

## PALIVIZUMAB Ley Ricarte Soto y Nuevo NO Ley Ricarte Soto

Por crisis sanitaria se realizan 2 modificaciones en administración de Palivizumab.

1. **RN Ley Ricarte Soto:** Se adelanta administración.
  - Administrar a las 48 h de vida o 48 h postextubación
  - Repetir a los 30 días hospitalizado o ambulatorio en meses Agosto y Septiembre
2. **RN NUEVOS NO Ley Ricarte Soto**
  - RN 32 – 34 +6/sem con peso  $\geq 1500$  y  $\leq 2500$  g
  - Administrar a las 48h de vida o 48 h postextubación
  - Repetir 1 vez a los 30 días hospitalizado o ambulatorio si nació en julio o agosto. Cada paciente recibirá dos dosis:
    - i. Nacidos en julio: julio – agosto
    - ii. Nacidos en agosto: agosto septiembre
    - iii. Nacidos en septiembre: septiembre

### Administración y registro de palivizumab en sala cuna y UPC:

1. Enfermero supervisor de sala cuna:
  - Informa diariamente a matrona de continuidad de UPC con copia a [prematuro@neored.net](mailto:prematuro@neored.net) de nacimientos < 34 +6 /7 con peso  $\leq 2500$  g, según libro de partos.
2. Matrona de continuidad UPC:
  - Gestiona administración de Palivizumab.
  - Administra Excel (anexo 1).
  - Coordina uso eficiente de frascos. **Compartir vial si la dosis de 2 o más RN lo permiten.**
  - Gestiona que se cumpla que ningún RN egrese sin administración de palivizumab y que ningún RN retrase su alta en espera de administración de palivizumab.
  - Gestiona administración, informando a enfermera Ley Ricarte Soto.
3. Enfermera tratante:
  - Administra palivizumab y registra en RCE administración: dosis administrada, lugar de administración y N° de lote.

## 4. Médico tratante:

- Grupo:
  - **Ley Ricarte Soto:** Completa Ficha Web, en link:  
<https://leyricartesoto.minsal.cl/#/home>  
y confirma recepción de documentos de Notificación (anexo 3) y Confirmación (anexo 4) diagnóstica.
  - **No Ley Ricarte Soto:** Completa Consentimiento Informado (anexo 2).
- Realiza receta.
- Indica palivizumab: 15 mg/kg im
- Entrega consentimiento a secretaria para subirlo a RCE.

## 5. Secretaria:

- Sube Consentimiento a RCE y guarda documento de papel en ficha.

**Administración dosis ambulatorias:**

- RN egresado de UPC: Registrar en indicaciones en epicrisis fecha de siguiente dosis. Enfermera de programa Ley Ricarte Soto cita según procedimiento actual.
- RN egresado de sala cuna: Registrar en carnet de alta fecha de administración palivizumab y en indicaciones fecha de siguiente dosis.
- Enfermera de programa Ley Ricarte Soto cita con procedimiento similar a Ley Ricarte Soto a pacientes cuya indicación no corresponde a la Ley.

**Reposición stock Palivizumab:**

- Matrona de continuidad envía, los días jueves, Excel de pacientes que recibieron palivizumab. Enviar a [sofia.carter@indisa.cl](mailto:sofia.carter@indisa.cl) con copia a [prematuro@neored.net](mailto:prematuro@neored.net)
- Químico/a envía Excel a Subdirección médica y Subdirección envía a Redes Asistenciales.
- Minsal repone semanalmente según datos estadísticos de Excel.
- Persona indicada de farmacia Indisa, mantiene informado a jefatura de neonatología disponibilidad de dosis para administración.

Anexo 1. REGISTRO PALIVIZUMAB/SYNAGIS EN PLANILLA EXCEL.

Nombre RN	RUT RN	Nombre Madre	Rut Madre	Fecha de nac.	Previsión	Peso de nac. (g)	EG nac. (semanas + días)	Peso de nacimiento (g)	Nombre médico tratante	RUT médico tratante

Nombre profesional que administra	RUT profesional que administra	Dosis Administrada	Hospitalizado/ Alta	Fecha administración	Beneficiario LRC/Nuevo	N° Lote	Uso excedente

## Anexo 2. **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL CON PALIVIZUMAB PARA PREMATUROS MENORES DE ENTRE 32 Y 34+6 SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACER Y DE ENTRE 1500 A 2500 GRAMOS AL NACER, CAMPAÑA EXCEPCIONAL INVIERNO 2023.

Fecha:		
Nombre del beneficiario(a):		CI:
Edad:	Domicilio:	Tel.:
Nombre del Tutor(a):		CI:
Nombre del médico(a):		CI:

### ¿Qué es la infección por virus respiratorio sincicial?

La infección por virus respiratorio sincicial (VRS) es una de las causas principales de infección aguda de las vías respiratorias inferiores en lactantes y niños y niñas pequeños en todo el mundo. El VRS presenta altas tasas de ataque en lactantes menores, siendo de evolución más grave en personas con factores de riesgo, como antecedentes de prematuridad extrema y cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas, en los cuales la infección por VRS es la primera causa de hospitalización.

### Riesgos del tratamiento

Riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto. Según la literatura médica, en el transcurso del tratamiento con palivizumab podrían presentarse, las siguientes reacciones adversas: fiebre, erupción y reacción en el lugar de la inyección. La reacción adversa más grave que podría llegar a ocurrir durante el tratamiento con palivizumab es anafilaxia (reacción alérgica grave en todo el cuerpo) y otras reacciones de hipersensibilidad aguda. 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:

### 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 \_\_\_\_\_ Tomo conocimiento que sobre el acto médico; “Profilaxis de la infección del virus respiratorio sincicial con palivizumab para prematuros menores de entre 32 y 34+6 semanas de gestación al nacer y de entre 1500 y 2500 gramos al nacer, campaña excepcional invierno 2023”, he sido adecuadamente y oportunamente informado/a respecto a la enfermedad, las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, así como las posibles consecuencias de la no realización de las mismas. Se me han hecho saber las razones que motivan el tratamiento planteado, los probables riesgos, complicaciones y resultados que del mismo pueden surgir. 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. He entendido la importancia de cumplir el tratamiento y continuar en control médico, realizando análisis periódicamente de acuerdo con lo que me indique el médico tratante. 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 aceptar el tratamiento de profilaxis de la infección del virus respiratorio sincicial con palivizumab para prematuros menores de entre 32 y 34+6 semanas de gestación al nacer y de entre 1500 y 2500 gramos al nacer, campaña excepcional invierno 2023:

<b>Sección tutor legal:</b>	
Tengo la autorización legal para autorizar el tratamiento de profilaxis de la infección del virus respiratorio sincicial con palivizumab para prematuros menores de entre 32 y 34+6 semanas de gestación al nacer y de entre 1500 y 2500 gramos al nacer, campaña excepcional invierno 2023. 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 tutor legal:	CI tutor legal:
Firma:	
<b>Sección médico/a tratante:</b>	
He explicado la información que se encuentra en este consentimiento, informando al tutor legal.	
Nombre médico/a:	Especialidad:
Fecha:	Firma:

Anexo 3. **Notificación** de ingreso de paciente a plataforma Synagis.

Link de acceso:

**FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE LEY RICARTE SOTO**  
(Artículo 13°, Ley N°20.850)

Datos del Prestador		
Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud (Médico, Clínica, Hospital, Centro médico, Consultorio, etc.)		
Clínica Indisa		
Dirección del Profesional de Salud y/o Establecimiento de Salud	Ciudad	
Santa María 1810	Provincia	
Nombre persona que notifica	RUT persona que notifica	
Antecedentes del Paciente		
Nombre completo	RUT	
Entidad Previsional		
Dirección	Comuna	Región
Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico (E-mail)
Información Médica (Respecto del Beneficio de la Ley)		
El problema de salud que padece es: Profilaxis VRS		
La Ley Ricarte Soto lo beneficia de manera gratuita con lo siguiente: (Se debe especificar)		
Examen Diagnóstico:	Garantía Cumplida:	Garantía <input type="text"/> días
Producto 1:	Palivizumab	Garantía 72 Horas
Producto 2:	Palivizumab	
Producto 3:		
Elemento de uso médico:		Garantía <input type="text"/> días
Constancia	Notificación	
Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder al	Fecha:	
siempre que la atención sea otorgada en la "Red de Prestadores" establecida por el Ministerio de Salud.		
<b>IMPORTANTE:</b>		
El paciente debe tener presente que si no se cumplen las garantías, puede reclamar ante el Fonasa o recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.		
<b>Informé Diagnóstico y Beneficio Ley 20.850</b>	<b>Tomé Conocimiento</b>	
Firma de la persona que notifica	Firma o huella digital del paciente o representante	
En caso que la persona que "tomó conocimiento" no sea el paciente, identificar los siguientes datos:		
<b>Antecedentes del representante</b>		
Nombre:	RUT:	
Datos de contacto:		
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:	Correo electrónico(E-mail):

Anexo 4. Formulario de Confirmación Diagnóstica.



MINISTERIO DE SALUD  
DIGERA  
Formulario Confirmación  
Ley 20.850

### Confirmación Diagnóstica

Fecha:

#### Datos del Paciente

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<input type="text"/>		
<b>RUT:</b>	<input type="text"/>	<b>Sexo:</b>	<input type="text"/>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<input type="text"/>		
<b>Previsión :</b>	<input type="text"/>		
<b>Dirección:</b>	<input type="text"/>		
<b>Región:</b>	<input type="text"/>	<b>Comuna:</b>	<input type="text"/>
<b>Teléfono Fijo:</b>	<input type="text"/>	<b>Celular:</b>	<input type="text"/>
<b>Correo Electronico:</b>	<input type="text"/>		
<b>Ficha Clínica:</b>	<input type="text"/>		

#### Datos Centro de Referencia

<b>Nombre Establecimiento :</b>	<input type="text"/>		
<b>Rut Establecimiento :</b>	<input type="text"/>		
<b>Dirección Establecimiento :</b>	<input type="text"/>		
<b>Región Establecimiento :</b>	<input type="text"/>	<b>Comuna Establecimiento :</b>	<input type="text"/>
<b>Teléfono Establecimiento :</b>	<input type="text"/>		

#### Médico Tratante

<b>Nombre:</b>	<input type="text"/>		
<b>Rut :</b>	<input type="text"/>		
<b>Especialidad :</b>	<input type="text"/>		
- Neonatología			
- Pediatría			
<b>Teléfono :</b>	<input type="text"/>	<b>Móvil :</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail :</b>	<input type="text"/>		

#### Confirmación

<b>Problema de Salud:</b>	VProfilaxis VRS en Prematuros con DBP
<b>Confirmación:</b>	Confirma

#### Garantía 1

<b>Grantia :</b>	Producto
<b>Especificar :</b>	Palvizumab
<b>Cantidad:</b>	1
<b>Cada :</b>	1 Mes
<b>Plazo :</b>	5 Mes
<b>Detalles :</b>	<input type="text"/>

**Garantía 2**

Grantía :	Producto
Especificar :	Palivizumab
Cantidad :	1
Cada :	1 Mes
Plazo :	5 Mes
Detalles :	

**Datos de Institución o Comisión que confirma****Institución que Confirma:****Nombre Institución:** \_\_\_\_\_**RUT de la Institución:** \_\_\_\_\_**Dirección:** \_\_\_\_\_**Región:** \_\_\_\_\_ **Comuna:** \_\_\_\_\_**Fono:** \_\_\_\_\_**Profesional Responsable Confirmación:****Nombre:** \_\_\_\_\_**RUT:** \_\_\_\_\_**Fono Contacto:** \_\_\_\_\_**Correo electronico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Timbre



Anexo 5. Lineamientos Técnicos Operativos para la Profilaxis de Virus Respiratorio Sincial (VRS) con palivizumab estrategia campaña de invierno 2023

[https://neored.net/wp-content/uploads/2023/07/0\\_Lineamientos-Teicnicos-Operativos-de-Palivizumab.pdf](https://neored.net/wp-content/uploads/2023/07/0_Lineamientos-Teicnicos-Operativos-de-Palivizumab.pdf)

Anexo 6. 0\_2388 ORD. Instruye Procedimiento Para La Adm. De Palivizumab En Prematuros.

[https://neored.net/wp-content/uploads/2023/07/0\\_2388-ORD.-INSTRUYE-PROCEDIMIENTO-PARA-LA-ADM.-DE-PALIVIZUMAB-EN-PREMATUROS.pdf](https://neored.net/wp-content/uploads/2023/07/0_2388-ORD.-INSTRUYE-PROCEDIMIENTO-PARA-LA-ADM.-DE-PALIVIZUMAB-EN-PREMATUROS.pdf)