

septiembre 2017



# BOLETIN

Servicio de Pediatría

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Departamento de Pediatría

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO

VOLUMEN 16 N°69

## CONTENIDO

### EDITORIAL

Semiología Tecnologías  
de la Información y Comunicación

### TEMA 1

NANEAS Protocolo de Contrarreferencia

### TEMA 2

NANEAS Costos

### EDITORES

Dr. Francisco Barrera Quezada

*fbarreraq@gmail.com*

Dra. Marcela Godoy Peña

*mmgodoy@gmail.com*

Dr. Francisco Prado Atlagic

### EDITORA ASOCIADA

Dra. Gladys Villablanca C.

### SECRETARIA

Yini Esbeile Luna

SERVICIO DE PEDIATRÍA

HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

UNIVERSIDAD DE CHILE. CAMPUS CENTRO.

Santa Rosa 1234 - SANTIAGO

Teléfono: 22 574 8801



www.saval.cl



Revista de circulación exclusiva para personal médico

# Lukanex®

MONTELUKAST / SAVAL

Todas las presentaciones

para **RESPIRAR MEJOR**



#### Lukanex® (Montelukast)

- Lukanex® Comp. Recubiertos 10mg x 40
- Lukanex® Comp. Masticables 5mg x 40
- Lukanex® Comp. Masticables 4mg x 40
- Lukanex® Sobres con Granulado 4mg x 40



Unidad | **Pediatría**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.  
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en [www.saval.cl](http://www.saval.cl) y/o a través de su representante médico.

[www.saval.cl](http://www.saval.cl)

**LS**  
**SAVAL**

• EDITORIAL •

## SEMIOLOGÍA E IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

Dr. Francisco Moraga M. y Dr. Francisco Barrera Q.  
Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

La telemedicina y la cibermedicina, términos derivados de la integración entre medicina, informática y salud pública, han cambiado la forma en que el médico se comunica con su paciente o sus familiares. En el caso de la Pediatría, esta situación requiere, por una parte, de padres altamente perceptivos de lo que sucede con su hijo y que tengan una actitud crítica frente a la información biomédica a la que acceden desde los medios; y por otra parte, requiere a un profesional dispuesto a recibir las consultas de salud efectuadas a través de los medios, la capacidad de recomendar sitios web con información confiable para padres y mantener un equilibrio entre la capacidad de responder oportunamente a dudas de familiares y la cautela al resolver hipótesis diagnósticas muy específicas para minimizar el grado de responsabilidad ante un eventual error diagnóstico o de prescripción.

### IMPACTO EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Actualmente, y especialmente en el sistema privado, los padres se comunican con frecuencia creciente con su pediatra a través de correo electrónico, mensajería de texto o perfiles de usuario, incluyendo fotos de signos clínicos o resultados de exámenes y estudios de imágenes, relatando síntomas y signos percibidos en su niño para la interpretación semiológica, formulación de un diagnóstico y recomendación terapéutica, permitiendo ahorro de tiempo y menor costo familiar o institucional. El médico pediatra debe plantearse una opción frente a

estos requerimientos: Dar espacio acogiendo a esta forma de comunicación, o no dar pie a ésta. Dada la penetración de las TIC, esta última opción se hace cada vez más difícil de sostener y las consultas a través de los medios alcanzan una realidad creciente. Sin embargo, el profesional no puede dejar de considerar que esta forma de enfrentar una consulta de salud no está exenta de vulnerabilidades, tanto de tipo clínico como de tipo legal. Existen situaciones semiológicas en que el establecimiento de un diagnóstico es posible; sin embargo, es preferible ser muy cauteloso en la respuesta que a través de los medios se haga frente a estos requerimientos y ante la más mínima duda es preferible verificar los hechos con una evaluación directa del paciente, cuando las condiciones así lo permitan.

Una situación particular se genera en el campo de la confidencialidad y debido resguardo de la información que se recoge a través de imágenes, resultados de exámenes y conversaciones privadas sobre temas que pueden tener implicancias médico-legales o relacionadas a información que podrían impactar en seguros de salud o de vida, respecto de las cuales nuestra legislación aún deja vacíos muy importantes. El almacenamiento de datos confidenciales en dispositivos electrónicos que pueden ser extraviados o sustraídos, puede exponer espacios privados a un escrutinio público.

Este tipo de comunicaciones ha probado tener utilidad en lugares apartados, con escaso

equipamiento, ausencia de especialistas o de difícil acceso y desplazamiento. Procedimientos como teleconsultas, teleradiología, telepatología, telemonitoreo y telementoría (cirugía a distancia asesorado por un experto), constituyen estrategias diagnósticas o terapéuticas que poco a poco y no sin dificultades, han ido posicionándose para dar soluciones clínico-terapéuticas bajo circunstancias especiales.

Por otro lado, el acceso a información biomédica pediátrica a través de los medios está disponible no sólo para los equipos de salud, permitiendo la revisión o actualización respecto del tema en consulta y la colaboración a distancia, sino que también para la familia e incluso el propio niño, quienes pueden acceder a fuentes de diferente confiabilidad sobre lo analizado. Debe considerarse que previo a la consulta médica, o con posterioridad a ella, un número creciente de familiares van a cotejar en los medios la información clínica entregada por el médico. Frente a ello, el pediatra debe estar abierto a evaluar el grado de comprensión de dicha fuente de conocimiento, así como su veracidad, con la limitante que el procesamiento e interpretación de la información obtenida no siempre es tarea fácil para la familia. Debido a esto, la necesidad de parte de los equipos de salud de conocer y recomendar sitios web de confianza para la revisión de los padres se hace cada vez más un imperativo, así como un desafío para las sociedades científicas y sostenedores de medios con información de salud. Hoy existen sitios web corporativos especializados que certifican la calidad de este tipo de páginas con contenidos de salud, ayudando a la recomendación que pueda hacer un profesional de la salud.

## IMPACTO EN ÁREAS DE APRENDIZAJE

La revolución de la interacción entre las TIC y Medicina permite hacer llegar información actualizada a profesionales de la salud de una determinada área, especialmente países en vías de desarrollo, alejados de los grandes centros de salud, universidades e institutos de investigación clínica. Cada año se publican en revistas del área de la salud más de dos millones de artículos, muchos de ellos disponibles libremente en la red, o a los que se puede acceder, por parte de profesionales y estudiantes de carreras de la salud, a través de alguna de las bases de datos de información biomédica disponibles, algunas de acceso libre o de bajo costo para países en vías de desarrollo, a universidades y otras instituciones de la salud.

También es hoy una herramienta fundamental en educación en salud, incluso en aspectos semiológicos, no sólo por el acceso a las bases de datos señaladas, sino porque también permite crear páginas web de grupos específicos de algún área de la salud (como agrupaciones de padres de niños con alguna dolencia particular), discutir casos clínicos en foros de especialistas, participar en grupos mediante listas de correo o sistemas de mensajería, participar en estudios multicéntricos, así como tener acceso a páginas de hospitales, laboratorios, sociedades científicas o versiones online de publicaciones biomédicas.

Un área en pleno desarrollo es el impacto de las TIC en los programas de formación de pre y postgrado, que han debido adaptarse a la inmediatez del acceso a bases de datos, contenidos multimedia, sesiones interactivas en línea y de realidad virtual con modelos de simulación, iniciando un proceso de reorientación de la educación médica hacia estos nuevos recursos, sin que se descarte la

semiología clínica. Particularmente, la genética clínica en su clásica descripción dismorfológica, podría verse favorecida con estas nuevas alternativas. En nuestro país ya existen instancias de semiología virtual en diferentes Facultades de Medicina. En este campo, es muy importante monitorizar el impacto que puede tener este cambio en la modalidad docente sobre la relación directa entre los profesionales y el paciente, para evitar que las habilidades de comunicación efectiva y empatía, imprescindibles en cualquier relación humana, puedan verse afectadas negativamente al sustituir la educación con interacción personal por la de tipo virtual.

Adicionalmente, el registro médico electrónico o ficha clínica digital, facilita que procedimientos y actividades se realicen con mayor rapidez, aunque muchas veces el tiempo dedicado a la pantalla puede tener un impacto negativo en la comunicación efectiva y despersonalización de la atención, pudiendo generar trastornos de la relación médico-paciente adicionales a las señaladas anteriormente.

### DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

La irrupción de las TIC ha abierto brechas entre las habilidades de los padres o cuidadores respecto del uso de dispositivos y especialmente en la interpretación de la información disponible, generando muchas veces aprehensiones, malinterpretaciones o acciones terapéuticas riesgosas. Por otro lado, la participación de la familia en redes sociales internacionales para intercambiar información respecto a diversos

aspectos de la crianza y patologías suelen provocar sorpresas ante la variabilidad de estilo entre los diversos países, o exponiendo a contenidos e informaciones alarmistas y falaces, como ocurre con grupos antivacunas o algunos que profesan determinados estilos de vida con repercusiones potencialmente negativas en la salud infantil.

Las comunidades virtuales son también muy importantes, puesto que facilitan el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de auto-ayuda e incluso la asistencia sanitaria, cuando un profesional de salud participa como moderador. Estas pueden revolucionar la asistencia en salud, pues favorecen el cambio del actual paradigma centrado en las instituciones por un modelo centrado en el paciente.

En este aspecto, los equipos de salud debemos ser capaces de analizar críticamente los contenidos biomédicos disponibles en los medios, debemos ser enfáticos en incentivar la lectura crítica y en corroborar antecedentes por parte de las familias y nuestros propios pacientes, a la vez de estar a disposición de la familia para aclarar contenidos que sean controversiales.

En conclusión, las TIC han irrumpido para quedarse, y su impacto en áreas sensibles de la salud están a la vista. La tarea de los equipos de salud radicará en conocer estas herramientas para hacer de ellas un instrumento positivo, tanto en áreas que implican apoyo a la familia y los propios pacientes, como en aquellas áreas que guardan relación con el proceso de formación de pre, postgrado y educación continua. El desafío está en marcha.

#### Bibliografía:

- 1.- ¿Estamos preparados para recetar páginas web? Rev El Estetoscopio 2015; 80:28-30. Visitada julio 05 de 2017.  
[http://www.sochipe.cl/ver2/esteto\\_articulo\\_solo.php?id=848](http://www.sochipe.cl/ver2/esteto_articulo_solo.php?id=848)
- 2.- Evaluación de páginas web con contenido sanitario. <http://bid.ub.edu/23/conesa2.htm>
- 3.- Listado de sitios web con contenidos de importancia biomédica. Rev El Estetoscopio 2016; 84:28-30 Visitada julio 05 de 2017.  
<http://www.sochipe.cl/subidos/revista1/docs/1462652909-EE%20N84%20-%20FINAL.pdf>
- 4.- Los pediatras, los padres, los niños e internet. Sociedad Argentina de Pediatría 2007. Visitada julio 05 de 2017.  
[http://www.sap.org.ar/docs/ninos\\_internet.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/ninos_internet.pdf)

• TEMA 1 •

**PROTOCOLO CONTRARREFERENCIA ASISTIDA DE PACIENTES NANEAS HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN A LA ATENCIÓN PRIMARIA SALUD**

Carlos Valdebenito P.; Francisco Prado A.; Gabriel Caichac A.; Pamela Urrutia S., Sofía Aros A., Ximena Morlans H.  
Grupo de Trabajo Atención Primaria de Salud y Servicio de Pediatría Hospital Clínico San Borja Arriarán.

El aumento de las condiciones crónicas de salud en la población infantojuvenil ha determinado el diseño de estrategias de focalización de acciones y recursos en un amplio grupo de la población particularmente vulnerable. Correspondientes a los niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS). El año 1998 la Oficina Federal de Salud Materno Infantil, en USA, los define como aquellos pacientes de 0-19 años que tienen o están en mayor riesgo de tener una condición crónica: física, emocional, conductual o del desarrollo, que resulte en una limitación de su capacidad de desarrollar actividades de acuerdo a su edad y que requieren un tipo o cantidad de atención en salud y servicios relacionados, más allá lo que los niños requieren generalmente.

Esta población, generalmente con más de una condición crónica, demanda mayor frecuencia de hospitalizaciones, estadías más prolongadas, consultas médicas más frecuentes, mayores necesidades de servicios complementarios en red, como el educacional, salud mental, programas para niños con alteraciones del desarrollo y otros programas de cuidados holísticos.

Desde el año 2003 el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Borja Arriarán orienta su atención a este universo de pacientes, no cuantificado en Chile, y el año 2007 incorpora a su quehacer el Policlínico de seguimiento NANEAS en el Centro Diagnóstico y Terapéutico del HCSBA.

Durante el período 2009-2010, se focalizan

las acciones en la transferencia a domicilio de NANEAS de mayor complejidad y con dependencias tecnológicas con el apoyo de programas ministeriales y locales y se refuerza a nivel hospitalario, la modalidad de atención centrada en el paciente y su familia, recomendada por la Academia Americana de Pediatría. Sin embargo, queda por desarrollar una estrategia que le diera continuidad a los cuidados en Atención Primaria, para optimizar la calidad de vida de estos niños y adolescentes.

Actualmente estos pacientes son dados de alta y referidos a su centro de origen con una epicrisis que no siempre es llevada por el usuario al establecimiento de atención primaria para solicitar su hora de control médico. El acceso a la hora con el médico de cabecera depende de la disponibilidad de cada centro y del criterio utilizado en la priorización por el personal de agenda del centro de salud.

Este protocolo pretende avanzar en esta coordinación entre el nivel primario y secundario, necesaria para poder facilitar a los usuarios su atención en el sistema, de manera de obtener los recursos óptimos de cada nivel para mejorar la condición y calidad de vida de estos pacientes que requieren cuidados especiales de salud y de sus familias, que también necesitan un soporte psicosocial y de conexión con el intersector, que les permita dar los mejores cuidados posibles a su paciente NANEAS.

**Objetivo General**

• Asegurar el acceso de los usuarios infanto

juveniles con necesidades especiales en salud (NANEAS) y sus familias, a las atenciones que requieran en la red, según su nivel de complejidad, a través de la implementación de la contrarreferencia asistida desde el nivel hospitalario (HCSBA) en coordinación con el equipo de atención primaria, con miras a la continuidad del cuidado.

### **Objetivos Específicos**

1.- Cuantificar el número de pacientes incluidos en el programa NANEAS que requieren control en APS por los centros de salud pertenecientes al SSMC y que son dados de alta del HCSBA.

2.- Categorizar pacientes NANEAS según nivel de complejidad a nivel hospitalario para mejorar la coordinación entre los niveles de salud involucrados en su atención definiendo nivel principal de atención y resolutiveidad.

1.-Pacientes naneas de baja complejidad: supervisión de salud responsabilidad de APS.

2.-Mediana complejidad: Atendidos principalmente en centros ambulatorios especializados (CDT).

3.-Alta complejidad: pacientes con manejo hospitalario, responsabilidad nivel terciario.

3.-Generar una comunicación y coordinación fluida entre los equipos de cabecera de los centros de salud de la red de atención primaria del SSMC y la unidad ambulatoria de NANEAS de manera de entregar cuidados de calidad a cada usuario, según su nivel de complejidad en todos los niveles de la red.

4.-Sensibilizar a la red del SSMC sobre la importancia de mejorar la fluidez en el acceso a atenciones de salud de personas con necesidades especiales, tanto en su domicilio, como en los centros de salud, posterior al alta hospitalaria.

5.-Sistematizar los procesos involucrados en el alta y post alta de los usuarios con necesidades especiales en la red del SSMC.

6.-Monitorear el funcionamiento del flujograma una vez instalado el proceso y evaluación de los resultados con los establecimientos involucrados en la red para optimizar los procesos.

7.-Hacer entrega de fármacos, indicados por médico especialista del HCSBA, disponibles en arsenal farmacológico de la atención primaria, de manera continua a pacientes con necesidades especiales.

8.-Ingresar a los pacientes que corresponda a los programas disponibles, tanto en APS como a nivel hospitalario, para que tengan acceso a las prestaciones e insumos que ellos entregan (Programa dependencia severa en APS, AVNI/AVI, Ley Ricarte Soto, etc).

9.-Mejorar las competencias de los equipos de cabecera de los centros de salud de atención primaria en el manejo de los niños y adolescentes con necesidades especiales.

10.-Desarrollar y fortalecer una modalidad de cuidado coordinado, planificado, accesible, continuo, compasivo, culturalmente efectivo, centrado en la familia, inserto en la comunidad.

### **Desarrollo del Flujo de Contrarreferencia**

De manera de operativizar el trabajo se propone establecer un grupo de trabajo a nivel central compuesto por los especialistas del HCSBA encargados de la atención de niños con necesidades especiales y un representante de la dirección de atención primaria (DAP). Se propone

incluir también representante del SSMC y un representante de la atención primaria municipal de las comunas de Santiago y Maipú, de manera de lograr la coordinación entre el hospital y todos los centros de atención primaria de la red SSMC.

**Para el inicio del trabajo se propone:**

- Definición de un representante por centro de salud que reciba la información relativa a pacientes de su centro que vayan a ser dados de alta y que se comunique fluidamente con los médicos del HCSBA en caso de tener dudas respecto del manejo de algún usuario en particular. Se propone que sea el Subdirector técnico (SDT) de cada centro o su suplente en caso de ausencia.
- Definición de un representante del HCSBA, que será encargado de enviar la información de pacientes que serán dados de alta y coordinará la citación del usuario con el encargado del centro de salud respectivo.
- Definición de un representante médico del HCSBA que pueda estar disponible para responder dudas de los equipos de cabecera, relativas al manejo de pacientes con necesidades especiales en domicilio o en los centros de salud de atención primaria de la red.
- Envío de listado de pacientes NANEAS bajo control indicando a que centro de salud pertenece el usuario.
- Envío de listado de fármacos que habitualmente requieren estos usuarios para evaluar la posibilidad de entrega de todos o algunos de ellos, según el arsenal disponible en atención primaria.

**De las coordinaciones:**

1. El HCSBA deberá contactarse con el centro de salud correspondiente vía mail o por teléfono para entregar información respecto del usuario que será dado de alta, idealmente entre 48 a 72 horas previo al alta, indicando claramente, la identificación del usuario, un resumen del caso clínico, la prestación que requerirá el paciente post alta (hora médica, atención por enfermería, hora para sala IRA con médico o kinesiólogo, visita domiciliaria, hora para nutrición, etc.) y el tiempo en que requiere recibir esta prestación (por ejemplo si requiere hora médica para 1 semana o para 1 día postalta).
  - a. Se iniciará esta medida con mail a subdirector técnico de los centros de salud, de tal manera que éste baje la información a los equipos de salud, jefes de sector o al encargado del programa infantil según corresponda en cada centro.
2. La persona asignada en cada centro de salud por el SDT deberá gestionar la hora para la prestación solicitada con el jefe de SOME y deberá comunicar al HCSBA la fecha y hora, por medio telefónico o vía mail, asignada de manera de que el paciente salga dado de alta con la citación al centro de salud respectivo. Al mismo tiempo deberá informar al encargado de postrados de su centro de salud de manera de gestionar la visita domiciliaria integral que permitirá definir si el paciente cumple con los requisitos para ingreso al programa. En el caso de no ser un paciente con dependencia severa y por tanto no ser beneficiario del programa, el centro deberá establecer alguna estrategia de contacto con la familia para poder responder a las necesidades del usuario, sea en el centro de salud o en domicilio.

SE le deberá hacer entrega de los fármacos indicados que estén en el arsenal de la APS.

- El centro de salud deberá llevar registro de estos pacientes para evaluar la estrategia, es decir cuántos fueron contrarreferidos al mes y cuántos de ellos obtuvieron las prestaciones solicitadas.
- El centro de salud deberá tener disponibles horas protegidas para el control sano de los usuarios NANEAS de baja complejidad que pertenezcan a su centro de salud según indica la norma técnica del programa infantil.
- El paciente en su primer control, en caso de requerir alguna entrega de insumos y/o fármacos, deberá llevar una lista de estos. En el centro de salud el médico tratante, encargado o subdirector médico deberá revisar la lista e informar al paciente que fármacos están disponibles en el centro de salud para poder entregar mensualmente.
- El centro de salud en el proceso de contrarreferencia deberá además informar si se encuentra en condiciones de responder ante procesos de contingencia como necesidad de reinstalación de SNG ante salida, etc. En el caso de estar en condiciones se debe informar de la enfermera que estaría a cargo de esta actividad.

#### **Condiciones de la Contrarreferencia:**

- 1.- Para realizar la contrarreferencia el usuario debe estar inscrito en un centro de APS de la red del SSMC. Esto se debe chequear al momento del ingreso a la hospitalización, con colaboración de encargados de APS de DAP y con servicio social del HCSBA.
- 2.- Si el usuario, por domicilio, pertenece a la red

del SSM Central, pero no está inscrito al momento del ingreso, se debe motivar a los familiares la inscripción en el establecimiento correspondiente a su domicilio, para poder entregar las prestaciones de visita domiciliaria.

3.- La contrarreferencia si bien, presenta un esquema de coordinación similar para cada paciente, corresponde a un proceso personalizado, pues las necesidades de cada niño/familia son diferentes. SE hace necesario identificar primero la complejidad del niño(a), definir el nivel de cuidados principales donde se atenderá: baja complejidad (APS), mediana complejidad (nivel secundario), alta complejidad (nivel terciario). Además identificar de la oferta de servicios que ofrece APS, cuales corresponde asignar a cada paciente de manera flexible:

- a. Paciente de baja complejidad: controles naneas en centro de salud primaria, apoyo familiar biopsicosocial en la medida que lo necesite, seguimiento del equipo en tiempos a definir. Paciente tiene controles en nivel secundario habituales, pero no seguimiento en poli naneas hospitalario. Se debe además considerar estudio de familia, apoyo con servicio social, seguimiento estricto de horas médicas en hospital, realizar cartola y tener encargados de caso en cada centro.
- b. Pacientes de mediana y alta complejidad, estudio de familia, evaluar posibilidad de ingreso a programa de dependencia severa, seguimiento de necesidades psicológicas de la familia, evaluar posibilidad de entrega de fármacos en APS indicados desde el hospital y que estén en el arsenal terapéutico de la APS. Tienen además controles en nivel secundario y poli naneas como principal fuente de controles.

4.- La contrarreferencia supone agendar una hora de control post-alta en el establecimiento de APS que corresponda, con el objetivo de dar continuidad o incorporar al usuario a sus controles periódicos. Para esto el encargado del HCSBA contará con un directorio con datos de contacto de los SDT y su suplente en cada establecimiento de la Red.

5.- Es recomendable que el médico tratante a cargo de NANEAS o en su defecto la enfermera(o) de la APS, tengan permanencia en ésta función y sean claramente identificados por los usuarios, realizando un trabajo coordinado, planificado e incluyendo a la familia en la toma de decisiones. Se sugiere la participación en estas acciones de cuidado ambulatorio, de los médicos en programas de formación en Pediatría-APS en los consultorios donde estén presentes, médicos de familia u otros con permanencia estable en los centros de salud.

6.- La hora con el profesional de atención primaria será solicitada al menos un día antes de ocurrida el alta de manera que el usuario egrese del HCSBA con la hora tomada. La hora será solicitada telefónicamente al SDT y será respaldado vía mail al referente en HCSBA (Fecha, hora, nombre del profesional), para dejar constancia escrita de la citación.

7.- La solicitud de hora debe señalar específicamente el profesional con el que requiere

control el usuario (por ejemplo enfermera o médico u otro profesional) y el tiempo postalta en que requiere recibir la prestación. En caso de requerir evaluaciones por varios profesionales se coordinarán evaluaciones de preferencia en un horario cercano, el mismo día.

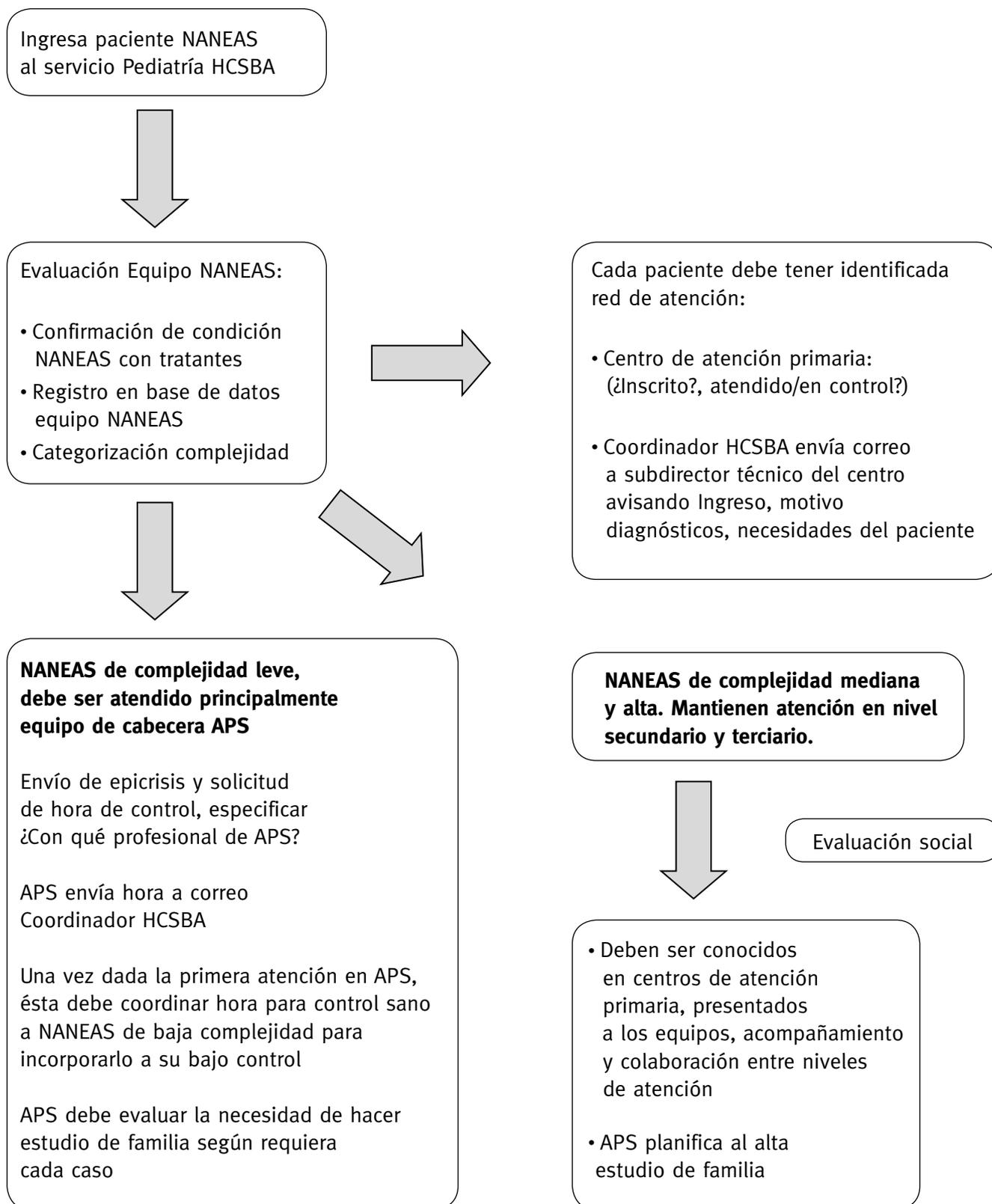
8.- Si una vez acordada la fecha de control en APS, el alta se cancela, se debe avisar al establecimiento correspondiente para que recicle la hora.

9.- La contrarreferencia, supone el envío de epicrisis al establecimiento de APS. Se sugiere la posibilidad de enviar este documento por vía electrónica (correo/disco virtual FTP/Dropbox). Si existe a nivel hospitalario evaluación social realizada, también debe ser enviada junto a la epicrisis para no repetir las prestaciones de manera de no sobrecargar a la familia.

10.- La epicrisis debe contemplar indicaciones específicas para APS: plan de tratamiento, objetivos del control, indicaciones farmacológicas (que idealmente deben ser acorde al arsenal disponible en APS) y elementos que permitan evaluar el riesgo de re-hospitalización e información administrativa clave como teléfono del cuidador y dirección (pues no siempre en los centros de salud esa información está actualizada).

11.- Se realizarán reuniones conjuntas del equipo del nivel central para el mejoramiento continuo de los procesos.

## FLUJOGRAMA DE CONTRARREFERENCIA ASISTIDA



• TEMA 2 •

**HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES NANEAS.  
INFORME PRELIMINAR DE LAS PERSPECTIVAS FINANCIERAS.**

Carlos Valdebenito P.<sup>(1)</sup>; Francisco Prado A.<sup>(1)</sup>; Gabriel Caichac A.<sup>(1)</sup>; Fernando Muñoz B.<sup>(2)</sup>; Marie Jauregui A.<sup>(3)</sup>

1.- Hospitalización domiciliaria pediátrica, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

2.- Unidad Control de Gestión, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

3.- Unidad de Gestión Relacionada al Diagnóstico (GRD), Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Las aseguradoras de salud, Públicas (FONASA) y Privadas (ISAPRES) no cuentan con prestaciones codificadas para la entrega de modelos de Hospitalización en Domicilio u otras soluciones de reinserción en el hogar para pacientes niños, adolescentes y adultos con necesidades especiales en salud (NANEAS). Especialmente en aquellos de mayor complejidad con dependencias tecnológicas para vivir.

En el caso de las ISAPRES, la activación de las coberturas catastróficas (CAEC) y/o a través de acuerdos extra contractuales genera coberturas parciales y discrecionales siempre desde la perspectiva sesgada del pagador.

En el caso de las coberturas públicas de salud existen programas ministeriales, vinculadas a la APS para pacientes con dependencias de oxígeno y asistencia ventilatoria domiciliaria. Pese al éxito y crecimiento de estos programas, ellos incluyen sólo las coberturas específicas, sin considerar otros requerimientos. Recientemente, la nutrición enteral domiciliaria ha sido incluida en las prestaciones aseguradas por la Ley Ricarte Soto, encontrándose en etapa de implementación. Del mismo modo otras coberturas vinculadas a dependencias tecnológicas, como monitorización cardiorespiratoria, pacientes con traqueostomía, alimentación parenteral no son cubiertas.

Estos elementos, más una demanda que excede la oferta real, limita las posibilidades de alta hospitalaria y en forma secundaria puede impactar la productividad hospitalaria.

FONASA ha diseñado coberturas a través de codificaciones específicas para hospitalización domiciliaria en pacientes agudos o subagudos que tiende a resolver las listas de espera en pacientes con requerimientos de hospitalización médica o quirúrgica y en aquellos con posibilidad de término de tratamientos u otras intervenciones sanitarias con objetivos claros de cumplir en tiempos acotados de cobertura, una vez dados de alta del hospital.

Estas glosas tradicionales de modelos de hospitalización domiciliaria aguda/subaguda definidas en pacientes con complejidad básica o media tienen exclusión para pacientes que requieren mantener una continuidad de cuidados prolongados o incluso permanentes.

Es así como los pacientes NANEAS, especialmente los complejos y con dependencias tecnológicas actualmente son excluidos de atenciones regulares con fuentes de financiamiento aseguradas, con oportunidad y continuidad. Generándose de este modo vulnerabilidad y costos elevados no sólo desde la perspectiva del pagador, sino que también producen una carga económica importante para los pacientes y sus familias.

Del punto de vista del asegurador las estancias hospitalarias prolongadas del paciente NANEAS, de alta complejidad, genera indicadores de gestión clínicos negativos derivados de un importante número de egresos perdidos,

especialmente durante los periodos epidémicos con mayor necesidad de internación, como el invierno. De hecho estos pacientes presentan frecuentemente estancias medias que bordean los 100 días, incluso algunos de ellos superan el año de internación.

### **Objetivos**

El objetivo de este trabajo es conocer el costo real de estos pacientes, el impacto que generan en la producción hospitalaria y compararlos con los gastos derivados de la estimación de costos de producción en el domicilio a través de una Hospitalización Domiciliaria. Considerando canasta de insumos, fármacos, RRHH y equipamiento necesario.

### **Metodología**

*Caracterización pacientes NANEAS según gestión relacionada al diagnóstico (GRD).*

Durante el período 2016-2017 se diseñó una matriz para la caracterización de los pacientes NANEAS no oncológicos ingresados al Servicio de Pediatría según nivel de complejidad. Basado en las Recomendaciones MINSAL 2014; Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0-9 años en APS, Programa nacional de Salud de la Infancia y confeccionar una base de datos que permitiese ser analizada por la Unidad de Control de Gestión y la Unidad de Análisis Clínico GRD, IR-GRD versión 3.0.

### **Resultados**

Durante el período 2016 el Servicio de Pediatría presentó 3.673 egresos correspondientes al 15,03% respecto al total de egresos del HCSBA. La estancia media de este servicio fue de 6,3 días. Esto es 1,05 días más que la estancia media del HCSBA.

Desde el año 2016 han ingresado 227 pacientes NANEAS. Su distribución según complejidad es baja complejidad 33%, mediana complejidad 49% y de alta complejidad 18% (27 casos).

Del total de los egresos del Servicio de Pediatría, 128 egresos (3,48%) correspondieron a 27 pacientes NANEAS no oncológicos de alta complejidad y con dependencias tecnológicas para vivir, generalmente equipos de soporte ventilatorio invasivo y no invasivo para la entrega de ventilación mecánica prolongada, pacientes con alimentación enteral o parenteral y pacientes con necesidad de monitorización vital en domicilio.

La proporción de egresos NANEAS tiende al alza, para el año 2017 se observa que el porcentaje de casos NANEAS por sobre el total de la actividad del Servicio de Pediatría alcanza al 5,07% esto es 1,61% más que el año anterior.

La complejidad del Servicio de Pediatría (peso medio GRD) para el período descrito es 1,01 contribuyendo con 0,14 veces más complejidad que el HCSBA, cuyo peso medio GRD para el mismo período fue de 0,87. El peso medio GRD de los casos NANEAS complejos es 1,83. Es decir aporta 0,82 veces más complejidad en relación al Servicio de Pediatría y 0,97 veces más que la complejidad del total del HSBA.

La distribución de las estancias del Servicio de Pediatría se observa que el rango de estancias más frecuentes es de 3 a 4 días, seguida del rango de 5 a 7 días. En tanto que los pacientes NANEAS el rango de estancia más frecuente corresponde a 1 día, correspondiendo a pacientes que ingresan a hospitalización diurna para

nutrición parenteral (ALPAR). Seguido del rango de estancia de 15 días y más por necesidad de asistencia ventilatoria invasiva y no invasiva.

En relación a la estancia media, se observa que el Servicio de Pediatría tiene en promedio 6,3 días de hospitalización, en tanto los pacientes NANEAS presentan casi el doble de estancia media con 15,77 días.

Las estancias consumidas por los pacientes NANEAS es de 2.018 días, correspondiendo a un 8,66% del total de estancias consumidas por el Servicio de pediatría. Si se hubiera prescindido de estos egresos del grupo NANEAS, y con ello, la cantidad de días consumidos en sus estancias, se hubieran obtenido potencialmente 320 egresos (ajustados a las características del Servicio de Pediatría: peso GRD, estancia media). Si se realiza esta misma comparación con las características de la campaña de invierno 2016 (peso medio GRD, estancia media), se puede inferir que si se hubiera prescindido de las estancias NANEAS, se hubiera cubierto el 50,93% del total de la producción realizada por campaña de invierno.

Los egresos outliers superiores, egresos con estancias mayores al límite superior de la norma MINSAL 2014, del Servicio de pediatría alcanzan a un 4,49% con 166 egresos. De ellos 13 son NANEAS (7,83%).

Los egresos outliers además de presentar gran contribución a la complejidad con un peso medio GRD de 3,46 presentando una estancia media muy elevada de 99,83 días, la estancia máxima observada para el período 2016 alcanza a 243 días y para el 2017 es de 412 días.

Al revisar los factores que pudieran estar

relacionados con la prolongación de estancias en los casos outliers superiores se identificó como el más frecuente el código CIE-10 z99.8 “Dependencias de otras máquinas y dispositivos capacitantes”, generalmente equipos para ventilación mecánica prolongada y bombas de infusión para alimentación. Para el 2016 se observa que el 75% de los casos NANEAS había presentado esta limitante, en tanto que para el año 2017 se observa que alcanza al 85,71%.

### **Estimación de Costos**

La determinación del costo total consideró la metodología de costos asociados a complejidad, considerando para ello la ponderación del precio base institucional por el peso relativo de cada uno de los 27 casos en muestra. El precio base promedio mensual para el año 2016 ascendió a \$2.658.306.

El Precio Base corresponde al costo promedio dividido por el índice de complejidad institucional, que para el año 2016 alcanzaba a 0,9.

Aplicando el Precio Base al índice de complejidad de cada uno de los pacientes se obtuvo el Costo Total mensual para los 27 casos de Naneas de Alta Complejidad, el cual alcanzó a \$284 MM.

Para el costeo de Hospitalización Domiciliaria se determinaron los costos directos por costeo por absorción, considerando por tanto todos los costos en que incurre el paciente en todo el proceso de su estadía.

Los Costos Totales Directos determinados permiten una clasificación en costos relevantes y no relevantes siendo los primeros aquellos que, independiente a la actividad que lo origina, van

en directa relación con la realización del evento que se trate. A su vez los no relevantes se producen por la actividad que lo origina, indistintamente a la realización del evento.

Lo anterior se presenta en la tabla 1.

Al agregarle al costo diario de Hospitalización Domiciliaria el valor de costo diario por equipamiento por paciente, se determina un costo final de \$94.396 y para atención cerrada el costo asciende a \$337.162, produciendo una diferencia sobre \$240.000 a favor del Hospital por cada paciente Hospitalizado en su domicilio.

### CONCLUSIÓN

Si bien la cantidad y proporción de pacientes NANEAS de alta complejidad no es tan alta, el impacto de sus estancias y su complejidad clínica implica un consumo significativo respecto a la media del servicio en el que están inmersos y se observa que estas variables tienden al alza.

Mantener a estos pacientes hospitalizados implica además perder la oportunidad de mejorar la producción del Servicio de Pediatría (320 egresos perdidos a causa de egresos NANEAS), además de ser una de las causas de disrupción de los indicadores de gestión clínica de dicho servicio.

Aumenta la estancia media total del servicio y porcentaje de outliers superiores (estancia hospitalaria sobre la normativa MINSAL).

Los costos de producción en domicilio, sólo directos, y excluyendo dimensiones distintas a las del pagador, son muy inferiores al impacto negativo en la actividad hospitalaria que estos pacientes determinan.

Desde una perspectiva financiera, parecen haber elementos técnicos robustos en gestión hospitalaria que sienten bases para la negociación de glosas específicas de financiamiento con FONASA, para actividades de Hospitalización domiciliaria de pacientes NANEAS complejos.

De este modo la hospitalización domiciliaria en pacientes NANEAS permite estimar costos comparativos altamente favorables, con una diferencia de precio a favor del hospital (costo beneficio) equivalente a \$240.000/día por paciente. Para las estancias consumidas el año 2016 de 2.018 días, determina un ahorro anual de \$484 MM.

El proyecto requiere una inversión inicial en equipamiento de \$65 MM con un valor actual neto (VAN) Positivo. Es decir se trata de un Proyecto viable financieramente que según la

**Tabla 1, Comparación de costos pacientes NANEAS con dependencias tecnológicas en internación y hospitalización domiciliaria.**

ITEM	TOTAL (\$)	H. Domiciliaria (\$)	H. Atención Cerrada (\$)
Costo Directo	29.912.811	11.360.714	18.552.097
Costo Indirecto	254.548.793		254.548.793
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>284.461.604</b>	<b>11.360.714</b>	<b>273.100.890</b>
COSTO UNITARIO	10.553.615	420.767	10.114.848
<b>COSTO POR DÍA</b>	<b>351.187</b>	<b>14.026</b>	<b>337.162</b>
Costo/día Equipos		80.370	
<b>Costo/día TOTAL</b>		<b>94.396</b>	

estructura de ingresos y gastos proyectados, permite recuperar la inversión al cuarto año.

El precio de equilibrio es de \$110.000, altamente razonable con los respaldos para las Prestaciones

Valoradas de los días cama de hospitalización domiciliaria Integral Pediátrica en Unidad de tratamiento Intermedio (\$114.960), o día cama hospitalización integral domiciliaria compleja paciente agudo pediátrico (\$120.510).

---

**Bibliografía:**

- 1.- Modelo de atención y clasificación de niños y adolescentes con necesidades especiales en salud-NANEAS: Recomendaciones del comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chile Pediatr. 2016;87(3):224-232.
- 2.- Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: prevalencia hospitalaria y riesgos asociados. Flores JC, Carrillo D., Karrzulovic L., Cerda J., Araya G. et al. Rev Med Chile 2012; 140: 458-465.
- 3.- Asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria en niños: impacto inicial de un programa nacional en Chile. Prado F., Salinas P. Rev Chil Pediatr 2011;82(4):287-297.
- 4.- Parents' perspectives of the transition to home when a child has complex technological health care needs. Breener M., Larkin PJ., Hilliard C., Cawley D., Howlin F., Connolly M. Int J Integr Care.2015 Sep 29;15:eo35:eCollection 2015 Jul-Sep.
- 5.- Home care of children and youth with complex health care needs and technology dependencies. Elias ER, Murphy NA. Council on Children with Disabilities. Pediatrics. 2012 May;129(5):996-1005.
- 6.- Pediatric medical complexity algorithm: a new method to stratify children by medical complexity. Simon TD, Cawthon ML, Standford S, Popalisky J et al. Pediatrics 2014 Jun;133(6):e 1647-54.





En terapia antialérgica

# Zival<sup>®</sup>

LEVOCETIRIZINA DICLORHIDRATO / SAVAL

*Valora las diferencias*



## Presentaciones Pediátricas de ZIVAL<sup>®</sup>

- 5 mg / ml x 20 ml solución en gotas
- 2,5 mg / 5 ml x 120 ml de solución oral
- 5 mg / 5 ml x 120 ml de solución oral



Unidad | **Pediatría**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.  
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en [www.saval.cl](http://www.saval.cl) y/o a través de su representante médico.

[www.saval.cl](http://www.saval.cl)

**LS**  
SAVAL

# Cooperación Científica Laboratorios SAVAL

**Centro SAVAL** Acceso personalizado a información biomédica



- Una red de centros a lo largo del país
- Atención profesional especializada en búsqueda de información
- Bases de datos de nivel mundial
- Artículos a texto completo
- Diseño de presentaciones y material gráfico
- Actividades de extensión científica
- Auditorios y salas de reuniones



## Planta Farmacéutica SAVAL



- Tecnología de vanguardia
- Certificada según normas internacionales