



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA  
UNIDAD DE SALUD RESPIRATORIA

**INFORMACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL  
PROGRAMA DE PROFILAXIS VRS EN NIÑOS CON DISPLASIA  
BRONCOPULMONAR EN A.P.S.  
2014**

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Ingresarán al programa aquellos pacientes que cumplan con todos los siguientes criterios:

- 1. Pacientes con diagnóstico de Displasia Broncopulmonar Oxígeno Dependiente:**
  - Prematuros  $\leq 32$  semanas y/o  $\leq 1500$  gramos.
  - Que al inicio del programa tengan 6 meses o menos de edad gestacional corregida (EGC) o edad cronológica (EC).
  - Se incluirán además a los respectivos hermanos Gemelos, de los pacientes con estas características.
- 2. Pacientes con Diagnóstico Displasia Broncopulmonar No Oxígeno Dependiente:**
  - Prematuros  $\leq 32$  semanas y/o  $\leq 1500$  gramos.
  - Que al inicio del programa tengan 6 meses o menos de edad cronológica (EC).
  - Se incluirán además a los respectivos hermanos Gemelos, de los pacientes con estas características.

**CONSIDERACIONES GENERALES:**

**Del Programa:**

- El periodo de inmunización se dará inicio el 01 de Mayo y se extenderá hasta el mes de Septiembre de 2014.

- Los cupos serán asignados desde MINSAL a los Servicios de Salud de acuerdo a la información enviada por los médicos a cargo de Programa y de la disponibilidad de viales para este período.
- Los médicos encargados del programa, deberán seleccionar a los pacientes que cumplan criterios de ingreso al Programa y enviar nómina a Unidad de Salud Respiratoria para ser visada a [paola.pontoni@minsal.cl](mailto:paola.pontoni@minsal.cl), La información que se debe enviar es la siguiente ( anexo 1):
  - Nombre completo del paciente
  - RUT
  - Fecha nacimiento
  - Edad gestacional
  - Peso nacimiento y peso actual
  - Diagnósticos
- Una vez visada la solicitud de ingreso al Programa, la Unidad de Salud Respiratoria informará a Ejecutivo de CENABAST, quien realizará solicitud de despacho de 1° dosis al proveedor.
- Para las siguientes dosis, es decir, 2°, 3° y 4°, el médico a cargo de programa o enfermera del Programa, solicitará vía correo electrónico directamente vía correo electrónico, a ejecutivo de CENABAST a: [dgomez@cenabast.cl](mailto:dgomez@cenabast.cl) , esto con copia a Unidad de Salud Respiratoria, MINSAL a [paola.pontoni@minsal.cl](mailto:paola.pontoni@minsal.cl).
- Cada paciente recibirá 4 dosis durante el período de inmunización, las cuales serán administradas 1 vez cada 30 días.
- La primera dosis, idealmente deberá ser administrada en Unidad de Neonatología, previo al alta del paciente (2 semanas previo al alta), dejando registro en la ficha clínica, el número de lote del vial utilizado y en carnet de inmunización VRS, que debe ser entregado a los padres al momento del alta.
- En el caso que el paciente haya sido dado de alta, debe ser citado al CDT para proceder a su administración.
  - Las dosis posteriores al alta, serán administradas por la Enfermera a cargo en los respectivos CDT de cada establecimiento de salud, quién deberá coordinar con los padres y/o tutor del paciente, las fecha de inmunización.
  - El excedente del vial podrá ser utilizado en niños con factores de riesgo que no cumplan los criterios del programa. Es el médico a cargo del programa en cada servicio, el responsable de designar esta indicación, debiendo éste, enviar los datos de los pacientes beneficiarios a la Unidad de Salud Respiratoria, al correo [paola.pontoni@minsal.cl](mailto:paola.pontoni@minsal.cl), donde debe consignar que corresponde a

cupo extra programa, además del su ingreso a la página web.  
<http://respiratorio.minsal.cl>

- Desde la Unidad de Salud Respiratoria se realizará monitoreo quincenal de los datos ingresados a la página web. Esta información es relevante para la evaluación del programa y respalda la continuidad del programa para la temporada siguiente.
- El envío de viales para las dosis siguientes del paciente se autorizará una vez que los datos del paciente estén completamente subidos a la página web.
- CENABAST coordinará con proveedor la entrega oportuna de los viales necesarios para inmunizar a los niños ingresados al programa, de acuerdo a lo requerido por los médicos, previa visación desde MINSAL.
- En el mes de Noviembre el médico a cargo de programa deberá enviar planilla con datos de los pacientes inmunizados, la que deberá coincidir con lo ingresado a la página web.

### **De los Profesionales a cargo del Programa:**

#### **Medico:**

- Medico a cargo del Programa será el responsable de ingresar los datos de los pacientes a la página web <http://respiratorio.minsal.cl>, utilizando su usuario y contraseña asignados.

Debe ingresar tanto a los pacientes que cumplen con criterio de ingreso a Programa (Paciente tipo A), y a los pacientes que no cumplen criterio, pero que el médico a cargo de programa decide administrar excedente de vial por presentar otros factores de riesgo (Paciente tipo B). La información a completar es la siguiente:

- Datos generales del paciente: Nombre, Apellidos, RUN, Tipo de Paciente ( A o B), Fecha de Nacimiento, Edad Gestacional, Genero, Previsión, Nombre del Tutor, Parentesco, Servicio de Salud, Hospital, Establecimiento de APS, Fecha de Ingreso a Programa, Hospital donde se ingresa el paciente, Medico que ingresa al paciente.
- Antecedentes Clínicos
- Antecedentes perinatales
- Otros antecedentes epidemiológicos (si corresponde).

- En sección pagina web de seguimiento deberá ingresar:
  - Eventos adversos.
  - Hospitalizaciones.
  - Egreso del Programa.

### **Enfermera**

- Enfermera a cargo del Programa deberá:
  - previo al alta del paciente entregar a la madre, padre o tutor del niño carnet de inmunización donde se indica los datos del paciente y calendario de inmunización.
  - Coordinar con madre, padre o tutor del paciente las fechas de administración de las siguientes dosis.
  - Ingresar a página web <http://respiratorio.minsal.cl> utilizando su usuario y contraseña asignado, fecha de administración de las dosis, peso y dosis administrada.

### **Químico Farmacéutico:**

- Químico Farmacéutico del Establecimiento Hospitalario Jefe de Farmacia o quien designe debe:
  - Indicar persona responsable de recibir los viales. ( nombre, telefono y correo electrónico de contacto), dirección y horario de recepción. Esta persona deberá:
    - Cautelar cadena de frio e informar y rechazar si entrega no cumple con criterios de preservación del fármaco.



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA  
UNIDAD DE SALUD RESPIRATORIA

**Anexo N°1**

**Planilla datos Solicitud de Ingreso niños al programa de profilaxis VRS**

| <b>Palivizumab 2014</b>          |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
|----------------------------------|-----------------|-----|---------------------|------------------|-----------------|-------------|-------------|
| <b>Planilla datos de ingreso</b> |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
|                                  |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| N°                               | Nombre Completo | RUT | Fecha de Nacimiento | Edad Gestacional | Peso Nacimiento | Peso Actual | Diagnóstico |
| 1                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 2                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 3                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 4                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 5                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 6                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 7                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 8                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 9                                |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 10                               |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 11                               |                 |     |                     |                  |                 |             |             |
| 12                               |                 |     |                     |                  |                 |             |             |



**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES**  
**DIVISION DE ATENCION PRIMARIA**  
**UNIDAD DE SALUD RESPIRATORIA**

**Anexo N°2**

**Planilla de Seguimiento Programa de profilaxis VRS en niños con displasia broncopulmonar en APS**



Palivizumab 2012 Planilla  
de Seguimiento

| N° | Nombre | RUT | Fecha de Nacimiento | Edad Gestacional | Peso (gramos) | Synagis  |          |          |          |                        | Hosp. Pre-Palivisumab | Causa Hospitalización |      | IPV 0= Neg. 1= VRS | Hosp. post Palivizumab | Causa Hosp   |      | IPV 0= Neg. 1= VRS | Egreso O2 | Edad Egreso O2 | Tiempo de Permanencia con O2 ambulatorio | Observaciones |
|----|--------|-----|---------------------|------------------|---------------|----------|----------|----------|----------|------------------------|-----------------------|-----------------------|------|--------------------|------------------------|--------------|------|--------------------|-----------|----------------|------------------------------------------|---------------|
|    |        |     |                     |                  |               | 1° dosis | 2° dosis | 3° dosis | 4° dosis | N° dosis administradas |                       | Respiratoria          | Otra |                    |                        | Respiratoria | Otra |                    |           |                |                                          |               |
| 1  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 2  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 3  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 4  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 5  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 6  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 7  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 8  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 9  |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 10 |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 11 |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |
| 12 |        |     |                     |                  |               |          |          |          |          |                        |                       |                       |      |                    |                        |              |      |                    |           |                |                                          |               |

**Tablas Resumen**

| Edad Gestacional y Peso Nacimiento |                | N° niños | Masculino | Femenino |
|------------------------------------|----------------|----------|-----------|----------|
| Edad Gestacional                   | Total          |          |           |          |
|                                    | <27 semanas    |          |           |          |
|                                    | 27-29 semanas  |          |           |          |
|                                    | 30-32 semanas  |          |           |          |
| Peso                               | < 750 grs.     |          |           |          |
|                                    | 750-999 grs.   |          |           |          |
|                                    | 1000-1249 grs. |          |           |          |
|                                    | 1250-1500 grs. |          |           |          |
|                                    | > 1500 grs.    |          |           |          |

| Hospitalización    | N° niños |
|--------------------|----------|
| Pre Palivizumab    |          |
| Post Palivizumab   |          |
| Causa respiratoria |          |
| Otra causa         |          |
| Etiología          |          |
| VRS                |          |
| Clamidia           |          |
| Negativo           |          |

| Programa O2 ambulatorio |          |
|-------------------------|----------|
| Edad Egreso             | N° niños |
| 3 meses                 |          |
| 4-5 meses               |          |
| 6-7 meses               |          |
| 8-9 meses               |          |
| 10-12 meses             |          |

| Tiempo permanencia programa O2 |          |
|--------------------------------|----------|
| Meses                          | N° niños |
| 2 meses                        |          |
| 3 meses                        |          |
| 4 meses                        |          |
| 5 meses                        |          |
| 6 meses                        |          |
| 7 meses                        |          |
| 8 meses                        |          |
| 10 meses                       |          |

| Dosis Palivizumab |          |
|-------------------|----------|
| Dosis             | N° niños |
| 4 dosis           |          |
| 3 dosis           |          |
| 2 dosis           |          |
| 1 dosis           |          |

| Fallecidos                                                 |                              |                             |       |
|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|
| N° de dosis administradas hasta la fecha del fallecimiento | N° fallecidos sexo Masculino | N° fallecidos sexo Femenino | total |
| 1                                                          |                              |                             |       |
| 2                                                          |                              |                             |       |
| 3                                                          |                              |                             |       |
| 4                                                          |                              |                             |       |

| Fallecidos         |                              |                             |       |
|--------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|
| causa respiratoria | N° fallecidos sexo Masculino | N° fallecidos sexo Femenino | total |
| otra causa         |                              |                             |       |