- Almacenamiento adecuado, tanto de formulas listas para usar como aquellas que requieren reconstituirse.
- Eliminación adecuada de los insumos utilizados, sondas y fórmulas no utilizadas o caducadas.
- Cuidado del dispositivo y del sitio de entrada del acceso enteral.
- Uso y almacenamiento de equipos y dispositivos de nutrición enteral (incluyendo seguridad, limpieza, desinfección, respaldo de emergencia y solución de problemas).

### **Complicaciones y conducta a seguir**

- Información sobre qué hacer en una emergencia, por ejemplo, desplazamiento de la sonda, rotura de dispositivo, alarma de la bomba de infusión, entre otros.
- Prevención y reconocimiento de complicaciones tales como infecciones, aspiración y complicaciones mecánicas como oclusión, desplazamiento de la sonda, entre otros.
- Resolución de problemas menores y solicitud de ayuda al equipo de salud de seguimiento cuando se presenten complicaciones.
- Indicar procedimiento a seguir en caso de que la fórmula esté en mal estado o haya ocurrido algún evento adverso con los dispositivos.

## ANEXO 7. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO BASADO EN LA NED TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario(a): \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

### **Cobertura financiera del “Tratamiento Basado en la nutrición enteral domiciliaria Total o Parcial para Personas Cuya Condición de Salud Imposibilita la Alimentación por Vía Oral”**

Tomo conocimiento que el acto médico Tratamiento Basado en la nutrición enteral domiciliaria Total o Parcial para Personas Cuya Condición de Salud Imposibilita la Alimentación por Vía Oral, se realiza con cobertura financiera de la ley N° 20.850 (en adelante Ley Ricarte Soto).

La Ley Ricarte Soto es un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, creado por el decreto ley N° 20.850 del 01 de Junio de 2015, cuya misión es otorgar cobertura financiera a todos los usuarios de las Instituciones Previsionales de Salud, el Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsual de las Fuerzas Armadas y las de Orden y Seguridad Pública.

Nutrición Enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional mediante la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, por medio de sondas instaladas por vía nasal u ostomía en beneficiarios(as) que por su condición de salud, la alimentación vía oral no cubre requerimientos nutricionales o se encuentra contraindicada. La nutrición enteral domiciliaria (NED), está indicada en personas clínicamente estables, con el objetivo de garantizar el tratamiento nutricional y los cuidados correspondientes en un entorno más cómodo para la persona.

La Ley Ricarte Soto cubre 4 tipos de dispositivos médicos para establecer nutrición enteral domiciliaria:

- **Ostomía Gástrica**, consiste en la apertura artificial del tracto gastrointestinal, mediante cirugía o endoscopia, para la colocación de una sonda en el estómago, de modo de facilitar la administración alimentación.
- **Ostomía yeyunal**, consiste en la apertura artificial del tracto gastrointestinal, mediante cirugía o endoscopia, para la colocación de una sonda en el yeyuno (parte del intestino delgado), de modo de facilitar la administración alimentación.
- **Sonda nasoyeyunal**, tubo flexible que lleva los alimentos a través de la nariz hasta el yeyuno (parte del intestino delgado).

- **Sonda nasogástrica**, tubo flexible que lleva los alimentos a través de la nariz hasta el estómago.

El tipo de fórmula nutricional que se entregará será la más adecuada, dependiendo de las necesidades fisiológicas de la persona, de las patologías asociadas y de su capacidad digestiva, de absorción y metabólica.

## **RIESGOS DEL TRATAMIENTO**

### **Riesgos y efectos secundarios**

La NED podría presentar complicaciones o eventos adversos, los cuales se pueden agrupar en mecánicos o relacionadas con la sonda/ostomía, infecciones, gastrointestinales, nutricionales o metabólicas.

Dentro de las complicaciones mecánicas relacionadas con la sonda o la ostomía están las de irritación de la piel, erosión, obstrucción de la sonda, extracción accidental o desplazamiento de la sonda, etc.

Respecto a las gastrointestinales se encuentran: reflujo, intolerancia a la fórmula que podrían provocar vómitos, diarrea, pirosis (dolor en la boca del estómago) y flatulencia (generación de gases), relacionadas a la velocidad de administración y al tipo de fórmula.

Una mala colocación de los dispositivos o inadecuado manejo pueden conllevar a infecciones, dentro de las cuales se pueden mencionar: infecciones cutáneas, peritonitis, neumonía (infección de uno o los dos pulmones), sinusitis, otitis media, fasciitis necrotizante (infección extensa de la pared abdominal), entre otras.

Finalmente, las complicaciones nutricionales o metabólicas pueden producirse por un desequilibrio entre aportes y requerimientos.

### **Riesgos personalizados.**

Asimismo pueden existir riesgos que estén relacionados con las circunstancias personales del beneficiario(a), estado previo de salud, edad, o cualquier otra situación particular y que en su caso pueden ser los siguientes:

---

---

---

---

### **LEY RICARTE SOTO**

He sido informado que la **Ley Ricarte Soto** tiene como única obligación respecto a mí el financiamiento del tratamiento referido y cumplirá con ello de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención correspondiente al Decreto vigente.

La selección de los dispositivos que serán financiados para dar cumplimiento a la solicitud de cobertura es de responsabilidad del Ministerio de Salud, de acuerdo a la normativa vigente.

### **¿DÓNDE PUEDO CONSEGUIR MÁS INFORMACIÓN?**

En caso de requerir mayor información sobre el procedimiento financiado, puede consultar la página Web del Ministerio de Salud <https://www.minsal.cl/leyricarte/>

### **DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO**

Usted puede no consentir la realización del referido tratamiento y además, en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puede revocar este consentimiento, lo que de ninguna manera provocará un trato discriminatorio por parte del personal clínico.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

- a. Tomo conocimiento que el acto médico **Tratamiento Basado en la nutrición enteral domiciliaria Total o Parcial para Personas Cuya Condición de Salud Imposibilita la Alimentación por Vía Oral**, se realiza con cobertura financiera de la ley N° 20.850 “Ley Ricarte Soto”.
- b. He sido adecuadamente y oportunamente informado/a respecto a mi enfermedad, las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, así como las posibles consecuencias de la no realización de las mismas.
- c. Se me han hecho saber las razones que motivan el tratamiento planteado, los probables riesgos, complicaciones y resultados que del mismo pueden surgir.
- d. Dejo constancia que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome el médico informante, hacer todas las consultas y observaciones que estimé necesarias y aclarándome las dudas que le he planteado.
- e. Me comprometo a seguir responsable y cuidadosamente todas las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas entregadas por el equipo médico a cargo. Asumo el compromiso de acudir a evaluación periódica para realizar el seguimiento de mi evolución clínica, la cual permitirá decidir la necesidad de adecuación de la prescripción dietética.
- f. He sido instruido sobre mi DERECHO a consultar cualquier duda referente al presente tratamiento y de retirarme de él si yo así lo determino.

**Por lo tanto, mediante el presente, consiento libre y voluntariamente someterme a Tratamiento Basado en la nutrición enteral domiciliaria Total o Parcial para Personas Cuya Condición de Salud Imposibilita la Alimentación por Vía Oral:**

SI  NO

Sección beneficiario (a) o Tutor legal:

Tengo la autorización legal para autorizar el Tratamiento Basado en la nutrición enteral domiciliaria Total o Parcial para Personas Cuya Condición de Salud Imposibilita la Alimentación por Vía Oral. Estoy al tanto de las implicancias, riesgos, beneficios y limitaciones del tratamiento y el impacto que puede tener en el beneficiario(a) y su familia.

Nombre:

Relación con el Beneficiario(a):

Fecha                    /            /

Firma

**Médico Tratante: He explicado la información que se encuentra en este consentimiento, informando al beneficiario(a) o a su tutor(a) legal.**

Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Fecha                    /            /                    Firma \_\_\_\_\_

## ANEXO 8. ASENTIMIENTO INFORMADO DE NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 12 A 18 AÑOS PARA TRATAMIENTO DE NEDINCLUSIVE COMPETENTE

Antes de firmar este documento léalo cuidadosamente. Puede ser con sus familiares más cercanos. Una vez que lo lea, díganos si tiene alguna duda o necesita más información antes de aceptar la terapia a la cual será sometido usted.

El tratamiento a realizar es: Administración de nutrición enteral domiciliaria, la cual le permitirá mantener o recuperar su estado nutricional. Las posibles complicaciones que podrían presentarse son: Mecánicas (Ej.: Obstrucción de la sonda de alimentación), gastrointestinales (Ej.: Diarrea), metabólicas (Ej.: Elevación del azúcar en la sangre), infecciosas (Ej.: Infección del sitio de inserción de ostomía), y psicosociales (Ej.: Incapacidad de degustar alimentos por boca).

El equipo médico ha decidido indicarle esta terapia por considerar que es necesario y beneficioso para usted y hará el mayor esfuerzo para que los resultados sean óptimos.

Declaración del beneficiario:

- Declaro que el equipo médico me ha explicado los fines y cuidados respecto a la terapia de Administración de Nutrición Enteral en mi domicilio.
- Asimismo he sido informado(a) de los beneficios, complicaciones y el control de los posibles riesgos.
- Entiendo que el éxito de la terapia nutricional depende tanto de la adherencia a las indicaciones y recomendaciones como de mi asistencia a controles médicos y a la realización de exámenes indicados.
- También comprendo que puedo retirar mi asentimiento con toda libertad y en cualquier momento, sin tener que dar ninguna explicación y que eso no afectará a mi derecho a seguir recibiendo una atención de buena calidad.

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre										
RUT										

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario o Representante Legal

## GRUPO ELABORADOR Y REVISOR

### Tercera Edición. Junio 2019

#### Grupo Elaborador

Andrés Sanchez	Médico Nutriólogo. Hospital Clínico La Florida Eloísa Díaz. Hospital Clínico Universidad de Chile. Clínica MEDS.
María Verónica Bravo	Médico Nutriólogo. Hospital Sótero del Río.
Loreto Moreira	Médico Nutriólogo. Fundación Arturo López Pérez. Clínica Red Salud Providencia.
Daniela Meza	Médico Nutriólogo. Fundación Arturo López Pérez. Hospital Clínico La Florida Eloísa Díaz.
Sandra Henríquez	Médico Nutriólogo. Hospital Sótero del Río. Clínica BUPA.
Yilda Herrera	Nutricionista. Departamento de Nutrición y Alimentos. División de Políticas Públicas y Promoción. Ministerio de Salud.
Victor Díaz	Kinesiólogo División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Carolina Paz Castillo Ibarra	Psicóloga. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaria de Salud Pública. Ministerio de Salud.

#### Grupo Revisor

Cristian Mansilla	Jefe (S) Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaría Salud Pública. Ministerio de Salud.
Pamela Burdiles	Matrona Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaría Salud Pública. Ministerio de Salud.
Natalia Celedón	Fonoaudióloga Coordinación ley N°20.850, Ley Ricarte Soto Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
Joan Cornejo	Matrona Coordinación ley N°20.850, Ley Ricarte Soto Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud

Esteban Vergara	Enfermero Departamento GES, Redes Complejas y Líneas programáticas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Mauricio Bizama	Enfermero Departamento GES, Redes Complejas y Líneas programáticas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Patricia Gamboa	Químico Farmacéutico Departamento GES, Redes Complejas y Líneas programáticas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Sebastián Jorquera	Ingeniero Civil Industrial Departamento de Proyectos Tecnológicos Fondo Nacional de Salud.
Ximena Paredes	Químico Farmacéutico Subdepartamento tratamientos de alto costo División Comercialización. Fondo Nacional de Salud

#### Revisión, redacción y consolidación

<b>José Ignacio Marmolejo</b>	Kinesiólogo. Consultor Externo Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaría Salud Pública. Ministerio de Salud.
-------------------------------	--

#### Segunda edición. Marzo 2018

##### Grupo Revisor

Dino Sepúlveda	Médico Jefe Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaría Salud Pública. Ministerio de Salud.
Paloma Herrera	Kinesióloga Departamento de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Salud Basada en Evidencia. Subsecretaría Salud Pública. Ministerio de Salud.
Caroline Labbé	Enfermera Coordinación ley N°20.850, Ley Ricarte Soto Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud
Elisa Llach	Médico Jefe. Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Carolina Leiva	Enfermera Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Lisset Slaibe	Enfermera Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.



Matías Libuy	Médico Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
M. Consuelo Celedón	Químico Farmacéutico Jefa Subdepartamento tratamientos de alto costo División Comercialización FONASA
Ximena Paredes	Químico Farmacéutico, Ph.D Subdepartamento tratamientos de alto costo División Comercialización FONASA

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Planas M, Wanden-Berghe C, De la Cuerda M. Guía de Nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud. 2nd edició. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Cordero B. ML, Hodgson B. MI, Schilling F. KW, Barja Y. S, Muñoz B. E, Antilef H. R, et al. nutrición enteral domiciliaria (NED) en niños y adolescentes. Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatría [Internet]. 2019 Apr 10 [cited 2019 Jun 18];90(2):222. Available from: <http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1000>
3. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. C, Puiggrós JC, Calañas A, Cuerda C, García-Luna PP, Rabassa-Soler A, et al. Registro español de nutrición enteral domiciliaria del año 2009; Grupo NADYA-SENPE [Internet]. Vol. 25, Nutrición Hospitalaria. Jarpoyo Editores; 2010 [cited 2019 Jun 17]. 959–963 p. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000600011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000600011)
4. Pereira JL, García-Luna PP. Vías de acceso en nutrición enteral. Endocrinol y Nutr. :149–57.
5. Ministerio de Salud. Informe Evaluación Científica de la Evidencia y Recomendación de Priorización ley N° 20.850 Segundo Decreto. 2016.
6. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Informe de Sustentabilidad Financiera del Fondo de Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo Que acompaña el cuarto Decreto que establece los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo con Sistema de Protección Financiera. 2019.
7. Wanden-Berghe C, Luengo LM, Álvarez J, Burgos R, Cuerda C, Matía P, et al. Registro del Grupo NADYA-SENPE de NEDen España, años 2014 y 2015. Nutr Hosp [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2019 Jun 18];34(1):15. Available from: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/970>
8. More RAL. Nutrición enteral [Internet]. [cited 2019 Jun 20]. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion\\_enteral.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion_enteral.pdf)
9. Vázquez García M del C, Poca Prats T. Manual de Cuidados en Ostomías. Barcelona: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. 1–363 p.
10. Ostabal Artigas M. La Nutrición Enteral. Med Integr [Internet]. 1980 Oct 15 [cited 2019 Jun 18];40(7):310–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-nutricion-enteral-13038580>