

LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS
**CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO PARA MANTENER LA
ELIMINACIÓN DE SARAMPIÓN EN CHILE**
2020

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Inmunizaciones



Responsables del documento

Dra. Sylvia Santander Rigollet	Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades
Dra. Cecilia González Caro	Jefa Departamento Inmunizaciones División de Prevención y Control de Enfermedades

Editores del documento

Marcela Avendaño Viguera	Enfermera, Encargada Nacional Farmacovigilancia en Vacunas e Inmunoglobulinas, del Departamento de Inmunizaciones.
Ivan Brstilo Cerda	Ingeniero, Encargado de Datos, del Departamento de inmunizaciones.
Pamela Burgos Maldonado	Enfermera, Encargada Nacional Sistema de Registro RNI y Capacitación, del Departamento de Inmunizaciones.
Daniela Espinoza Espinoza	Enfermera, Encargada Nacional de Errores Programáticos y Comunicaciones, del Departamento de Inmunizaciones.
Marcela Rivas Iglesias	Enfermera, Encargada Nacional de Promoción y educación, del Departamento de Inmunizaciones.
Juan Rodríguez Santana	Enfermero, Encargado Nacional de Cadena de Frío, del Departamento de Inmunizaciones.
Leslie Soto Sandoval	Enfermera, Encargada Nacional de OIRS - Transparencia, del Programa Nacional de Inmunizaciones.
Rosa Solar Sanchez	Enfermera, Encargada Nacional de Vacunas Especiales, del Departamento Inmunizaciones.

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	4
II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	5
III. IMPLEMENTACIÓN	8
IV. VACUNA	11
V. VACUNACIÓN SEGURA	13
VI. VIGILANCIA DE ESAVI - EPRO	14
VII. MANEJO DE REACCIONES POST-VACUNACIÓN	25
VIII. CADENA DE FRÍO	26
IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN	30
X. COMUNICACIÓN SOCIAL	31
XI. CAPACITACIÓN	33
XII. SUPERVISIÓN	33
XIII. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURAS	34
XIV. EVALUACIÓN	34
XV. ACTIVIDADES POR NIVEL DE GESTIÓN TÉCNICO-OPERATIVO	36
XVI. RECOMENDACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA VACUNACIÓN, EN PANDEMIA SARS CoV-2	40
XVII. REFERENCIAS	42
XVIII. ANEXOS	43

I. ABREVIATURAS

DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
EPRO	Error Programático
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización
FV	Farmacovigilancia
ISP	Instituto de Salud Pública
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IM	Intramuscular
MINSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
POE	Procedimientos Operativos Estandarizados
RAM	Reacción Adversa a Medicamentos
RCE	Registro Clínico Electrónico
REAS	Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
RM	Región Metropolitana
RNI	Registro Nacional de Inmunizaciones
SDVF	Subdepartamento de Fármaco Vigilancia
SE	Semana Epidemiológica
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SRP	Sarampión, Rubéola, Parotiditis
UR	Unidad Refrigerante

II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El Sarampión es una enfermedad inmunoprevenible altamente contagiosa de origen viral (virus de la familia *Paramyxoviridae*) que se transmite por vía aérea y contacto directo, se caracteriza por fiebre, coriza y/o tos, conjuntivitis y lesiones de Köplik (definidas como patognomónicas), seguidas a los 14 días de un exantema máculo-papular generalizado. En los niños pequeños las principales complicaciones son otitis, bronconeumonía, laringotraqueobronquitis (1).

Antes de la introducción de la vacuna en 1963 y que se masificara su uso, se generaban epidemias importantes cada 2 a 3 años que causaban al año alrededor de 2 millones de muertes a nivel global.

A pesar de disponer de una vacuna de alta efectividad y segura que ha permitido avanzar hacia la prevención, control y eliminación de la enfermedad, se calcula que a nivel mundial en el 2017 murieron 110.000 personas por esta causa, gran parte de ellas menores de 5 años.

En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, con el objetivo de eliminar el sarampión en cuatro regiones de la OMS para 2015 y en cinco regiones para 2020 (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento "Guía Práctica para la eliminación del Sarampión" (3), define las estrategias de vacunación para lograr este objetivo, entre estas se encuentran la realización de campañas de vacunación "de seguimiento", las que corresponden a estrategia eficiente para captar a los "no vacunados" e inmunizar a todos los niños que no respondieron a la primera dosis de vacuna.

El intervalo entre campañas es regularmente cada 5 años y dependerá de las coberturas de vacunación alcanzadas desde la última campaña o cuando el acúmulo de niños susceptibles se acerque al número de niños de una cohorte de nacimientos (4).

A través de este documento técnico operativo se instruye a los equipos nacionales, regionales y locales respecto de la organización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de la campaña nacional de vacunación de seguimiento para la eliminación de Sarampión en Chile.

Epidemiología

En Chile, la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión se produjo posterior a la campaña de vacunación anti sarampión de "puesta al día", realizada en 1992 y no se ha diagnosticado un caso de sarampión autóctono que pueda ser demostrado por el laboratorio, la clínica y el nexa epidemiológico.

En la región de las Américas se logra la interrupción del virus del sarampión endémico en el año 2002 y certifica su eliminación el año 2016, sin embargo, la OPS informó el restablecimiento de la transmisión endémica en Venezuela en agosto de 2018, brote que en ese país inició en el año 2017, perdiendo el estatus de eliminación (5).

En el año 2019, se confirmaron 19.530 casos de sarampión importados o asociados a importación en las Américas, distribuidos en Brasil (n=17.211), Estados Unidos (n=1.276), Venezuela (n=552), Colombia (n=234), Canadá (n=114), Argentina (n=85), México (n=20), Chile (n=11), Costa Rica (n=10), Uruguay (n=9), Caribe (n=5), Perú (n=2) y Cuba (n=1). Respecto a rubéola se confirmaron 6 casos, uno en Chile, uno en Canadá y cuatro en Argentina. Esta situación ha generado alarma y ha motivado la implementación de campañas de vacunación en los países con transmisión activa y el refuerzo de las estrategias que permitan controlar los brotes de sarampión en los países que reciben importaciones.

A nivel nacional los brotes de sarampión asociado a importación registraron 23 casos en el año 2018 y 11 casos hasta diciembre 2019, afectando a la Región Metropolitana y dos casos reportados en la región de O'Higgins. El grupo más afectado fue el menor de 1 año y el genotipo viral aislado fue el D8, similar al detectado en los principales brotes en América y Europa, pero de distintos linajes. Frente a esta situación, Chile intensificó su vigilancia epidemiológica y aplicó el protocolo de manejo de brotes, dando seguimiento a más de 8.000 contactos aproximadamente, identificados en la investigación (6).

Entre el 1 de enero y el 20 de mayo de 2020, 9 países notificaron casos confirmados: Argentina (60 casos, incluida una defunción), Bolivia (2 casos), Brasil (3.155 casos, incluida 4 defunciones), Canadá (1 caso), Chile (2 casos), Colombia (1 caso), Estados Unidos de América (12 casos), México (172 casos) y Uruguay (2 casos) (7).

En Chile en enero 2020, fueron notificados 2 casos confirmados, el primero corresponde a 1 caso importado de Brasil y el Segundo corresponde a un hombre de 44 años, con antecedente de viaje a Estados Unidos, que inició exantema el 16 de enero, 13 días después de su arribo al país. (8)v

Mientras exista persistencia de poblaciones susceptibles en países de América y países de la región u otras regiones del mundo tengan circulación endémica del virus, se mantiene presente el riesgo de importaciones del virus y la posibilidad latente de su circulación endémica.

Vigilancia Epidemiológica Sarampión-Rubéola

El sistema de vigilancia de sarampión en Chile está actualmente integrado a la rubéola; los casos son de notificación obligatoria, universal e inmediata. Esto se fundamenta porque la meta de eliminación de sarampión y rubéola está sujeta a programas y convenios internacionales. Es por ello que se requiere mantener la eliminación de estas enfermedades en Chile y, junto con ello, los logros alcanzados a la fecha en América.

Por otro lado, la vigilancia tiene por objetivo actualmente pesquisar oportunamente casos importados de sarampión y de esa forma, limitar los brotes asociados a importación.

Vacunación SRP

La recomendación de OPS/OMS indica que los niños deben recibir dos dosis de la vacuna contra el sarampión y lograr coberturas sostenidas igual o mayor a 95% en ambas dosis en aquellos países que apuntan a su eliminación, ya que cuando el virus ha circulado en áreas con bajas coberturas de vacunación las acciones de control han sido más complejas. Actualmente, alrededor del 92% de los niños de 1 año en las Américas reciben una primera dosis de SRP (9).

El esquema vigente en nuestro país cumple con las indicaciones de OPS/OMS administrando 2 dosis de vacuna, la primera dosis a los 12 meses de vida y la segunda dosis en primer año de educación escolar básica (6 años). Se utiliza una vacuna combinada, que protege contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP o Tri vírica).

Campañas de seguimiento para la eliminación del Sarampión y Rubéola en Chile

Las campañas de seguimiento comienzan en Chile en el año 2000 y se han replicado cada 5 años, al año 2020 se han realizado 4 campañas y en la siguiente tabla se muestran las coberturas alcanzadas en cada una de ellas.

TABLA N°1. COBERTURAS CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO PARA LA ELIMINACIÓN DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN CHILE

Año	Campaña	Cobertura
2000	1ra. Campaña de Seguimiento 1- 5 años	99,00%
2005	2da. Campaña de Seguimiento 1- 5 años (SR)	93,20%
2010	3ra. Campaña de Seguimiento 1- 5 años (SRP)	75,20%
2015	4ta. Campaña de Seguimiento 1- 5 años (SRP)	82,70%

Fuente: Elaboración Propia PNI a razón de datos DEIS y RNI, MINSAL, 2020

Estimación de población susceptible al sarampión

Descripción de las condiciones:

- La efectividad de la vacuna se reporta en 90%, por lo cual, se estima que un 10% de niños vacunados no están inmunizados. La aplicación de una segunda dosis de SRP eleva la inmunidad en los niños que no respondieron a la primera dosis.
- Las coberturas de vacunación de SRP1 al año son heterogéneas al interior del país, existiendo regiones con coberturas desde un 80% a un 100% en los últimos 5 años.
- Está establecida la administración de una segunda dosis de SRP que se aplica durante la etapa escolar (1° básico), y los reportes de coberturas oscilan entre un 60% y un 95% en los últimos 5 años.
- La última campaña de seguimiento se realizó en el 2015 y el nivel de cobertura alcanzado fue de un 82% manteniendo el riesgo a la población frente a un caso importado de Sarampión.
- Para mantener la interrupción de la circulación de virus rubéola se requiere un nivel de inmunidad poblacional de al menos un 95%, cifra que no es alcanzada en forma homogénea.
- El sistema de Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) que a partir del año 2013 es fuente oficial de información para la obtención de coberturas, ofrece una valiosa oportunidad para mejorar la calidad y datos de cobertura de la vacunación con SRP.

La siguiente tabla muestra las coberturas de vacunación con SRP1 y cálculo de los susceptibles acumulados considerando coberturas y falla primaria (de 10%) durante el período del 2015 al 2019.

TABLA 2. ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN DE SUSCEPTIBLE ACUMULADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN CHILE, AÑO 2015 - 2019

SRP población susceptible						
Año	Población de 1 año	Vacunados SRP1	Cobertura SRP1	No vacunados	Susceptibles por falla primaria (10%)	Susceptibles acumulados
2015	250.997	240.322	96%	10.675	24.032	34.707
2016	244.670	231.040	94%	13.630	23.104	71.441
2017	231.749	219.387	95%	12.362	21.938	105.741
2018	218.918	210.598	96%	8.320	21.059	135.120
2019	220.307	209.651	95%	10.656	20.965	166.741
Total	1.166.641	1.110.998	95%	55.643	111.098	166.741

Fuente: Elaboración Propia PNI a razón de datos DEIS y RNI, MINSAL, 2020

III. IMPLEMENTACIÓN

Objetivos

- Elevar el nivel de inmunidad en la población de 13 meses a 5 años 11 meses 29 días, con la administración de 1 dosis de vacuna contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP) aplicada a través de una campaña de seguimiento nacional.
- Mantener la eliminación de Sarampión y Rubéola.

Población Objetivo y meta

Durante la campaña a desarrollar el año 2020, deben recibir una dosis de vacuna SRP todos los niños/as cuyas edades fluctúen entre 13 meses y 5 años 11 meses 29 días, que tienen solo 1 dosis de la vacuna.

La meta de la campaña es alcanzar coberturas de vacunación con SRP $\geq 95\%$ en cada una de las comunas del país.

A nivel de nacional el total de la población a vacunar es de 1.194.635 niños/as.

TABLA N° 3. POBLACIÓN NACIONAL Y REGIONAL PARA LA CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO PARA MANTENER LA ELIMINACIÓN DE SARAMPIÓN EN CHILE 2020

Región	1	2	3	4	5	Total general
Arica	2.874	3.155	3.278	3.415	3.690	16.412
Tarapacá	5.185	5.558	5.607	6.020	6.161	28.531
Antofagasta	8.558	9.068	9.099	9.926	10.308	46.959
Atacama	3.768	4.141	4.318	4.692	4.816	21.735
Coquimbo	9.020	9.968	10.389	11.342	12.184	52.903
Valparaíso	19.590	21.633	22.585	24.325	25.159	113.292
Metropolitana	91.669	98.634	100.015	104.100	105.453	499.871
Lib. Bdo O'Higgins	10.424	11.622	12.234	13.050	13.122	60.452
Maule	12.147	13.509	14.221	14.970	15.304	70.151
Ñuble	4.896	5.503	5.866	6.257	6.430	28.952
Biobío	16.958	18.788	19.774	21.239	21.697	98.456
La Araucanía	10.925	12.156	12.851	13.428	13.956	63.316
Los Ríos	4.032	4.463	4.680	4.966	4.931	23.072
Los Lagos	9.384	10.405	10.937	11.364	11.339	53.429
Aysén	1.216	1.358	1.431	1.519	1.548	7.072
Magallanes	1.763	1.933	2.004	2.140	2.193	10.033
Total general	212.408	231.894	239.289	252.753	258.291	1.194.635

Fuente INE, proyecciones para 2020 Censo 2017.

Duración de la Campaña

Dada la situación epidemiológica y social debida a la pandemia por SARS-CoV-2, que pueden dificultar el desarrollo de una campaña de corta duración, se ha definido que la campaña pueda realizarse en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2020; o extenderse hasta alcanzar cobertura mayor o igual al 95% de la población objetivo.

TABLA 4: RESUMEN IMPLEMENTACIÓN CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO PARA MANTENER LA ELIMINACIÓN DE SARAMPIÓN EN CHILE 2020

Estrategia	Descripción	Fecha estimada de inicio	Población estimada
Campaña de seguimiento para mantener la eliminación del Sarampión 2020	El año 2020 corresponde realizar la campaña de seguimiento para mantener la eliminación de Sarampión y Rubéola, a través de esta estrategia se busca vacunar a aquellos niños que recibieron la 1° dosis de vacuna.	Cuarto trimestre 2020	1.194.656 niños y niñas de 13 meses de edad a 5 años 11 meses 29 días (proyectado para 2020 según INE Censo 2017).

Fuente: Elaboración Propia PNI a razón de datos DEIS y RNI, MINSAL, 2020

Desarrollo de la estrategia de vacunación

La estrategia se desarrollará en los Establecimientos de Salud tanto públicos como privados a través de la demanda espontánea o citación programada de la población objetivo bajo control.

La vacunación extramural se llevará a cabo en Establecimientos Educativos (colegios, jardines infantiles) o puntos de vacunación definidos y se debe adecuar a la situación sanitaria que puede variar en las distintas regiones, provincias, ciudades y comunas del país.

Toda actividad de vacunación se debe realizar, manteniendo las medidas para controlar la transmisión de SARS-CoV-2.

Consideraciones especiales

- Los lactantes de 13 meses que al momento de la campaña no han recibido la 1º dosis de SRP de los 12 meses, deben poner al día la dosis pendiente y en 4 semanas administrar la dosis de campaña.
- Verificar si ha recibido dosis previa de vacuna SRP y asegurarse que hayan transcurrido al menos 4 semanas desde su administración, antes de colocar la vacuna de campaña.
- Los niños y niñas que al momento de la campaña tengan administradas 2 dosis de la vacuna SRP (12 meses y otras estrategias como viajeros, campañas de seguimiento anteriores) no es necesario que reciban la dosis de campaña.
- Si a pesar de tener registrada en RNI 2 dosis de la vacuna SRP, se le administra la dosis de campaña 2020, no se considerará EPRO.

IV. VACUNA

En esta campaña se utilizará la vacuna SRP del laboratorio Serum Institute of India que protege contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis, a continuación se presenta la ficha de la vacuna.

TABLA N° 6. VACUNA SRP

VACUNA	Vacuna SRP ; entrega protección para tres enfermedades: Sarampión, Rubéola y Parotiditis.
REGISTRO I.S.P.	N°B 2689/18
LABORATORIO	Serum Institute of India.
ESQUEMA	El registro sanitario indica esta vacuna a partir de los 12 meses de edad. Actualmente en el PNI, su indicación es en niños y niñas al año de vida y en 1er año básico.
APARIENCIA FÍSICA	El liofilizado tiene apariencia de pasta seca blanca amarillenta. Al reconstituir la solución es amarilla o amarillo claro transparente.
ADMINISTRACIÓN	La vacuna SRP se administra por vía subcutánea, en el tercio medio del brazo
PRESENTACIÓN	<p>Monodosis o Multidosis : Frasco ampolla con liofilizado, más ampolla con diluyente (agua estéril) para su reconstitución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frasco ampolla 1 dosis, liofilizado más una ampolla con solvente de agua estéril de 0,5 ml para reconstituir el producto. • Frasco ampolla multidosis de 5 dosis, liofilizado más una ampolla con solvente de agua estéril con 2,5 ml para la extracción de 5 dosis de 0,5 ml. <p><u>Preparación y Reconstitución</u> Para reconstituir la vacuna utilice la totalidad del diluyente correspondiente a cada presentación, los diluyentes contienen un volumen mayor (factor de pérdida). Registre en la etiqueta: fecha y hora en que se ha reconstituido la vacuna. Duración del frasco abierto: no más de 6 horas .</p>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Monodosis</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Multidosis</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #fff9c4;"> <p>La similitud de los frascos hace necesario poner especial cuidado con la elección de la vacuna y su solvente correspondiente y seguir con las recomendaciones de la Prevención de Errores Programáticos (EPRO) contenida en la "Guía de Vacunación Segura – Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI y EPRO".</p> </div> </div>
REACCIONES ADVERSAS	<ul style="list-style-type: none"> • Las reacciones que puede provocar la vacuna son leves y desaparecen en pocos días. • Se reportan: fiebre leve (8%), exantema leve (1 a 2%) que puede aparecer entre los días 6 a 14 posterior a la aplicación de la vacuna. Inflamación de ganglios cervicales y dolores articulares.
CONTRAINDICACIONES	<p>Por ser una vacuna de virus vivo atenuado, no debe administrarse a personas con inmunodeficiencia severa : tumores sólidos y hematológicos, quimioterapia, terapia inmunosupresora a largo plazo, o infección por VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de inmunodeficiencia hereditaria o congénita. • En personas viviendo con VIH sin inmunodeficiencia severa, la indicación debe ser definida por el médico tratante. • Reacción alérgica severa (anafilaxia) posterior a una dosis previa de la vacuna o a algún componente. No administrar la vacuna a personas que hayan recibido transfusiones de sangre y/o gamaglobulina.
ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Administración reciente de un producto sanguíneo que contiene anticuerpos (el intervalo de administración depende del producto; ver tabla). • Historial de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica evaluar por su médico tratante. • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre.

Más información en http://www.ispch.cl/sites/default/files/vacuna_s_p_r.pdf

La vacuna SRP del laboratorio Serum Institute of India, se prepara utilizando las cepas vivas y atenuadas de los virus del sarampión, rubéola y parotiditis. Los virus del sarampión y rubéola se propagan en células humanas diploides y el virus de la parotiditis se cultiva en fibroblasto de embriones de pollo, por lo que no contiene cantidades importantes de proteínas ovígenas reactivas (ovoalbúmina),

por lo cual esta vacuna, **no está contraindicada en los pacientes con antecedentes de anafilaxia al huevo**. (Laboratorio Serum Institute of India, 2018).

Esta vacuna posee dentro de su composición gelatina y lactoalbúmina (una de las proteínas de la leche de vaca) sin embargo, **no existe contraindicación de su administración en personas alérgicas a estos componentes si no presentaron reacción anafiláctica previa**.

En caso de que la persona haya tenido una reacción anafiláctica a uno de los componentes anteriores, debe contar con certificado médico de especialista para su administración.

Administración con otras vacunas

- La vacuna SRP, por ser de virus vivo atenuado, se puede administrar en cualquier intervalo con vacunas inactivadas.
- En el caso de la administración con otras vacunas vivas atenuadas como vacuna varicela, se puede realizar de manera simultánea o con un intervalo de 4 semanas.
- Según la última evidencia, la vacuna SRP se puede administrar en forma simultánea con la vacuna contra la fiebre amarilla

Vía de administración y sitio de punción

TABLA N° 7. ADMINISTRACIÓN DE VACUNA VÍA SUBCUTÁNEA (VACUNA SRP)

Ángulo:	45° grados
Aguja:	Calibre 25 G x 1"o 23 G x 1"
Preparación de la vacuna	<p>Verifique que la vacuna cuenta con el diluyente correspondiente, en vacunas similares se debe tener especial precaución de elegir la vacuna y diluyente correcto.</p> <p>Para reconstituir la vacuna: utilice la totalidad del diluyente correspondiente a cada presentación, los diluyentes contienen un volumen mayor (factor de pérdida).</p> <p>Registre en la etiqueta: fecha y hora en que se ha reconstituido la vacuna, duración del frasco abierto que indica el laboratorio fabricante (6 horas), según Política de frasco abierto OPS.</p> <p>En caso de ser multidosis, verifique dosis correcta a administrar según indicación del fabricante (0,5 ml).</p>
Sitio de punción	<p>Tercio medio de la cara externa del brazo.</p>  <p>Fuente: Antosalud, Enfermería</p>
Técnica	<p>Descubrir la zona de punción, en su totalidad.</p> <p>Definir zona de punción.</p> <p>Sujetar la zona de inyección con el dedo índice y pulgar.</p> <p>Puncionar con un ángulo de 45° con un movimiento rápido y seguro.</p> <p>Administrar la solución de manera rápida y sin aspirar.</p> <p>Realizar presión con algodón seco, en el sitio de punción.</p>

IV. VACUNACIÓN SEGURA

El concepto de vacunación segura se define por medio de un conjunto de reglas, recomendaciones y procedimientos. El procedimiento se basa en la observación de la regla de “los correctos”.

TABLA N° 5. PROCEDIMIENTO PARA UNA VACUNACIÓN SEGURA

Confirmar la identidad del niño/a vacunar.	A través de forma verbal, carnet de identidad, carnet de control u otro medio verificador confiable.
Leer atentamente el folleto de la vacuna y verificar que no existen contraindicaciones para aplicar la vacuna.	Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna. Para mayor detalle revisar folleto de la vacuna SRP.
Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna.	Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes. Revisar coloración y presencia de cuerpos extraños y notificar si corresponde.
Conservar la cadena de frío.	En caso de pérdida de cadena de frío, se debe notificar según Resolución exenta N°317/2014, vigente.
Informar a los padres o tutores del niño/a acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación.	Entregar información a través de carta tipo en base a lo que indica el folleto.
Chequear los correctos.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Paciente correcto ▸ Edad correcta ▸ Vacuna correcta ▸ Dosis correcta ▸ Vía correcta ▸ Registro correcto ▸ Verificación de los antecedentes de alergias.
Administrar la vacuna según lo establecido en norma técnica vigente.	Revisar “Norma general técnica sobre procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del PNI” Exenta N°973/2010. Procedimiento código 03-004 “Manipulación y administración de vacunas”.
Registrar inmunización.	Registrar correcta y oportunamente los datos de la inmunización en sistema RNI u otro acreditado para interoperar, en módulo y criterio correspondiente. Si no cuenta con sistema completar la planilla manual.
Observar al paciente al menos 30 minutos después de la vacunación.	Verificar posibles eventos adversos y entregar la atención oportuna en caso de ser necesario. Según POE N°973/2010, código 03-001.
Notificar eventos adversos y errores programáticos.	Utilizar formulario notificación ESAVI-EPRO online o en su defecto, a través de formulario vigente, vía correo electrónico a la SEREMI correspondiente.
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación.	Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, el Reglamento Sanitario sobre manejo de residuos, Decreto Supremo N° 6 del Ministerio de Salud, año 2009 “Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención en Salud (REAS)”. No re-capsular. Dar uso correcto a los contenedores de residuos especiales, respetando el nivel de llenado y rotulación correcta.

VI. VIGILANCIA DE ESAVI - EPRO

- Para realizar vigilancia de los ESAVI- EPRO, se debe dar cumplimiento a la Guía de Vacunación Segura (10), en lo referido a notificación, evaluación, investigación seguimiento de estos eventos.
- Para información sobre las reacciones esperadas de esta vacuna, el equipo de salud debe leer el folleto profesional que provee el fabricante.

Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacuna e Inmunización (ESAVI)

- Se considera como ESAVI a las manifestaciones clínicas que se presentan con posterioridad a la administración de una o más vacunas, que se sospeche fue ocasionado por alguna de ellas y que no pueden ser atribuidos inicialmente a alguna patología específica.

Clasificación

ESAVI serios: son los que requieren hospitalización, prolonguen la hospitalización, causen secuela permanente y/o desenlace fatal, por lo que se les realiza evaluación de causalidad, análisis desarrollado por el SDFV, en colaboración con el Departamento de Inmunizaciones.

ESAVI no serios: Requiere de tratamiento farmacológico o tomar medidas de tipo ambulatorio, es decir, no se requiere hospitalización. No se realiza informe de causalidad de estos eventos.

Errores Programáticos (EPRO)

- Los EPRO son actitudes o procedimientos que no cumplen con las normas establecidas y que pueden generar eventos adversos graves y fatales. Son ocasionados por error humano en cualquier punto del proceso desde la recepción, almacenamiento, conservación, distribución, manipulación, preparación, administración y capacitación del equipo de vacunación.

Notificación de ESAVI

- La detección y notificación de los ESAVI a través de la página web: <http://esavi.minsal.cl/>
- Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la "Guía de Vacunación Segura" en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de ESAVI.
- Cuando no se pueda notificar a través del sistema online, de forma excepcional se podrá realizar la notificación de los ESAVI serios, donde se pone en riesgo la vida, aquellos donde se requirió hospitalización, casos fatales o con secuelas permanentes, a través del formulario y enviar a correo: esavi@ispch.cl.
- El encargado del PNI del establecimiento notificador u otro profesional donde se encuentra el usuario, debe realizar el seguimiento del caso y entregar información solicitada por Subdepartamento de Fármaco Vigilancia (SDFV) y por el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
- Responder a los requerimientos de información solicitados desde SDFV y PNI.
- Difundir la información de análisis del caso (ESAVI serios), enviada desde SDFV, al personal de salud involucrado.
- El personal de salud del centro asistencial debe informar a la familia del afectado, en caso de un ESAVI, el beneficio que aporta la vacunación en la protección de la salud, los factores que podrían propiciar la aparición de un ESAVI y en que consiste.

- El nivel ejecutor debe recibir e implementar los lineamientos clínicos entregados desde la SEREMI, enviados a esta por el nivel central (indicaciones médicas).
- Realizar seguimiento del niño/a o del usuario, con controles médicos periódicos, dependiendo de su diagnóstico y evolución del caso, manteniendo comunicación continua con su familia.

Evaluación de Causalidad de ESAVIs: Serios

- Se define como ESAVIs serios aquellos que requieren hospitalización, prolonguen la hospitalización, causen secuela permanente y/o desenlace fatal.
- La evaluación de la causalidad de casos individuales, de acuerdo con la OMS, consiste en un análisis de los factores que pudieran incidir o precipitar un evento, (que no necesariamente está relacionado con las vacunas administradas), para determinar la probabilidad de que exista una asociación causal entre el evento y la vacuna o vacunas recibidas.
- Este análisis se realiza una vez se cuente con toda la información clínica relevante como, por ejemplo: conocer si el paciente presentaba alguna patología base, si se descartó alguna causa alternativa en la generación del evento. Por ello es muy relevante que los equipos locales puedan hacer un adecuado seguimiento del caso. Este análisis es realizado por el Subdepartamento Farmacovigilancia, (SDFV) en colaboración con PNI.
- Los ESAVI serios, con mayor relevancia para el Sistema de Farmacovigilancia, son evaluados por el Equipo de Farmacovigilancia en Vacunas (comité asesor de expertos nacional multidisciplinario). Producto de esto se genera un informe colaborativo.
- El informe colaborativo está destinado al equipo de salud como un aporte al monitoreo de la relación beneficio/riesgo de las vacunas administradas en el país, y para la toma de decisiones clínicas en caso de que sea necesario. El informe es enviado al equipo notificador del ESAVI - EPRO mediante correo electrónico o mediante sistema de notificación online en caso de que corresponda a un ESAVI serio de relevancia.

Seguridad de la vacuna

Con el fin de realizar vigilancia de los ESAVI, que se pudieran presentar durante la campaña, es necesario conocer las manifestaciones descritas para la vacuna SRP.

Búsqueda de información reacciones adversas descritas en los folletos de información al profesional y al paciente del registro sanitario B-2689/18 VACUNA SRP, Ficha de reacciones adversas de la OMS para la vacuna SRP y en Micromedex, realizada por la Sección de Infomedicamentos de la Agencia Nacional de Medicamentos (ANAMED) del Instituto de Salud Pública (ISP).

TABLA N°8. EVENTOS ADVERSOS DESCRITOS VACUNA SRP

Vacuna SRP	Reacciones
Eventos adversos leves	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor y sensibilidad en el sitio de inyección dentro de las 24 horas posteriores a la vacunación, que generalmente es leve, transitorio y se resuelve dentro de 2-3 días. • Fiebre > 39.4°C en aproximadamente el 5 al 15% de los pacientes, la que se presenta entre el 7° y 12° día después de la vacunación y dura aproximadamente 1 a 2 días. • Erupción, la que se presenta en el 2%-5% de los pacientes. La erupción generalmente ocurre de 7 a 10 días después de la inmunización y dura 2 días, aproximadamente. • Inflamación de la parótida, podría ocurrir generalmente entre 10 y 14 días después de la vacunación. • Puede presentarse orquitis.
Eventos adversos serios	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones alérgicas, incluida la anafilaxia. La tasa de anafilaxia es variable, entre 3,5 a 10 casos por millón de dosis, después de una vacuna que contiene el componente sarampión. • Convulsiones febriles • Trombocitopenia: En raras ocasiones, las vacunas que contienen antígenos de sarampión, paperas y rubéola pueden causar trombocitopenia. El riesgo de trombocitopenia después de la vacunación con SRP varía de 1 en 30.000 a 1 en 40.000 niños vacunados. • Encefalopatía / encefalitis: El riesgo se considera inferior a 1 en 1.000.000 de dosis. • Meningitis aséptica, asociado al componente paperas El período de incubación posterior a la inmunización es de 2 a 3 semanas. En nuestro país, se está utilizando la vacuna cuya cepa es Leningrado-Zagreb (LZ) en la cual se ha descrito 1,4 a 20 casos por 100.000 dosis administradas. • Artralgia, artritis y artropatía: Se ha informado de artralgia, artritis (generalmente transitoria) y mialgias durante los estudios clínicos, con mayor frecuencia en mujeres adultas en comparación con los niños.

En fase post comercialización, se han descrito los siguientes eventos serios con la administración de vacuna SRP, los que se han agrupado de acuerdo con su sistema afectado:

- Dermatológico: eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson
- Gastrointestinales: pancreatitis
- Neurológico: síndrome de Guillain-Barré, encefalitis corporal por inclusión de sarampión.
- Oftálmico: neuritis óptica, neuritis retro bulbar
- Respiratorio: neumonitis.

La administración de vacunas en campaña supone la inmunización de un gran número de personas en un corto periodo de tiempo, esto no aumenta la cantidad de ESAVI, pero si los hace más visibles en este periodo, por lo tanto, se requiere supervisión y monitoreo constante de estos.

A continuación, se describen las reacciones adversas de las vacuna SRP, notificadas durante el año 2019 informadas al Subdepartamento Farmacovigilancia del ISP.

ESAVI Vacuna Tres vírica (SRP)

Durante el periodo comprendido entre enero de 2018 a diciembre 2019 a través del sistema ESAVI on line, se notificaron al Subdepartamento de FÁrmacovigilancia de ISP y al Departamento de Inmunizaciones de MINSAL, un total de 119 ESAVI entre los 12 meses 6 años asociados a la vacuna SRP. De estos, 88 (73,9%) corresponden a ESAVI no serios y 39 (26,1%) a casos serios.

Los eventos más notificados corresponden a fiebre 29 (10,9%) y eritema en la zona de punción 24 (9,1%).

Notificación EPRO

- La notificación de los EPRO se debe realizar a través del sistema oficial online <http://esavi.minsal.cl/>
- En caso de no poder notificar a través del sistema online, se podrá realizar la notificación de los EPRO graves, a través del formulario y enviar a correo a la SEREMI y/o Servicio de Salud correspondiente a su región.
- Para el caso de EPRO masivos del mismo evento, se debe enviar un formulario de notificación por cada uno de los afectados.
- La Gerencia Regional del PNI de la SEREMI de Salud y su contraparte en el Servicio de Salud, a través de un trabajo coordinado deben entregar a los niveles ejecutores las orientaciones respecto a las acciones a realizar ante la ocurrencia del EPRO.
- Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la “Guía de Vacunación Segura” en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de EPRO y Cierre de caso.
- El notificador debe completar todos los ítems solicitados en la notificación del EPRO y complementar con los antecedentes relevantes del evento ocurrido.
- La información al usuario, padres y tutores debe ser oportuna y veraz, de manera que disminuya la incertidumbre de los afectados o de padres o tutores.
- Entregar instrucciones claras de los posibles síntomas y signos que pudieran ocurrir.
- Informar al usuario, padres o tutores, que debe acudir al centro asistencial más cercano en caso de que se presente alguna manifestación clínica durante el período indicado.
- La información a los padres o afectados debe ser individual, inclusive en los casos de EPRO masivos.
- Indicar seguimiento de todos los eventos de EPRO ya sea presencial, telefónico o visita domiciliaria.
- Cumplir con la primera evaluación médica dentro de las 24 horas después de ocurrido el EPRO.
- En caso de que en la evaluación médica no se encuentren hallazgos, el seguimiento lo puede continuar un profesional de enfermería.
- A los 15 días, de no presentarse manifestaciones, emitir informe de seguimiento y cierre de caso de EPRO.
- Si se presentan manifestaciones, notificar ESAVI.
- Ingresar en RNI las vacunas involucradas en los EPRO.
- Solicitar Plan de Mejora, el que se debe remitir a SEREMI y Servicio de Salud.
- En el caso de EPRO controversiales o masivos, se debe poner especial atención en indicar la Investigación, para lo cual hacer uso del anexo IV de la “Guía de Vacunación Segura”.

Prevención de Errores Programáticos

- La relevancia de los EPRO radica en que son prevenibles en su totalidad, además que tienen un alto impacto en la percepción y confianza de la población frente a las inmunizaciones.
- Las consecuencias de un EPRO tienen un amplio rango, pueden ser leves, pero incluso causar la muerte del afectado, lo que nos obliga a resguardar la calidad de los procesos que involucra la vacunación y establecer mejora continua de los mismos.
- Es fundamental que se refuerce permanentemente, en especial durante los periodos de vacunaciones masivas, la capacitación del personal, las pausas de seguridad, la supervisión y el suministro apropiado vacunas e insumos.
- En el siguiente cuadro se muestran algunos errores programáticos y sus posibles consecuencias clínicas, demostrando la importancia de evitar su ocurrencia.

TABLA N°9. POSIBLES ERRORES PROGRAMÁTICOS Y SUS CONSECUENCIAS

Error Programático	Consecuencias
Vacuna no estéril: Presencia de cuerpo extraño en el líquido a inyectar	<ul style="list-style-type: none"> • Infección, tal como absceso localizado en el sitio de la inyección e incluso eventos graves como sepsis.
Transporte o almacenamiento incorrecto de las vacunas:	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción local por vacuna congelada. • Ineficacia de la vacuna.
Desconocer contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción grave evitable, como la anafilaxia.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones 2019

- Cuando ocurren estos eventos se deben entregar orientaciones a los equipos vacunadores, a continuación, se describen los posibles EPRO y la conducta a seguir.

TABLA N° 10. CONDUCTA PARA SEGUIR EN EPRO POR VACUNA CONTRA SRP

Conductas para seguir en EPRO por vacuna SRP						
	Dosis incorrecta			Vacuna incorrecta	Vía incorrecta	Vacuna fuera de rango de temperatura
	Dosis mayor	Dosis menor	Dosis extra			
Descripción del evento	Liofilizado de vacuna multidosis reconstituido con diluyente monodosis. Se administra dosis mayor a 0,5ml.	Liofilizado de vacuna monodosis reconstituido con diluyente multidosis. Se administra dosis menor a 0,5ml.	Vacunación en más de una oportunidad durante el periodo de vacunación con dosis de 0,5 ml.	Se administra por equivocación una vacuna diferente a la indicada.	Administración por vía intramuscular	Administración de vacuna expuesta a temperatura de congelación.
Registrar en RNI	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Notificar EPRO	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Seguridad	Se puede presentar aumento de la reactogenicidad.	No se esperan reacciones de mayor magnitud a las descritas en folleto.	Se puede presentar aumento de la reactogenicidad.	No se esperan reacciones de mayor magnitud a las descritas en folleto.	Se puede presentar aumento de la reactogenicidad.	Se puede presentar aumento de las reacciones locales.
Protección	No se ve afectada.	Para asegurar la protección administrar la dosis correcta en 4 semanas.	No se ve afectada.	Para asegurar la protección se debe administrar la vacuna correcta, lo antes posible, sin necesidad de respetar un intervalo mínimo.	La dosis administrada no se considera válida. Para asegurar la protección se debe administrar la vacuna almacenada según norma, sin necesidad de respetar un intervalo mínimo.	La dosis administrada no se considera válida. Para asegurar la protección se debe administrar la vacuna almacenada según norma, sin necesidad de respetar un intervalo mínimo.
Reacciones esperadas	Las reacciones esperadas corresponden las que describe el fabricante en el folleto de la vacuna (ver folleto).					
Seguimiento	El seguimiento es el aspecto más relevante de cumplir en el manejo de EPRO, durante este proceso se pueden identificar la aparición de manifestaciones en el afectado denominados EPRO con daño (ESAVI). El seguimiento genera información de evidencia, que orienta ante la ocurrencia de eventos similares que pudieran presentarse en el futuro.					
Características de la vacuna	Son derivadas directamente del agente que causa la enfermedad, virus. Estos virus son atenuados, es decir debilitados en el laboratorio generalmente por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada. Cuando estas vacunas replican generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural. Cuando en algunos casos se produce enfermedad, esta es generalmente leve. La respuesta del sistema inmune es semejante a la de la enfermedad natural.					

VII. MANEJO DE REACCIONES POST-VACUNACIÓN

Las estrategias de vacunación en campaña incluyen procesos extramurales que requieren entre otros aspectos, estar alerta a las potenciales reacciones post vacunación a través de la detección y tratamiento oportuno.

Es importante conocer las manifestaciones descritas en el folleto del fabricante, así como una reacción post inmunización de carácter serio.

Cabe destacar que, los beneficios que aportan las vacunas son mucho mayores que las manifestaciones asociadas a su uso, las que son en la gran mayoría leves y generalmente transitorias.

Reacciones inmediatas

a. Reacción vaso-vagal

- Corresponde al “desvanecimiento o desmayo” del sujeto inmediatamente antes, durante o en los minutos posteriores a la administración de la vacuna.
- Esta reacción es resultado de hiperventilación secundaria a ansiedad o temor.
- Afecta principalmente a adolescente y adultos jóvenes, por lo cual es aconsejable que estas personas reciban las vacunas en posición sentada, idealmente en grupos pequeños.
- El síncope o reacción vaso-vagal no se debe confundir con reacción alérgica ni anafilaxia, y no representa una contraindicación para futuras vacunaciones.

TABLA N°11. VALORES HEMODINÁMICOS EN LOS NIÑOS (11)

Edad	Pulso medio (frec. /min.)	Frecuencia respiratoria (resp. /min.)	Presión Arterial (mmhg)
1 a 6 meses	130 +/- 45	30-40	80-46
6 a 12 meses	115 +/- 40	24-30	96-65
12 a 24 meses	110 +/- 40	20-30	99-65
2 a 6 años	105 +/- 35	20-25	100-60
6 a 12 años	95 +/- 30	16-20	110-60

b. Anafilaxia

- La reacción anafiláctica es una reacción alérgica grave, se caracteriza por su naturaleza multisistémica (es decir compromete múltiples órganos o sistemas, por lo general la piel, la vía aérea y el aparato circulatorio).
- La anafilaxia en relación con la vacunación es muy poco frecuente, se presenta 1 caso por cada 1 a 2 millones de dosis.
- Se presenta en el período inmediato post vacunación, por lo general en los primeros 15 minutos, pero 30 minutos es el intervalo más seguro de observación.
- La reacción se puede detener en forma rápida y es completamente reversible con un tratamiento simple, pero puede causar la muerte si no se maneja en forma oportuna.
- La adrenalina es el tratamiento de elección y debe administrarse lo más precozmente posible, aunque el diagnóstico no sea de certeza.
- Es muy importante reconocer signos y síntomas en forma precoz (12).

Signos y Síntomas:

Manifestaciones muco-cutáneas: urticaria, eritema, conjuntivitis, rinitis. Junto con el compromiso de a lo menos 2 sistemas:

- Cardiovascular: hipotensión, arritmia, dolor torácico, paro cardíaco.
- Respiratorio: tos, estridor, disfonía, ronquera, disnea, sibilancias.
- Neurológicos: convulsiones, pérdida de conciencia, vértigo, mareos.
- Gastrointestinal: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea.
- Otros: eritema conjuntival, contracciones uterinas, metrorragias, sensación de muerte.

TABLA N°12. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANAFILAXIA

Se considera que la anafilaxia es muy probable si se cumplen los tres criterios siguientes:	
1. Inicio agudo (de minutos a horas)	
2. Afectación de piel o mucosas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Urticaria generalizada ▸ Prurito ▸ Eritema ▸ Sofoco (rubor, enrojecimiento) ▸ Edema de labios, úvula o lengua
3. Presencia de, al menos, uno de los siguientes cuadros:	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, cianosis) ▸ Hipotensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia de esfínteres, etc.)

Manual de vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité Asesor de Vacunas (12).

Ante la sospecha de shock anafiláctico, se debe proceder de la siguiente forma:

- Instalar al paciente en una camilla o sillón, en decúbito dorsal, con las piernas elevadas, o semisentado si presenta dificultad respiratoria.
- En caso de vacunación extramural, comunicarse con el médico del establecimiento de salud a cargo de la actividad, y con el móvil de traslado de emergencias.

Frente al shock anafiláctico:

- Evaluar ABC: vía aérea permeable, ventilación y circulación.
 - Uso de oxígeno con mascarilla de alto flujo.
 - Administrar medicamento, indicado para el tratamiento del shock por vía intramuscular.
 - Si es factible instalar vía venosa, con el objetivo de administrar medicamentos o aportar volumen.
 - Si la hipotensión persiste posterior a dosis de adrenalina, administrar suero fisiológico o ringer lactato.
- En caso de vacunación extramural, contactarse rápidamente con el médico del establecimiento, SAPU o teléfono previamente coordinado.
- Adrenalina y oxígeno son los agentes terapéuticos más importantes por a utilizar.
- Sino responde iniciar maniobra cardiopulmonar.

Traslado a centro asistencial (En caso de vacunación extramural)

- Llamar al SAPU o SAMU al 131 para coordinar traslado
- Esencial en pacientes inestables o que no responden a terapia inicial.
- El profesional responsable de la vacunación permanecerá al lado del paciente hasta la llegada de la ambulancia del SAPU o SAMU o del médico del establecimiento, y le administra apoyo ventilatorio manual con ambú, si fuera necesario.
- Una vez entregado el paciente al SAPU o SAMU o al médico del establecimiento, el profesional responsable de la vacunación reporta lo sucedido a su jefatura, asegurando que quede constancia de la reacción en la ficha clínica.
- El director del establecimiento de salud acuerda junto con el profesional responsable de la vacunación el procedimiento para informar a la familia del niño o niña.
- Continuar con el protocolo establecido para ESAVI y realizar seguimiento posterior al evento.

Equipo de emergencia para Vacunación Extramural

El equipo vacunador conformado por profesionales y técnicos de enfermería capacitados, deberán trasladar a los puntos de vacunación y/o establecimientos educacionales, los siguientes equipos, medicamentos e insumos para el manejo de posibles reacciones adversas post vacunal.

TABLA N°13. EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS EMERGENCIA DURANTE LA VACUNACIÓN EXTRAMURAL

EQUIPOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS
Balón de oxígeno	4 adrenalina 1% (Epinefrina)	Ligadura.
Mascarilla Venturi de alto flujo (conexión)	4 clorfenamina, ampolla de 10mg	4 jeringas de 10ml.
Flujómetro de oxígeno	Suero Fisiológico o Ringer Lactato de 500 cc	4 jeringas de 5ml.
Niple		4 jeringas de tuberculina
Ambú		4 mariposas 21 ^{3/4} y 23 ^{3/4}
Esfigmomanómetro		8 agujas 23G x 1".
Fonendoscopio		5 bránula N°22
Protocolo actualizado y dosificación de los medicamentos.		2 bajadas de Suero
Tabla con parámetros de P/A, FC, FR.		10 Sachet de Alcohol
Tijera pato		Algodón
		Tela Adhesiva
		Guantes de procedimiento

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2019

TABLA N°14. FICHA TRATAMIENTO VASOCONSTRUCTOR (ADRENALINA O EPINEFRINA)

ADRENALINA											
Acción	Es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia, puede prevenir o revertir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular, incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas, aumentando así la presión arterial.										
Administración	La adrenalina intramuscular (ampolla=1 mg/mL), es el tratamiento de elección y debe administrarse lo más precozmente en el tratamiento de la anafilaxia. Dosis pediátrica: Adrenalina 0,01 mL x kilo de peso. Sitio de punción: cara anterolateral externa del muslo. Para administrar utilice aguja 23Gx1" (niños y adultos).										
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> Adrenalina o Epinefrina 1 ampolla = 1mg = 1 mL. Diluir: 1 ampolla de 1 mL de Adrenalina + 9 mL de Suero Fisiológico. Extraer la dosis correspondiente, usando jeringa de tuberculina. 										
Presentación	1 ampolla de 1mg/ 1mL 										
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad y Peso aproximado</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 a 6 años (20 kg)</td> <td>0.2 mL</td> </tr> <tr> <td>7 a 10 años (30 kg)</td> <td>0.3 mL</td> </tr> <tr> <td>11 a 12 años (40 kg)</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>Mayor de 12 años (> 50Kg)</td> <td>0,5 mL</td> </tr> </tbody> </table>	Edad y Peso aproximado	DOSIS INDICADA	4 a 6 años (20 kg)	0.2 mL	7 a 10 años (30 kg)	0.3 mL	11 a 12 años (40 kg)	0,4 mL	Mayor de 12 años (> 50Kg)	0,5 mL
Edad y Peso aproximado	DOSIS INDICADA										
4 a 6 años (20 kg)	0.2 mL										
7 a 10 años (30 kg)	0.3 mL										
11 a 12 años (40 kg)	0,4 mL										
Mayor de 12 años (> 50Kg)	0,5 mL										
Consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> Si no responde a la primera dosis de adrenalina, repetir la misma dosis en 5 minutos. Se registra la hora exacta de administración de las dosis. La aparición de efectos secundarios leves y transitorios, como palidez, temblor, taquicardia, cefalea o mareo es frecuente e indica que se ha alcanzado el rango terapéutico. 										

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2019.

TABLA N°15. FICHA TRATAMIENTO OXÍGENO

OXÍGENO	
Acción	Prevenir o tratar la hipoxemia y mejorar la oxigenación tisular.
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> Arme sistema, según dispositivo a utilizar: ajuste las conexiones entre mascarilla y fuente de oxígeno, abra paso al oxígeno con los litros indicados. Verifique que el dial que usa con la mascarilla corresponda a la concentración de oxígeno indicada. Coloque la mascarilla sobre la nariz y la boca del paciente, ajústela sobre la cara dejándola cómoda.
Administración	Inicie oxigenoterapia, administrando un flujo entre 12 a 15lts/min, para asegurar una FIO 2, de 50 %.

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2019.

TABLA N°16. FICHA TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS

CLORFENAMINA															
Acción	Fármaco antihistamínico que tiene la capacidad de ayudar a reducir los síntomas alérgicos que se producen como respuesta a sustancias extrañas al organismo.														
Administración	Vía Intramuscular														
Preparación	Usar jeringa de tuberculina, para extraer la dosis correspondiente.														
Presentación	1 ampolla de 10mg/ 1mL 														
Indicación	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis pediátrica: 0,2 mg/kg, sin diluir. • En adultos o niños con peso mayor a 30 kg., se debe administrar 0.5 mL (1/2 ampolla) intramuscular en muslo. • Con peso mayor a 45 kg, la indicación es 1 mL (una ampolla) • Si no responde a la 1º dosis de Clorfenamina, repetir la misma dosis cada 15 o 20 minutos. 														
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso</th> <th>Clorfenamina</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>25 kg</td> <td>0,5 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,5 mL</td> </tr> <tr> <td>35 kg</td> <td>0,7 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,8 mL</td> </tr> <tr> <td>45 y más</td> <td>1,0 mL</td> </tr> </tbody> </table>	Peso	Clorfenamina	20 kg	0,4 mL	25 kg	0,5 mL	30 kg	0,5 mL	35 kg	0,7 mL	40 kg	0,8 mL	45 y más	1,0 mL
Peso	Clorfenamina														
20 kg	0,4 mL														
25 kg	0,5 mL														
30 kg	0,5 mL														
35 kg	0,7 mL														
40 kg	0,8 mL														
45 y más	1,0 mL														

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2019

VIII. CADENA DE FRÍO

Para resguardar la estabilidad y efectividad de la vacuna, es necesario el mantenimiento estricto de la cadena de frío (2° a 8°C) durante su almacenamiento y distribución en los distintos niveles.

Orientaciones generales para el manejo de la cadena de frío en Nivel Local

- La vacuna SRP, debido a su estabilidad frente a las bajas temperaturas, se pueden ubicar en las zonas frías dentro del refrigerador, como por ejemplo en las salidas de los flujos de aire.
- Calcular capacidad de almacenamiento de los equipos de refrigeración disponibles en cada establecimiento de salud: refrigeradores, vitrinas o cámaras de frío. Lo anterior para no sobrepasar la carga térmica de los equipos, que podría ocasionar un quiebre de la cadena de frío.
- Aquellos establecimientos que cuenten con refrigeradores acondicionados (domésticos), deben conocer su comportamiento según cantidad de “masas frías”, (botellas y unidades refrigerantes). Un aumento del número de botellas o unidades refrigerantes puede disminuir la temperatura al interior del equipo, pudiendo llegar a la congelación de las vacunas.
- Se recomienda, tanto para equipos de refrigeración de menor capacidad (refrigeradores o vitrinas) como para contenedores isotérmicos (cajas frías o termos), el uso de termómetros de máxima y mínima, ya que nos permite verificar el rango de temperaturas registradas en un determinado periodo de tiempo.
- Se debe contar con registro de temperatura al menos 2 veces al día (mañana y tarde) en el nivel local.
- Los refrigeradores o vitrinas deben ser de uso exclusivo y estar conectados a una red ininterrumpida de energía eléctrica (grupo electrógeno o UPS).
- Para el traslado de vacunas desde el DVI, se debe proveer caja fría con capacidad suficiente y correctamente preparada, cuyo traslado debe hacerse en un móvil acondicionado para tales fines; limpio, que proteja las vacunas contra la intemperie (no trasladar en pickup) y alejadas de fuentes de calor directo (idealmente en cabinas con aire acondicionado).
- Todo quiebre de cadena de frío detectado en cualquier punto de la cadena, debe ser notificado de inmediato, resguardando los productos afectados en cadena de frío, rotulados como “cuarentena” hasta la resolución correspondiente.
- Las vacunas deben estar identificadas detallando: nombre de la vacuna, serie o lote, fecha de vencimiento, fecha de recepción y laboratorio.

Nombre de la vacuna
Lote
Fecha de vencimiento
Fecha de recepción
Laboratorio

- Las vacunas con fecha de vencimiento más próxima se colocarán de forma que estén más accesibles que aquéllas con fecha de caducidad posteriores.
- Retirar las vacunas vencidas para evitar su uso accidental.

- Ninguna vacuna debe ser retirada de su envase secundario; deben ser almacenadas en sus cajas hasta que sean administradas.
- Lote o Serie: El lote certificado de cada vacuna es el registrado en el envase secundario: cajas que incluyen frascos ampolla o jeringa o diluyente.
- Fecha de vencimiento: Si la fecha de vencimiento se encuentra como: día/mes/año. El producto vencerá en la fecha indicada.
- Si la fecha de vencimiento se encuentra como: mes/año. El producto vencerá el último día del mes indicado.

FIGURA 1: FECHA DE VENCIMIENTO, FECHA FABRICACIÓN Y LOTE



Fuente: Adaptación, PNI Minsal

Termos o cajas frías

- Los termos deben ser de paredes aislantes de poliuretano las cuales deben estar en buen estado (interna y externa) la tapa debe ser hermética y manillas operativas.
- Las Unidades refrigerantes certificadas por la OPS deben contener en su interior solo agua, en número suficiente según modelo del termo que permitan rodear las vacunas y alcanzar la temperatura óptima de conservación.
- Termómetro digital de máxima y mínima con visor externo de temperatura.
- Es importante conocer la "vida fría" del termo que se utilizará en la vacunación extramural.
- Se debe tener especial cuidado al acondicionar un termo y alcanzar las temperaturas normadas, las cuales se deben mantener durante toda la jornada, ya que, según el reporte de quiebres de cadena de frío, la notificación de temperaturas por debajo de lo normado es una causa frecuente en vacunación extramural.

Pasos para preparación de termos:

- El termo debe estar limpio y seco previo a su uso, para evitar la formación de hongos que pueden contaminar los frascos de vacunas.
- Sacar unidades refrigerantes (UR) desde el congelador y esperar que presenten signos de descongelamiento. Secarlas antes de introducir las al termo.
- Cargar el termo con las UR de manera que rodeen las vacunas. Cerrar y esperar hasta que alcance rango de temperatura normados.
- Verificar que la temperatura esté entre +2°C a +8°C, y solo entonces, cargarlo con las vacunas.

- El sensor del termómetro digital de máxima y mínima se debe colocar entre las vacunas.
- Colocar las vacunas separadas de las UR con una lámina aislante de plástico resistente (ej: policarbonato, plumavit, entre otros), para evitar que se dañen las etiquetas con la humedad.
- Mantener el termo cerrado, a la sombra y lejos de la fuente de calor.
- Verificar la temperatura del termo cada vez que se abra.
- Tener presente que, al realizar vacunación extramural, se debe llevar desde el vacunatorio UR congeladas (en termo o caja fría), para el recambio de estas, en caso de aumento de temperatura sobre los rangos normados.
- Siempre el termo o caja fría, debe permanecer con la cantidad de UR necesarias para que la temperatura se encuentre dentro de rango (+2 a +8°C). De ser necesario éstas deben ser cambiadas por otras unidades frías para conservar la temperatura óptima dentro del termo.
- Se debe considerar que las vacunas están más expuestas al peligro de sufrir daño por congelación al ser transportadas en termos o cajas frías mal acondicionadas por la preparación con UR congeladas, por lo que se debe garantizar la cadena de frío especialmente en esta etapa de vacunación extramural.
- Al final de la jornada, las vacunas deben ser devueltas al refrigerador si cumplen con la cadena de frío y cumplir con la política de frascos abiertos.
- Recordar realizar balance de las vacunas, al final de la jornada de vacunación.
- El termo debe quedar limpio, seco, boca abajo y sin tapa hasta su próximo uso.

Termómetros

- Los termómetros indicados para uso en vacunación extramural son termómetros digitales de máxima y mínima, el cual debe instalarse en la tapa del termo y su sensor debe disponerse entre las vacunas.

FIGURA 2: TERMÓMETRO DE MÁXIMA Y MÍNIMA



Fuente: Adaptación, PNI Minsal

Distribución de vacunas desde DVI a establecimientos de salud.

- El establecimiento de salud debe realizar la solicitud de vacunas a través del formulario correspondiente, completando todos los datos solicitados.
- El Director Técnico del DVI (o quien este designe), debe verificar la solicitud y realizar los ajustes pertinentes.

- El operador del DVI debe preparar las cajas frías y cargar las vacunas, verificando su temperatura antes y después de cargar los productos. Es altamente recomendable el uso de termómetros de máxima y mínima.
- La distribución debe realizarse en un móvil acondicionado para tales fines; limpio, que proteja las vacunas contra la intemperie (no trasladar en pickup) y alejadas de fuentes de calor directo (idealmente en cabinas con aire acondicionado).
- Al llegar al establecimiento, quien recibe las vacunas debe verificar condiciones y temperatura de los productos, almacenando en refrigeradores en cadena de frío, completando y firmando el formulario respectivo.
- En caso de ocurrir quiebre de cadena de frío durante el traslado, notificar de inmediato y almacenar las vacunas en cadena de frío rotuladas como “cuarentena” hasta la resolución del caso.
- El Director Técnico del DVI, tiene la autoridad para suspender una entrega si considera que las condiciones de retiro no son las idóneas para el resguardo de las vacunas.
- Todo movimiento de vacunas desde el DVI debe quedar registrado en el sistema de inventario.

Entrega de vacunas en DVI

- El establecimiento de salud debe realizar la solicitud de vacunas a través del formulario correspondiente, completando todos los datos solicitados.
- El DT del DVI (o quien este designe), debe verificar la solicitud y realizar los ajustes pertinentes.
- El operador del DVI debe cargar la caja fría con vacunas, verificando su estado general y temperatura antes y después de cargar los productos. Es altamente recomendable el uso de termómetros de máxima y mínima.
- El representante del establecimiento de salud debe verificar las condiciones del termo, cantidades y temperatura en que se lleva las vacunas, firmando formulario respectivo y llevándose una copia.
- El establecimiento de salud es el responsable del traslado de las vacunas desde el DVI, para lo cual debe proporcionar un vehículo acondicionado para ello: limpio, que proteja las vacunas contra la intemperie (no trasladar en pickup) y alejadas de fuentes de calor directo (idealmente en cabina con aire acondicionado).
- Al llegar al establecimiento, se debe verificar condiciones y temperatura de las vacunas, almacenando en refrigeradores en cadena de frío.
- En caso de ocurrir quiebre de cadena de frío durante el traslado, notificar de inmediato y almacenar las vacunas en cadena de frío rotuladas como “cuarentena” hasta la resolución del caso.
- El DT del DVI, tiene la autoridad para suspender una entrega si considera que las condiciones de retiro no son las idóneas para el resguardo de las vacunas.
- Todo movimiento de vacunas desde el DVI debe quedar registrado en el sistema de inventario.
- Para resguardar la estabilidad y efectividad de las vacunas es necesario el mantenimiento estricto de la cadena de frío, durante su almacenamiento, transporte y distribución en los distintos niveles, hasta la administración en el nivel ejecutor, por lo cual es necesario extremar estas medidas durante el proceso de vacunación extra mural.

IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información asociados a vacunación permiten el monitoreo de las coberturas de vacunación por prestador de servicio, vacuna, dosis, edad, u otro grupo objetivo y área geográfica, y generan resultados para facilitar el seguimiento individualizado de los beneficiarios de la prestación del servicio de vacunación, otorgando información oportuna y precisa.

Los registros de vacunación a utilizar durante la campaña son los siguientes:

1. Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI)

Plataforma informática que permite el registro nominal de personas vacunadas, el año 2013 fue aprobado como repositorio único nacional para todos los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con SEREMI (Ordinario B52 / N°4116 de 31 de diciembre de 2012 y Resolución Exenta N°891 de 27 de julio de 2017 del Ministerio de Salud). Este sistema también interopera con otros sistemas locales de Registro Clínico Electrónico (RCE), en cuyo caso se comporta como un repositorio de vacunas.

Consideraciones:

- El registro es responsabilidad exclusiva del profesional o técnico que administró la vacuna.
- En caso de que el registro sea asistido por otra persona, la calidad y veracidad de los datos seguirá siendo responsabilidad del vacunador.
- Previo al ingreso del registro se debe verificar el historial de vacunación del usuario.
- El registro debe ser caso-a-caso, el sistema RNI cuenta con alertas para apoyar la selección de criterios de elegibilidad (condición o característica de una persona para ser inmunizado con cierta vacuna), previo a la administración de la vacuna.
- Posterior a la administración de cada dosis, en presencia de la persona recién vacunada, se debe completar y guardar el registro.
- El registro debe permitir la trazabilidad del individuo vacunado, comuna de residencia (comuna donde vive el usuario), el vacunador (debe estar registrado en el sistema), lote de vacuna administrada (combinación distintiva de números y/o letras, que dan una identificación única), establecimiento donde se realizó la vacunación, dosis y fecha de vacunación.
- El registro en el sistema RNI se debe realizar en el módulo de “vacunas campaña” y posteriormente acceder a “SRP, Campaña de Seguimiento 2020”.
- Una vez ubicado en “SRP, Campaña de Seguimiento 2020” en sistema RNI, seleccionar el RUN, Pasaporte u otro, continuar con lo siguiente:
- Verificar los datos personales del usuario.
- Verificar comuna de residencia con el usuario y actualizar si corresponde (dato relevante para la cobertura), ya que el sistema muestra la comuna registrada en la última vacunación.
- Lote o serie de la vacuna administrada, seleccionar el utilizado.
- Vacunador, seleccionar del listado desplegable el nombre del funcionario que administro la vacunación.
- Chequear que el usuario cumpla con las características definida en la población objetivo con la finalidad de contar con información lo más precisa al momento de hacer análisis de la información.

2. Formulario Manual Registro Nacional de Inmunizaciones

Si no se dispone del sistema en el momento de la vacunación, se debe utilizar planilla manual completando cada campo con letra legible y traspasar los datos al RNI en los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas desde la administración de la vacuna).

3. Registro en Cuaderno/Agenda de Salud

El cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años cuenta con un calendario de vacunación, donde se debe registrar la vacuna SRP.

El certificado de vacunación, que se obtiene de RNI, debe ser entregado cuando el usuario lo solicite.

Sistema de reporte

El consolidado de la información ingresada en el módulo de "SRP, Campaña de Seguimiento 2020" en RNI u otra aplicación informática acreditada para interoperar con el repositorio nacional de inmunizaciones del MINSAL puede ser visualizado en la página web del Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

La información del avance de la campaña será publicada en un sitio web de reportes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS): <http://www.deis.cl/estadisticas-inmunizaciones/>

X. COMUNICACIÓN SOCIAL

Plan comunicacional regional

La SEREMI de Salud y Servicios de Salud de cada región, deben elaborar un Plan Comunicacional (Anexo N°6) de la campaña que debe basarse en los lineamientos comunicacionales nacionales y que involucre los siguientes aspectos:

- Identificar los medios de comunicación regionales de mayor impacto social con el fin de potenciar las acciones de difusión tanto de mensajes como piezas comunicacionales destinadas a la campaña.
- Establecer alianzas estratégicas con el intersector y extrasector, con el fin de favorecer la difusión comunicacional. Reunir a los representantes de las distintas sociedades científicas, referentes del colegio médico, colegio de enfermeras, colegio de matronas, representante de salud del Ministerio de Educación entre otros para entregar documentación técnica resumida de la campaña e identificar voceros que presten apoyo en la difusión en entrevistas en radio, televisión y prensa escrita.
- Desarrollar materiales comunicacionales que contengan mensajes dirigido al público objetivo y realidad local, manteniendo la línea comunicacional emitida desde el Nivel Central.
- Mantener la visibilidad de la campaña de vacunación en los diferentes medios de difusión destinados para este efecto, como redes sociales y páginas web de cada Servicio de Salud y SEREMI, durante todo el período de campaña.

Etapas del plan comunicacional regional

Actividades Pre campaña:

- Formar un equipo de trabajo con los Encargados de Comunicaciones de SEREMI y Servicios de Salud junto con los Encargados de Inmunizaciones en cada región, para establecer las bases y coordinación del Plan.
- Definir los aliados estratégicos comunicacionales en la región.
- Contactar a uno o más personajes reconocidos en la región como voceros de la campaña (médicos, alcaldes, deportistas, actores, periodistas, conductores de televisión o radio, entre otros).
- Establecer contacto con medios comunicacionales regionales.
- Difundir piezas comunicacionales a establecimientos de centros de salud públicos y privados, además de identificar otras instituciones que puedan colaborar con la difusión.
- Coordinar con el intersector y extrasector (JUNJI, Integra, SEREMI de Educación, Departamentos de Salud Municipal, entre otros) la visualización de la campaña en sus respectivas páginas web y redes sociales u otro medio no convencional que se posea.

Actividades al Inicio de la Campaña:

Esta etapa comienza con el lanzamiento comunicacional a nivel nacional, entre las actividades que se deben realizar destacan:

- Realizar un hito comunicacional que dé el puntapié inicial de la campaña.
- Difusión de mensajes a la comunidad y a los medios de comunicación.
- Realización de entrevistas a las autoridades regionales y puntos de prensa.

Actividades de Mantenimiento:

Corresponde al periodo de vacunación. Las actividades que se deben realizar durante esta etapa son:

- Mantener la difusión de los mensajes comunicacionales a través de redes sociales y páginas web.
- Continuar con la realización de entrevistas en forma periódica.
- Reforzar la campaña con notas de prensa emitidas por las autoridades regionales.
- Potenciar a los voceros de la campaña en los medios de comunicación.

Actividades de Cierre (evaluación):

Consiste en difundir a través de puntos de prensa el cumplimiento regional de la campaña de vacunación (coberturas, agradecimientos a los aliados estratégicos, entre otros). Esta debe ser realizada por las autoridades regionales (SEREMI de Salud, Servicios de Salud) y aliados estratégicos participantes en la campaña.

XI. CAPACITACIÓN

- Encargadas (os) del PNI de los Servicios de Salud deben realizar las reuniones técnicas o de entrenamiento basada en el presente documento con los equipos locales, quienes deben replicar en cada establecimiento de salud.
- Gerentes de PNI de las SEREMI de salud deben realizar las reuniones técnicas basadas en el presente documento con los vacunatorios privados en convenio, quienes deben replicar en cada establecimiento de salud.
- Para facilitar el acceso a la información se utilizarán videoconferencias a nivel nacional y con las macrozonas con el fin de mantener informado a los equipos.
- Este documento estará disponible en la página web vacunas.minsal.cl en banner para la Campaña y Marco Legal.

XII. SUPERVISIÓN

- La supervisión de la campaña se realizará en diferentes momentos, durante la etapa de organización y planificación, durante la ejecución y finalmente, los supervisores también participan en el proceso de verificación de coberturas de campaña, como se describe a continuación. Se adjunta "Pauta de Supervisión a Puntos de Vacunación" en Anexo N°5.
- Durante la organización y planificación la supervisión se realiza con la finalidad de verificar si los niveles regionales y locales han logrado una adecuada organización, están capacitados, disponen de los recursos necesarios, verificación de la realización de la programación de las tácticas de vacunación y cuentan con la logística necesaria para alcanzar la meta.
- Durante la ejecución la supervisión es básicamente operacional. Se dirige a observar "in situ" (mientras se puedan mantener las medidas sanitarias en contexto pandemia) las prácticas de vacunación, analizar con el equipo local el avance de la campaña mediante la revisión del cumplimiento de la micro planificación y el cronograma de actividades.
- Al concluir la campaña, aunque no es estrictamente una actividad de supervisión, es necesario acompañar a las regiones y niveles locales en el análisis de coberturas de campaña, complementando los datos administrativos del Registro Nacional de Inmunizaciones, con la realización de Monitorización Rápida de Cobertura (MRC) para verificar el logro de la meta de cobertura en el grupo objetivo.

Los supervisores realizan las siguientes funciones:

- Participar activamente en las capacitaciones de los lineamientos de campaña y el proceso de elaboración de planes y organización en el nivel regional y local, dando seguimiento a la microplanificación.
- Supervisa el avance de la campaña (Anexo N°3) en lo relativo a la ejecución de tácticas de captación efectiva de las poblaciones meta, para lo cual revisa los instrumentos de programación de la vacunación, las coberturas del RNI y realiza MRC a partir de ese análisis y los resultados de la supervisión.
- Apoyar a los equipos de salud del nivel ejecutor en los procesos relacionados con la vacunación segura para facilitar la comunicación con el fin de otorgar una respuesta adecuada y oportuna según los roles establecidos.
- Brindar soporte técnico ante dudas que puedan surgir facilitando la resolución de problemas que se presenten.

- Participar en la evaluación final de la campaña y apoyar en la revisión de los informes finales.

XIII. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURAS

El avance de coberturas a nivel nacional, regional y comunal serán publicadas en la página web del DEIS, <http://www.deis.cl/estadisticas-inmunizaciones/>

- Cada SEREMI debe vigilar el cumplimiento de las coberturas de vacunación en la región bajo su jurisdicción y apoyar a las autoridades del nivel ejecutor en la investigación de causas y la implementación de estrategias correctivas, cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida para la campaña.
- Los Servicios de Salud deben informar periódicamente a los establecimientos de salud el número de vacunados y las brechas para el cumplimiento de las coberturas comprometidas en los plazos acordados.
- Cada establecimiento de salud debe monitorear el avance de las coberturas de vacunación de su población inscrita validada.
- Se recomienda que, si las condiciones sanitarias y los recursos disponibles lo permiten, se debe concluir la campaña con la realización de MRC para verificar que se alcanzaron las coberturas de vacunación. Se adjunta Guía de MRC, Anexo N°7.

XIV. EVALUACIÓN

La evaluación contempla la cobertura de vacunación a nivel país, región y comuna.

Indicadores

TABLA N°17. INDICADORES PARA EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA

Indicador (Cobertura)	Construcción del Indicador	Fuente de indicador
Niñas y niños de 1 año	(N° de niñas y niños de 1 año vacunados con una dosis de SRP/Población de 1 año)*100	RNI INE 2013-2020
Niñas y niños de 2 años	(N° de niñas y niños de 2 años vacunados con una dosis de SRP/Población de 2 años)*100	RNI INE 2013-2020
Niñas y niños de 3 años	(N° de niñas y niños de 3 años vacunados con una dosis de SRP/Población de 3 años)*100	RNI INE 2013-2020
Niñas y niños de 4 años	(N° de niños y niñas de 4 años vacunados con una dosis de SRP/Población de 4 años) *100	RNI INE 2013-2020
Niñas y niños de 5 años	(N° de niños y niñas de 5 años vacunados con una dosis de SRP/Población de 5 años) *100	RNI INE 2013-2020
Comunas con coberturas igual o mayor a 95%	(N° de comunas con coberturas igual o mayor a 95%/N° de comunas por región) *100	RNI INE 2013-2021

Informe Regional Campaña de seguimiento para mantener la eliminación de sarampión en Chile 2020

Al finalizar la campaña, la (el) gerente de PNI de cada Seremi debe generar un informe en conjunto con la encargada de PNI del Servicio de Salud el cual debe incluir los siguientes aspectos:

- i. Introducción
- ii. Estrategias y actividades relevantes por cada componente.
- iii. Resultados de coberturas región y comunas.
- iv. Estrategias de vacunación.
- v. Total de dosis registradas.
- vi. Total de dosis perdidas por DVI y nivel local, incluyendo causas y respectivas actas de eliminación.
- vii. Número de ESAVI notificados.
- viii. Número de EPRO notificados, sus respectivos cierres de caso y planes de mejora.
- ix. Número de MRC realizados.
- x. Gastos estimados durante el desarrollo de la campaña.
- xi. Experiencia y lecciones aprendidas.
- xii. Conclusiones y recomendaciones.

XV. ACTIVIDADES POR NIVEL DE GESTIÓN TÉCNICO-OPERATIVO

TABLA N°18. FUNCIONES NIVEL CENTRAL PNI - MINSAL

NIVEL CENTRAL- DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Definir los objetivos sanitarios, los procedimientos administrativos, los estándares técnicos, los lineamientos operativos y los indicadores de cumplimiento de la intervención. • Proveer las vacunas, los insumos y la logística de distribución desde el nivel central hasta el nivel intermedio (regional). • Realizar las coordinaciones intra y extra institucionales necesarias para satisfacer los requerimientos de la planificación y la ejecución de la intervención. • Oficiar a las SEREMI de Salud y Servicios de Salud del país para comprometer su responsabilidad en la gestión de la intervención y el cumplimiento de sus propósitos sanitarios al nivel regional. • Coordinar con el Instituto de Salud Pública (ISP) las acciones necesarias en caso de ESAVI y EPRO, que se presenten y que sean de carácter grave y/o causen alarma pública, de acuerdo con lo instruido en la "Guía de Vacunación Segura": Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático. • Monitorear la buena ejecución de la estrategia. • Coordinar con el DEIS el monitoreo y análisis de los datos para alertar al nivel intermedio de posibles errores de registro y se pueda efectuar las gestiones necesarias de corrección con el nivel ejecutor, a fin de obtener información veraz para el cálculo de la cobertura. • El Departamento de Inmunizaciones entregará reportes preliminares mensuales con el avance de cobertura alcanzada. Se entenderá por reporte al informe estadístico de las vacunaciones administradas e informadas al Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI). • El DEIS en su calidad de entidad responsable de recolectar y analizar las estadísticas de producción de servicios asistenciales de los diversos establecimientos de la red asistencial (pertenecientes y no pertenecientes) debe entregar un reporte de coberturas con los datos validados siendo este informe, el reporte oficial. • Monitorear que el registro de vacunación sea de calidad y oportuno.

TABLA N°19. FUNCIONES GERENCIA REGIONAL PNI - SEREMI DE SALUD

SEREMI DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liderar a través de las SEREMI de Salud y Servicios de Salud la coordinación con los establecimientos públicos y privados que corresponda, para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por la autoridad de Salud Pública. ▪ Instruir las medidas de capacitación, supervisión, fiscalización y reforzamiento del nivel ejecutor que sean necesarias para asegurar que la intervención sea conducida conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el Minsal. Cautelar y gestionar las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención con máxima eficiencia, y en conformidad con los objetivos sanitarios y estándares técnicos definidos por Minsal. ▪ Organizar logísticas de distribución de vacunas e insumos que aseguren el abastecimiento suficiente y oportuno de los establecimientos ejecutores, manteniendo la cadena de frio. ▪ Mantener al día el sistema de inventario online de cada cámara de frio, registrando el ingreso de las vacunas y la distribución que se realiza a cada establecimiento. ▪ Implementar medidas de monitoreo y rendición de cuentas de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. ▪ Informar periódicamente a los establecimientos de salud el número de inmunizados y las brechas para el cumplimiento de las coberturas comprometidas en los plazos acordados. ▪ Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo. ▪ Promover el compromiso de la totalidad de los miembros de los equipos de salud con el éxito de la intervención, ya sea a través de la educación y referencia de las personas elegibles, la entrega de los servicios de vacunación, o el reporte oportuno y fidedigno de las prestaciones. ▪ Monitorear que el registro de las inmunizaciones en el RNI se realice en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la inmunización) con el fin de disminuir la latencia del registro manual. ▪ Liderar la coordinación con las Jefaturas de la Red de Atención Primaria para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por Minsal. ▪ Desarrollar acciones dirigidas a comprometer con los Directores de los establecimientos de Salud de la región la priorización de la actividad de Inmunización. ▪ Reportar al nivel central la notificación, evaluación e investigación de los ESAVI y EPRO de su región de acuerdo a lo instruido en la "Guía de Vacunación Segura": Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático. ▪ Implementar estrategias comunicacionales regionales permanentes, durante el inicio de la estrategia, según los lineamientos dispuestos por el Minsal.

TABLA N°20. FUNCIONES ENCARGADO PNI – SERVICIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar al Director(a) del Servicio de Salud en materias relacionadas con el Programa Nacional de Inmunizaciones. • Liderar la coordinación con las Jefaturas de la Red de Atención Primaria para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por MINSAL. • Propiciar acciones de integración del equipo multidisciplinario para la gestión del Programa Nacional de Inmunizaciones. • Difundir e implementar orientaciones técnicas del PNI. • Implementar medidas de monitoreo y rendición de cuentas de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. • Realizar reuniones periódicas con Equipos Directivos y Referentes locales del PNI, que favorezcan el cumplimiento del plan de calidad, y el logro de los objetivos sanitarios del programa. • Participar en instancias intercomunales, intersectoriales y comunitarias para el aseguramiento del acceso a la información respecto del PNI. • Monitorear coberturas por establecimientos y efectuar planes de mejora para el cumplimiento de las coberturas comprometidas en los plazos acordados. • Realizar monitoreo de los rechazos a la vacunación con el fin de generar estrategias territoriales para la disminución de estos. • Mantener a los equipos profesionales y técnicos actualizados en ámbitos de Inmunología y Vacunas. • Monitorear los ESAVI/EPRO y generar planes de acciones en conjunto con los establecimientos. • Supervisar periódicamente el registro de las inmunizaciones en el Registro Nacional de Inmunizaciones, garantizando que este se efectúe en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la inmunización) con el fin de disminuir la latencia del registro manual. • Programar y desarrollar actividades de capacitación para profesionales y técnicos del PNI, incorporadas al PAC de capacitación para el nivel local que sean necesarias para asegurar que la intervención sea conducida conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por MINSAL. • Gestionar recursos financieros para potenciar los equipos locales para el logro de las estrategias de vacunación. • Asesorar técnicamente la adquisición de equipos y equipamientos para los establecimientos de la red asistencial. • Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.

TABLA N°21. FUNCIONES ENCARGADO PNI – ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los establecimientos de Salud de Atención Primaria son los responsables de Planificar, Coordinar y Ejecutar la vacunación en todos los establecimientos educacionales públicos y privados del país (vacunación extramural). Rescatando además a la población objetivo no escolarizada, aquellos que no asisten a establecimientos educacionales en forma regular y a la población en etapa escolar con necesidades educativas diferentes, como escuelas diferenciales, aulas hospitalarias, alumnos que residen en instituciones como centros públicos o privados (centros del SENAME), para así cumplir con el propósito de la estrategia. ▪ Informar a los padres y apoderados sobre el proceso de vacunación, en coordinación con los establecimientos educacionales (colegios, jardines infantiles). ▪ Ejecutar las acciones de vacunación en los establecimientos educacionales públicos y privados conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos. ▪ Difundir a todo el personal, tanto profesionales como técnicos de cada establecimiento, las instrucciones contenidas en este documento. ▪ Conformar equipos de vacunación con personal capacitado, para el desarrollo de la vacunación y el registro de las inmunizaciones, según la necesidad y demanda local. ▪ Extremar las medidas de control, con el fin de minimizar las pérdidas de vacunas. ▪ Implementar estrategias comunicacionales locales. ▪ Coordinar con los establecimientos educacionales, que realicen intervenciones con los apoderados de los niños y niñas insistentes, para que sean derivados al vacunatorio. ▪ Los vacunatorios privados en convenio con las SEREMIS, deben ejecutar la vacunación pesquizando población objetivo a través de su bajo control y/o demanda espontánea. ▪ Realizar el registro en línea en RNI de las vacunas administradas, cumpliendo con los plazos definidos para esta actividad, hasta 24 horas después de la inmunización. ▪ Al momento de ingresar los datos al RNI, estos deben ser verificados y actualizados si corresponden. ▪ Detectar y notificar a través del sistema online, los ESAVI y EPRO que se presenten durante el desarrollo de la actividad, realizar investigación y seguimiento de los casos de acuerdo a lo instruido en la “Guía de vacunación Segura”: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático. ▪ Cumplir estrictamente con la Norma General Técnica sobre los Procedimientos Operativos Estandarizados (POE) para asegurar la calidad en la ejecución y administración de estas vacunas (RES N° 973 del 14.10.2010). ▪ Previo a la vacunación se debe confirmar, si el menor corresponde a la población objetivo definido y que cumpla con el calendario de vacunación vigente y no existan contraindicaciones para ser inmunizados.

XVI. RECOMENDACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE LA VACUNACIÓN, EN PANDEMIA SARS COV-2

En el actual escenario de la emergencia sanitaria por COVID-19, y con el fin de dar cumplimiento a las estrategias de vacunación vigentes para alcanzar las coberturas esperadas, se deben mantener las indicaciones entregadas por la autoridad, así como reforzar las directrices entregadas por el Departamento de Inmunizaciones (13; 14), en relación con el proceso de vacunación.

1. De la estrategia

- La estrategia se desarrollará en los establecimientos de salud tanto públicos como privados a través de la demanda espontánea o citación programada de la población objetivo bajo control, manteniendo las medidas para controlar la transmisión de SARS-CoV-2.
- La estrategia de vacunación extramural se debe adecuar a la situación sanitaria que puede variar en las distintas regiones, provincias, ciudades y comunas del país y realizar manteniendo las medidas de control para la transmisión de SARS-CoV-2.

2. De la Vacunación

- El personal de salud debe utilizar mascarilla, según recomendación de la autoridad sanitaria.
- Realizar la vacunación en áreas bien ventiladas, y que sean desinfectadas con frecuencia (definir el número de veces al día o según necesidad).
- Disponer de desinfectante de manos o lavamanos para los usuarios a la entrada del establecimiento de salud o punto de vacunación extramural.
- Adherir a recomendación de distanciamiento social dentro del vacunatorio o punto de vacunación extramural.
- Realizar la limpieza de superficies posterior a la atención de cada usuario (incluir mouse, teclado, cooler).
- Limitar el número de familiares que acompañan a la persona que será vacunada (1 acompañante).
- Evitar aglomeraciones en las salas de espera, algunas estrategias para esto podrían incluir: Horarios diferidos para citas de vacunación por edad, realizar sesiones de vacunación con números pequeños de personas, utilizar espacios al aire libre.
- En caso de la vacunación extramural, contar con el equipamiento habitual de vacunación para estos efectos, más todos los insumos necesarios para el control de infecciones, incluida COVID-19.

Del vacunador

- Realizar lavado de manos o utilizar alcohol gel hasta tres veces seguidas:
 - Antes de tocar a un paciente.
 - Antes de realizar cualquier procedimiento limpio o aséptico.
 - Después de exposición a fluidos corporales.
 - Después de tocar a un paciente.
 - Después de tocar el entorno de un paciente.

- Vacunar de acuerdo a la Guía de Vacunación Segura del MINSAL 2013
- Cumplir con lineamientos sobre la vestimenta:
 - Uso de uniforme durante el operativo de vacunación, el que no debe ser utilizado fuera del establecimiento de salud (siendo una excepción la vacunación extramural).
 - Uso de zapatos cerrados.
 - No utilizar accesorios como aros, anillos, reloj, etc.
- No utilizar el celular durante la atención de los escolares, limpiarlo al menos una vez al día con alcohol al 70%.

Del usuario/acompañante antes del ingreso al vacunatorio o punto de vacunación extramural

- A aquellas personas que se presentan en el establecimiento de salud o punto de vacunación extramural ya sea para vacunarse o acompañando a algún estudiante y tienen síntomas respiratorios, se debe ofrecer mascarilla (si están disponibles), no vacunar, y referir para evaluación médica.

De la vacunación de personas con diagnóstico de COVID-19 y sus contactos

- Aunque no existen contraindicaciones médicas conocidas para vacunar a una persona con COVID-19, se recomienda diferir toda vacunación hasta su completa recuperación.
- Aunque no existen contraindicaciones médicas conocidas para la vacunación de una persona que haya tenido contacto con un caso de COVID-19, se recomienda diferir la vacunación hasta que se haya cumplido la cuarentena (14 días después de la última exposición).

XVII. REFERENCIAS

1. Delpiano L, Astroza L, Toro J. Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. Rev Chil Infectol. agosto de 2015; 32(4):417-29.
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles> 2
3. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guiapractica_sarampion%20ESP.pdf
4. MINSAL. Lineamientos Técnicos Operativos de Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión y Parotiditis. Chile, enero 2019.
5. OPS/OMS| Eliminación del Sarampión en las Americas.paho.org.
6. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/BET_SARAMPION_2019.pdf
7. Actualización epidemiológica: Sarampión 27 de mayo 2020 OPS/OMS
Link: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-27-mayo-2020>
8. Actualización epidemiológica: Sarampión 28 de febrero 2020 OPS/OMS
Link: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-28-febrero-2020>
9. OPS/OMS. Situación actual de sarampión en las Américas.
10. Guía de Vacunación Segura; Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI - EPRO. 2013 ISP- MINSAL.
Link:<https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2014/03/Gu%C3%ada-de-Vacunaci%C3%B3n-Segura-2013.pdf>
11. Manual Clínico para Servicios de Atención Primaria de Urgencia. Subsecretaría de redes asistenciales año 2008. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/07.pdf>
12. Manual de vacunas de la Asociación española de pediatría (AEP), Comité Asesor de Vacunas.
13. Ord-B27-Nº-1360-Recomendaciones-para-vacunacion-programatica-durante-pandemia-covid19-29-abril-2020, Departamento de Inmunizaciones Minsal.
Link:<https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Ord-B27-N%C2%B0-1360-Recomendaciones-para-vacunacion-programatica-durante-pandemia-covid19-29-abril-2020.pdf>
14. Ord-B27-Nº-1389-Recomendaciones-para-la-vacunacion-escolar-extramular-durante-pandemia-covid19-6-mayo-2020, Departamento de Inmunizaciones Minsal.
Link:<https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Ord-B27-N%C2%B0-1389-Recomendaciones-para-la-vacunacion-escolar-extramular-durante-pandemia-covid19-6-mayo-2020.pdf>

XVIII. ANEXOS

1. Formulario de notificación de eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVI) o error programático (EPRO).
2. Procedimiento de Vacunación Extramural.
3. Guía para la micro planificación de la campaña de vacunación.
4. Formulario manual de registro nacional de inmunizaciones.
5. Pauta de supervisión puntos de vacunación.
6. Plan comunicacional regional.
7. Guía Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC).
8. Registro Respaldo Rechazo Vacunación del Lactante.

Anexo 1. Formulario de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización (ESAVI) o Error Programático (EPRO)

Marque con una cruz si está notificando:
 1. ESAVI: _____ Error Programático: _____

2.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE									
Fecha de Notificación: ____/____/____ (DD/ MM/AAAA)									
Identificación del paciente (Iniciales) :				Comuna (Paciente):					
Establecimiento donde recibió las vacunas/Región:									
Establecimiento que notifica/ Servicio de Salud:									
Sexo: M [] F [] ¿Está embarazada? SI [] NO [] Semanas de gestación:									
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (DD/ MM/AAAA)			Edad: ____/____/____ (AA/ MM / DD)						
Declara pertenencia de pueblo indígena <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
00	Ninguno	04	Colla	08	Rapa Nui	12	No responde		
01	Alacalufe (kawashkar)	05	Diaguita	09	Yámana (Yagán)	13	No es posible preguntar el dato		
02	Atacameño (Lickan Antay)	06	Mapuche	10	No sabe				
03	Aimara	07	Quechua	11	Otro pueblo originario declarado:				
Fecha de Vacunación: ____/____/____ (DD/ MM /AAAA)									
Tiempo transcurrido entre la vacunación y la aparición de síntomas: Días: _____ Horas: _____ Minutos: _____									
3.- RELATO DEL ERROR PROGRAMÁTICO (llenar solo en caso de tratarse de Error Programático)									
4.- TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO (llenar sólo en caso de tratarse de Error Programático)									
Se administró una vacuna no estéril			Se administró a un paciente incorrecto						
Se almacenó vacuna de forma incorrecta			Se registró de vacuna administrada en ficha o carnet paciente incorrecto						
Se contaminó la aguja o la jeringa			Se rompió la cadena de frío durante el transporte						
No se respetó una contraindicación de la vacuna			Se usó material vencido						
Se diluyó de forma incorrecta			Se administró una vacuna incorrecta						
Se usó un diluyente incorrecto			Se usó una vía de administración incorrecta						
Se administró una dosis incorrecta			Se administró en una zona del cuerpo incorrecta						
Se administró a un paciente de edad incorrecta			Otras ¿Cuáles?:						
No se verificó el empaque									
Vacuna Marque con una X la(s) vacuna(s) que administró.	Dosis Marque con una x la dosis administrada				Marca comercial	Lote	Fecha de Vencimiento	Sitio administración	Vía administración
	1ª	2ª	3ª	Otra ¿Cuál?					

Antirrábica				4ta	5ta					
BCG										
dT										
dTpa										
Fiebre amarilla										
Hepatitis A										
Hepatitis B				Refuerzo						
Influenza Estacional										
Inmunoglobulina Antirrábica										
Inmunoglobulina Antitetánica										
Meningocócica (A, C, Y, W-135)										
Neumocócica.										
Pentavalente										
Polio Inyectable										
Polio oral										
SRP (Tres vírica)										
Toxoide Tetánico										
VPH										
Otra ¿Cuál?:										

5- VACUNA(S) ADMINISTRADA(S) complete cada ítem referente a la vacuna administrada

6.- EFECTOS EN EL PACIENTE, Marque con una X según corresponda

SI [] NO [] Desconocido []

7.-TIPOS DE EFECTOS EN EL PACIENTE:

Manifestaciones Locales:

Dolor en el sitio de inyección		Tumefacción en el sitio de inyección		Enrojecimiento en el sitio de inyección	
Absceso		Celulitis		Necrosis	
Adenopatía Axilar		Adenopatía Supraclavicular		Otras ¿Cuáles?	

Manifestaciones Sistémicas:

Prurito		Fiebre (T _{axilar} >38.5°C)		Shock	
Urticaria		Lipotimia		Encefalitis	
Palidez		Dificultad respiratoria		Artralgia	

Cefalea		Convulsiones		Paresia extremidades superiores	
Fatiga		Trastorno de la marcha		Paresia extremidades inferiores	
Llanto incontrolable		Edema facial		Edema generalizado	
Anafilaxia		Otras ¿Cuáles?			
Describe manifestaciones locales y/o sistémicas					
8.- MEDICAMENTOS QUE ESTABA RECIBIENDO EN FORMA CONCOMITANTE A LA VACUNACION:					
¿Recibió algún Fármaco Concomitante?					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>					
Nombre del fármaco <i>Ej. Ibuprofeno</i>		Dosis Cantidad: <i>Ej:200mg cada 12h</i>		Periodo de Tratamiento <i>18/09/2012 a 20/09/2012</i>	
9.- EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:					
Requirió tratamiento médico y/o farmacológico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Exámenes de Laboratorio realizados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Describe: _____ _____			(registrar información relevante o exámenes y sus resultados): _____ _____ _____		
Requirió hospitalización: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Establecimiento: _____					
Diagnóstico médico de Ingreso: _____					
Diagnóstico médico Actual: _____					
Diagnóstico médico de Egreso: _____					
Estado Actual del paciente: Recuperado <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> (Fecha: ____/____/____) (DD) (MM) (AAAA)					
10.-SEGUIMIENTO DEL PACIENTE. Descripción:					
11.-Antecedentes Notificador					
Notificado por: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Técnico Paramédico <input type="checkbox"/> Otro (Señalar):					
Nombre:		Centro Asistencial:			
Fono:		Correo electrónico:			

Anexo 2. Procedimiento de Vacunación Extramural

Día previo a la vacunación

- Confirmar disponibilidad del equipo de personas que participará en el operativo de vacunación.
- Confirmar con la encargada del Establecimiento Educacional (Colegio, Jardín infantil) o punto de vacunación, el horario y la lista de niños que serán vacunados al día siguiente.
- Verificar en el Establecimiento de Salud: dosis de vacunas, termos, unidades refrigerantes, termómetros, jeringas, agujas e insumos.
- Revisar en el RNI el listado de niños y niñas (nombre y Rut) y verificar su estado vacunal.
- Verificar disponibilidad de móvil.
- Verificar coordinación con equipo de emergencia.

Día de la vacunación

Preparación del termo:

- Utilizar termos en buen estado en parte interna, externa y las manillas.
- El termo debe ser de uso exclusivo para vacunas.
- El termo debe estar limpio y seco previo a su uso, para evitar la formación de hongos que pueden contaminar los frascos de vacunas.
- Sacar unidades refrigerantes (UR) desde el refrigerador y esperar que éstas presenten signos de descongelamiento. Secarlas antes de introducirlas al termo.
- Cargar las UR dentro del termo apoyadas en las paredes. Cerrar el termo y esperar hasta que alcance temperatura entre +2 a +8 °C.
- Verificar que la temperatura del termo esté entre +2 a +8°C y entonces introducir las vacunas.
- Colocar las vacunas separadas de las UR con un cartón o material aislante.
- Disponer las dosis de vacuna necesarias para la jornada de vacunación dentro del termo.
- Verificar la temperatura del termo cada vez que se abra.
- El termómetro se debe colocar entre las vacunas.
- Llevar UR de recambio, para la jornada de vacunación.
- Cambiar las UR frías para conservar la temperatura óptima dentro del termo, si fuera necesario.
- Mantener el termo cerrado, a la sombra y lejos de fuentes de calor.

Otras actividades:

- Preparar material e insumos a utilizar en la jornada: jeringa, aguja, tómulas de algodón, riñones, cajas de eliminación, bolsas de basura.
- Disponer de maletín de emergencia, verificando que cuente con todos los medicamentos e insumos necesarios.
- Disponer de los listados de alumnos de cada curso (revisadas en RNI previamente).
- Disponer de notebook y banda ancha, para realizar registros.

LAS VACUNAS DEBEN SER PREPARADAS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL O PUNTO DE VACUNACIÓN DEFINIDO, PREVIO A SU ADMINISTRACIÓN.

Procedimiento de vacunación en el establecimiento de educacional (colegio, jardín infantil)

- Presentarse con el/la directora/o del establecimiento educacional.
- Dirigirse a la sala o lugar definido previamente para el proceso de vacunación.
- Entrevista con el profesor/a o encargado, para coordinar el procedimiento, aclarar eventuales consultas y solicitar el apoyo de dos o más personas.
- Preparar el área de administración de vacunas, definiendo áreas limpias y sucias.
- Preparar las dosis de vacunas según número de niños y niñas asistentes.
- La vacunación se debe realizar en grupo de no más de 5 niños. Explicar en qué consiste el procedimiento, acorde a la edad.
- Al momento de administrar la vacuna verificar el nombre.
- Administrar la vacuna con los niños sentados o en camilla según edad y condición.
- Mantener en observación al menos por 30 minutos, para esta etapa solicitar la colaboración de los docentes.

NINGUNA VACUNA DEBE SER RETIRADA DE SU ENVASE SECUNDARIO ANTES DE ASEGURAR SU USO.

Terminado el proceso de vacunación:

- Al final de la jornada, las vacunas deben ser devueltas al refrigerador o eliminadas según corresponda a la norma vigente por el tipo de vacuna.
- Verificar el número de dosis administradas según registro en RNI.
- Entrevista final con profesor/a, encargado/a y director/a para analizar el proceso, entregar indicaciones y aclarar dudas.
- Entregar información respecto del procedimiento a seguir para la vacunación de niños inasistentes.

Anexo 3. Guía para la micro planificación de la campaña de vacunación

Para lograr coberturas de vacunación de 95% o más en todas las comunas del país, la planificación debe ser muy detallada y minuciosa, por lo que se denomina “micro planificación”. Este proceso debe asegurar la puesta en práctica de tácticas efectivas para alcanzar las coberturas meta de vacunación, con un enfoque de “abajo hacia arriba”, o sea, con una estrategia ascendente, que se inicia en el establecimiento de salud y se integra en la comuna, con la supervisión y apoyo del nivel regional y nacional.

Por lo tanto, la micro planificación debe responder las siguientes preguntas:

- ¿Para qué? Objetivos y metas
- ¿Qué? Actividades
- ¿Cómo? Estrategia
- ¿Adónde? Tácticas
- ¿Quiénes? Responsables
- ¿Cuándo? Tiempo
- ¿Con qué? Recursos

La microprogramación debe ser:

- **Basada en la realidad local:** se fundamenta en el conocimiento de la dinámica poblacional de cada una de las micro-áreas, la identificación, estimación del número y ubicación de su población objetivo.
- **Factible:** conociendo la realidad local, se determina cuáles son las tácticas más efectivas para vacunarlas y estima los recursos y logística más eficiente para captarlas y lograr las metas.
- **Flexible:** está preparada para incorporar ajustes, responder oportunamente y dar una solución efectiva a los problemas que puedan surgir, estableciendo acciones de contingencia si se requieren.
- **Eficiente:** optimiza la gestión de los recursos, facilita la correcta previsión, ejecución, monitoreo y evaluación del uso de los recursos para la vacunación.
- **Lograr el empoderamiento:** consigue que los equipos de salud desarrollen su creatividad, mediante el desarrollo de una guía de acción propia y los impulsa a lograr los objetivos.
- **Ordenada:** propicia la ejecución de actividades de manera organizada, secuencial, con objetivos claros y medibles, orientando las actividades hacia los resultados deseados.
- **Establece controles:** permite comprobar que la programación está dando los resultados trazados.

La siguiente tabla resume los pasos de la micro planificación:

Pasos	Preguntas
Paso 1. Organización de datos	¿Qué información requiero?
Paso 2. Análisis de información	¿Cuáles son las áreas más críticas, en cuanto a riesgo geográfico, cultural o social? Si existen problemas, ¿por qué existen y qué debo hacer para resolverlos?
Paso 3. Mapeo y sectorización	¿Dónde, a quién y cuántos?
Paso 4. Definición de tácticas de vacunación	¿Cuáles son las tácticas más efectivas para captar a la población objetivo?
Paso 5. Cálculo de requerimientos	¿Con qué y cuánto?
Paso 6. Operacionalización de la programación	¿Cuándo y con quién realizó las actividades que requiero implementar para alcanzar la meta de cobertura de 85% y más?
Paso 7. Monitoreo de coberturas	¿Cuánto he avanzado y cuánto me falta?
Paso 8. Encontrando los rezagados	¿Dónde están y qué debo hacer para vacunar a los “no vacunados” y qué tácticas de convencimiento utilizar para quienes han rechazado?
Paso 9. Supervisión	¿Estoy cumpliendo con la normativa y parámetros establecidos?
Paso 10. Evaluación	¿Cuáles son mis resultados y lecciones aprendidas? ¿Qué requiero mejorar?

El paso 1 y 2 requieren de la recopilación de los datos necesarios para iniciar el proceso de micro planificación. Para ello, los equipos locales deben tener claramente definidas sus poblaciones meta, los límites y características geográficas, socio-económicas y demográficas de las localidades del área adscrita al establecimiento de salud (ubicación y límites, vías de acceso y comunicación, otros), la lista de sitios donde se facilita la captación de las poblaciones meta (jardines infantiles y establecimientos educacionales, sitios de alta concentración, entre otros).

Los pasos 3 y 4 se refieren al mapeo, estimación y caracterización de la población objetivo para proceder a la definición de las tácticas de vacunación más efectivas de captación. Con base a esa información se establecen los requerimientos de vacunas, los insumos y logística requerida para ejecutar las acciones programadas (pasos 5 y 6).

El monitoreo sistemático de las coberturas de vacunación es indispensable para determinar el avance e identificar situaciones que requieran de respuestas oportunas y efectivas para alcanzar las metas. El monitoreo aporta información necesaria para buscar a las personas “no vacunadas” y los que han rechazado, para lo cual requerirá de la aplicación de herramientas de monitoreo en el campo como se describirá en los pasos 7 y 8.

Dado que este es un ciclo de pasos que se ejecuta en forma continua, la supervisión y la evaluación de los resultados son esenciales para mejorar el servicio de vacunación, pues provee información necesaria para iniciar el proceso de micro planificación que se debe realizar cada año.

Por ello, el paso 9 se refiere a la supervisión, o sea, la observación “in situ” de las acciones de vacunación. La evaluación (paso 10) se realiza para determinar si se alcanzaron los objetivos y metas e identificar oportunidades de mejora del acceso y la calidad del servicio de vacunación.

Al ser un proceso participativo, la microprogramación se constituye en una herramienta de movilización social que facilita la creación de alianzas en la comunidad. Para ser exitosa, debe incorporar a los diversos sectores que deben participar en los procesos de planificación y ejecución de las acciones, movilizar a los actores locales y la comunidad para que se apropien de la estrategia de vacunación, asegurar que el personal tenga las capacidades requeridas, contar con los recursos y logística requerida para ejecutar los planes e insertar la supervisión y evaluación como herramientas que mejoran el desempeño del programa.

EL CUMPLIMIENTO DE LOS PASOS DE LA MICRO PLANIFICACIÓN SE DEBE AJUSTAR LA SITUACIÓN SANITARIA ACTUAL Y REALIZARSE MANTENIENDO LAS MEDIDAS DE CONTROL PARA LA TRANSMISION DE SARS-COV-2.

Anexo 5. Pauta supervisión puntos de vacunación

Región: _____

Fecha: ____|____|____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre Profesional que supervisa: _____

Nombre del entrevistado: _____

Instrucciones de llenado:

Marque con una X en los casilleros SI y NO según corresponda, en caso de observaciones o de otra información relevante, escribala en el casillero observaciones.

	Sí	No	Observaciones
Punto vacunatorio			
El lugar donde se encuentra el punto de vacunación es accesible			
Dispone de área limpia definida			
El lugar se encuentra limpio y ordenado			
Cuenta con depósito de eliminación de basura común			
Cuenta con depósito de eliminación de desechos (caja de bioseguridad)			
Cuenta con mesa de trabajo			
Cuenta con silla para el usuario			
Cuenta con alcohol gel			
Cuenta con toalla desechable			
Cadena de frío			
Cuenta con unidades refrigerantes de repuesto			
El termómetro se encuentra bien ubicado			
La temperatura del termo se encuentra dentro de los rangos (+2 - +8°C)			
Las vacunas están separadas de la unidad refrigerante			
El termo se encuentra en buenas condiciones			
El termo se encuentra en buenas condiciones			
Técnica de administración			
Informa al usuario sobre la vacuna			
Verifica que el usuario sea parte de la población objetivo			
Verifica que la vacuna y la fecha de vencimiento sean correctas			
Administra la vacuna por vía IM			
Informa al usuario sobre las reacciones post vacunales			

Logística			
Cuenta con dosis suficientes para la población objetivo-definida			
Cuenta con la población objetivo-asignada			
Cuenta con planificación de la campaña			
Capacitación			
En el establecimiento de salud ¿recibió los lineamientos técnicos de la campaña?			
En el establecimiento de Salud, ¿recibió los materiales de comunicación? (especifique)			
El personal encargado del puesto demostró haber sido entrenado en:			
Lineamientos de la campaña			
Cadena de frío			
Técnicas de administración			
Notificación ESAVI - EPRO			
Fue evaluada la capacitación que recibió			
Supervisión			
El personal encargado del puesto ha sido:			
Fiscalizado por SEREMI			
Supervisado por Servicio de Salud			
Supervisado por Departamento de Inmunizaciones			
En caso de no disponer de vacuna o algún insumo cuando lo supervisaron: ¿tomaron las acciones para resolver el faltante que tenían?			
Comunicación			
El punto de vacunación está identificado			
Se hace promoción en el área			
Dispone de afiches o material gráfico para educación a los usuarios			
Sistema de Registro			
En caso de no contar con conexión a internet, cuenta con planillas manuales para el registro actualizadas			
Completa el registro con letra clara y legible			
Registra en el carné de control u otro			
Realiza registro en RNI correctamente			

Nombre y firma del profesional supervisor: _____

Nombre y firma del entrevistado: _____

Anexo 6. Plan comunicacional regional estrategia vacunación

Etapas Plan Comunicacional	Actividades	Responsables	Fecha
Reuniones para conformación equipos de trabajo (Seremi -SS)			
Aliados Estratégicos			
Voceros			
Medios de comunicación regionales			
Distribución de material comunicacional			
Inicio Estrategia			
Lanzamiento			
Inicio plan de medios			
Difusión redes sociales			
Mantenimiento			
Desarrollo Plan de Medios			
Estrategias comunicacionales			
Redes sociales			
Entrevista a autoridades y voceros			

Anexo 7. Guía Monitoreo Rápido de Coberturas (MRC)

El monitoreo rápido de coberturas (MRC) es una herramienta muy rápida y de fácil aplicación en el nivel local que provee información de gran utilidad para tomar decisiones, en tiempo real y a relativo bajo costo. Se debe tener presente que el MRC no es una encuesta, dado que no utiliza un diseño muestral probabilístico, ni utiliza técnicas de la estadística inferencial, por lo que no permite estimar las coberturas. O sea, el MRC es una herramienta de supervisión y monitoreo de coberturas, utilizada tanto en el programa de rutina, como en las campañas de vacunación, pues es una herramienta complementaria para el análisis de las coberturas de vacunación.

La Campaña de seguimiento SRP debe concluir con la realización de MRC para verificar que se alcanzaron las coberturas de vacunación en el grupo objetivo de niñas(os) de 13 meses a 5 años 11 meses 29 días.

La ejecución de los MRC post campaña se debe realizar cuando el equipo local de la campaña indica que finalizó las actividades de vacunación, de manera que el proceso de monitoreo para verificar las coberturas sea efectivo.

El ámbito geográfico para verificar la cobertura de vacunación es la comuna y al interior de cada comuna los establecimientos de atención primaria, y al interior de estas los barrios y manzanas según como estén organizados cada uno de ellos. Para iniciar la recolección de datos es necesario contar con un croquis del territorio del centro salud para delimitar las localidades y seleccionar las áreas donde se realizarán los MRC (Imagen N°4). Se debe garantizar que cada centro de salud realice mínimamente un MRC.

La selección de las áreas y casas depende si están ubicadas en zonas urbanas, pues el proceso de sectorización se realiza por manzanas seleccionadas al azar para luego identificar un punto de arranque e iniciar las visitas casa a casa como se muestra en la Imagen N°5. Una vez seleccionada la primera casa, se prosigue con las visitas casa a casa hasta encontrar el número de personas establecido para cada monitoreo.

En el caso de comunidades rurales, se recomienda ubicar un centro donde se concentra la población e identificar los diversos caminos o veredas, por lo que el procedimiento de selección de casas se realiza como se describe en la Imagen N°6.

Dado que la población que se va a monitorear puede vivir en departamentos, también se debe realizar el monitoreo en ese tipo de condominios habitacionales, el proceso de selección de apartamentos es similar a los descritos para las casas, solo que en este caso se enumeran los edificios, luego se enumeran los pisos y se identifica un departamento al azar para iniciar y luego continuar con las visitas hasta completar el número de personas incluido en el monitoreo (Imagen N°7).

Si en la casa reside más de un niño/a de 13 meses a 5 años 11 meses y 29 días, solo se selecciona al azar uno de ellos que será analizado y registrada en el formulario de MRC. Aunque solo se incluye un niño/a de cada casa, se deben revisar las cédulas del resto de los niños/as y aprovechar la oportunidad para completar el esquema de vacunación de aquellos que lo requieran. En áreas muy dispersas con poca población, se puede analizar el criterio anterior y seleccionar todos los niños/as de la casa que está en la población meta.

Para registrar los datos de cada casa se deben realizar las siguientes acciones:

- Explicar el motivo de la visita y solicitar algún medio de verificación de la vacunación de la población objetivo que vivan en la casa, luego seleccionar al azar una de ellas. Si en la casa reside más de una persona de la población objetivo, revisar el estado vacunal de todas ellas y vacunar a las que no lo estén.

- Se revisa el comprobante o carné de salud independiente que esté o no la persona.
- Si se encuentran casas cerradas se toma nota de la casa para revisar con los responsables locales si en esa vivienda residen niños de 13 meses a 5 años 11 meses 29 días. Si se identifica que en esa casa cerrada residen niños y se pueden obtener sus nombres, se debe verificar en el RNI están vacunados.
- Si al realizar el MRC se identifica que 2 de los 20 niños no tienen la vacuna SRP, se suspende el monitoreo y se procede de inmediato a revacunar ese barrio, sector o zona.
- Registrar el motivo en caso de encontrar niños/as no vacunados, según las diferentes razones que se indican en el formulario (Anexo 10).
- Aprovechar toda oportunidad para hacer preguntas sobre conocimientos y prácticas de las familias sobre vacunación, además de informar y aclarar conceptos e información errónea.
- Durante la recolección de información, pueden surgir algunas preguntas como las siguientes, que se responden a continuación:
- ¿Cómo procedo si no encuentro 20 niños del grupo de edad objetivo en la comunidad? Se debe continuar con la manzana o vereda contigua, siempre que pertenezca a la misma zona de adscripción al establecimiento de salud, hasta completar el número de niños.
- ¿Cómo procedo si al continuar me encuentro con un área ya monitoreada? Se debe continuar con la manzana o vereda contigua a la ya monitoreada, siempre que pertenezca a la misma.
- Área de adscripción al establecimiento de salud, hasta completar el número de niños. Si en una casa reside más de un niño, ¿A cuál(es) selecciono? Se debe seleccionar un niño al azar para incluir en el MRC, pero se debe aprovechar la oportunidad para revisar todos los carnés de vacunación y vacunar a los no vacunados.
- Si hay un jardín infantil o un establecimiento educacional, ¿Incluyo a esos niños? El MRC se realiza casa por casa y no abarca ese tipo de establecimiento.
- Si se trata de un edificio de apartamentos, ¿Cómo procedo? En ese tipo de edificio residen familias con niños, por lo cual, es necesario incluirlo en el monitoreo. Se considera que cada departamento corresponde a una casa, en la cual pueden habitar personas del grupo de edad que se monitorea.
- ¿Incluyo también a los niños que no residen en la zona pero que están de visita en las casas? No, solo se incluye a los niños que residen en el área.
- Si la casa está cerrada, ¿Debo regresar? Para efectos del MRC esta casa NO se incluye en el MRC. Sin embargo, para los propósitos de la campaña de vacunación, es conveniente averiguar si en esa casa residen niños de 13 meses a 5 años 11 meses y 29 días verificar en el RNI que estén vacunados.
- Si en una casa no hay una persona que pueda responder, ¿Qué hago? Para efectos del MRC, esta casa no se incluye. Sin embargo, para efectos de los programas, esas casas deberán señalarse con el fin de que los responsables de la zona verifiquen si los niños de 13 meses a 5 años 11 meses y 29 días que residen en esa casa están vacunados.
- Si en una casa vive más de una familia con niños, ¿A quién/es entrevisto? Se entrevista a todas las familias que residen en esa casa. El monitoreo es casa por casa, pero en realidad corresponde a un monitoreo de hogares.
- Al concluir el MRC de la localidad seleccionada, el equipo de monitoreo tabula los datos y calcula la cobertura de vacunación del área que se visitó. Con base en ese análisis aplica los criterios de decisión que se describen en la Imagen N°8. A continuación, se esquematizan los pasos para realizar el MRC y tomar decisiones con base en sus resultados.

IMAGEN N°1. EJEMPLO DEL USO DEL CROQUIS PARA DETERMINAR LAS LOCALIDADES Y ASIGNAR LOS MRC A REALIZAR POR CADA CENTRO DE SALUD

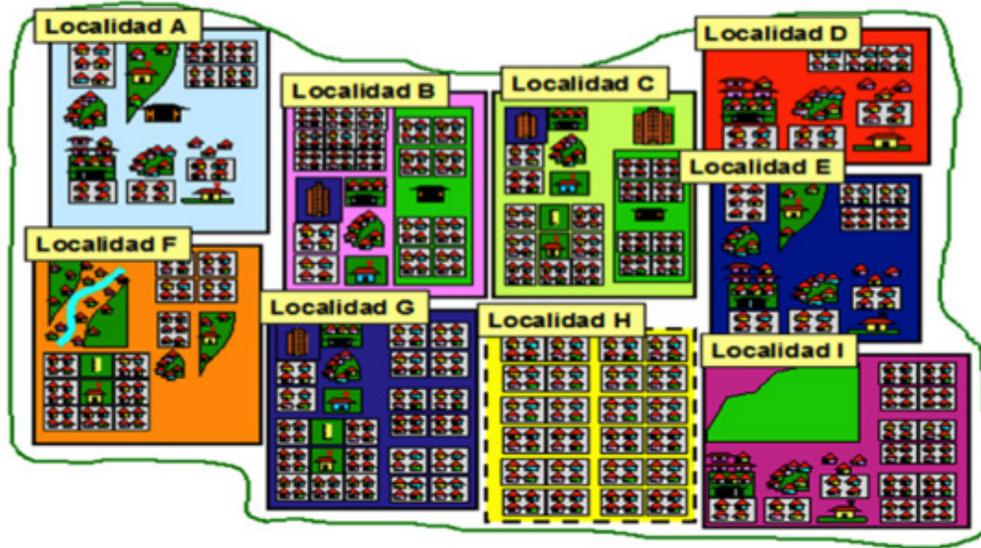


IMAGEN N°2. EJEMPLO DE SELECCIÓN AL AZAR DE UNA MANZANA PARA REALIZAR MRC EN LA LOCALIDAD ADSCRITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

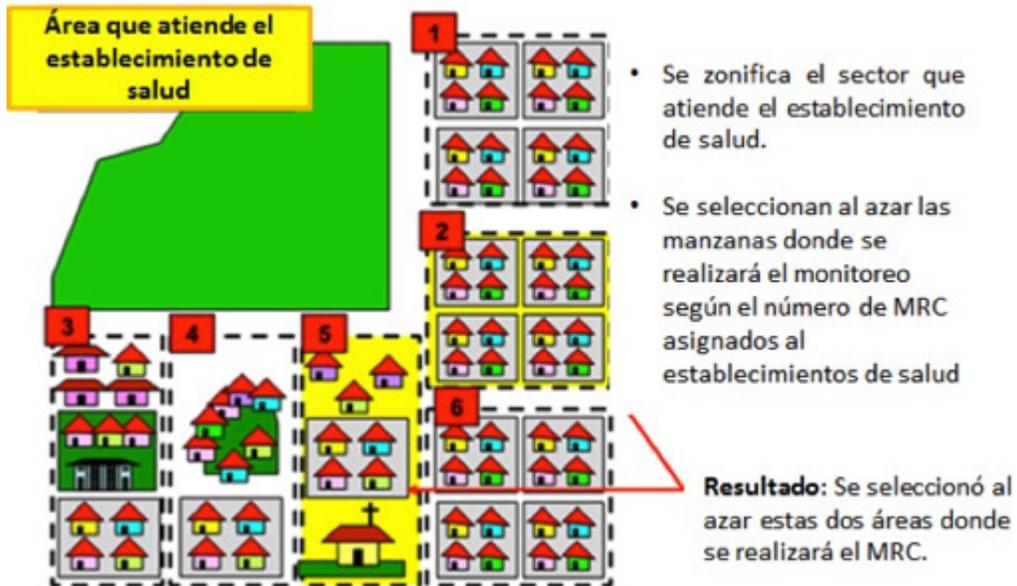
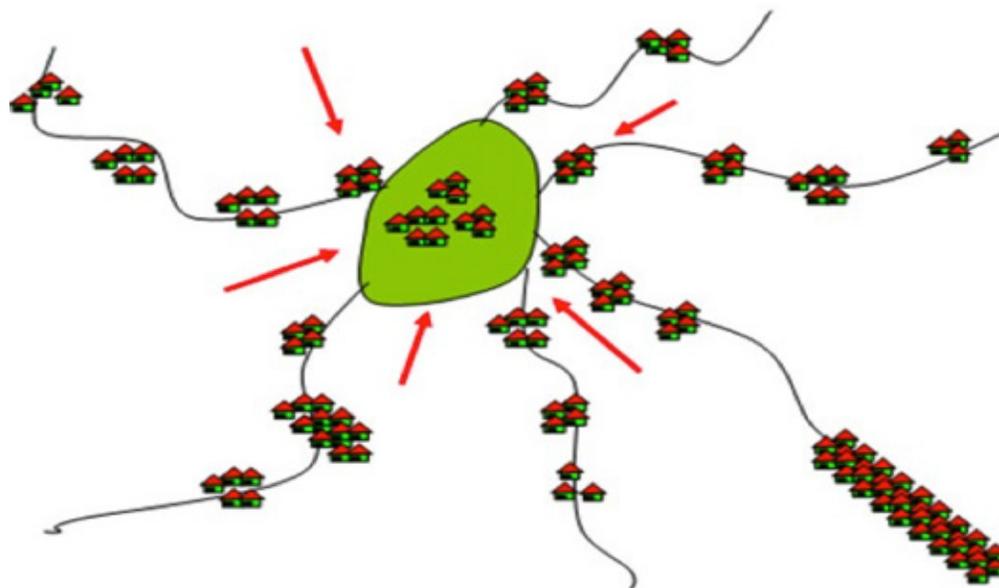
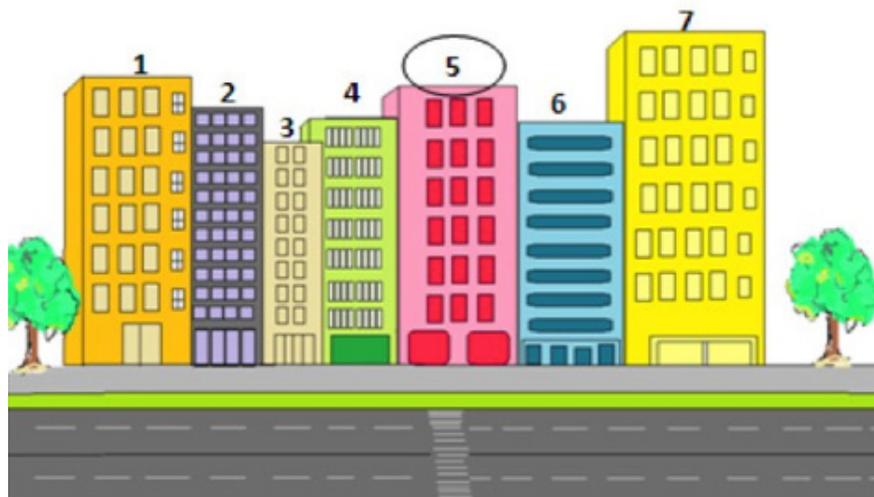


IMAGEN N°3. UBICACIÓN DE LAS CASAS EN COMUNIDADES RURALES PARA REALIZAR EL MCR.

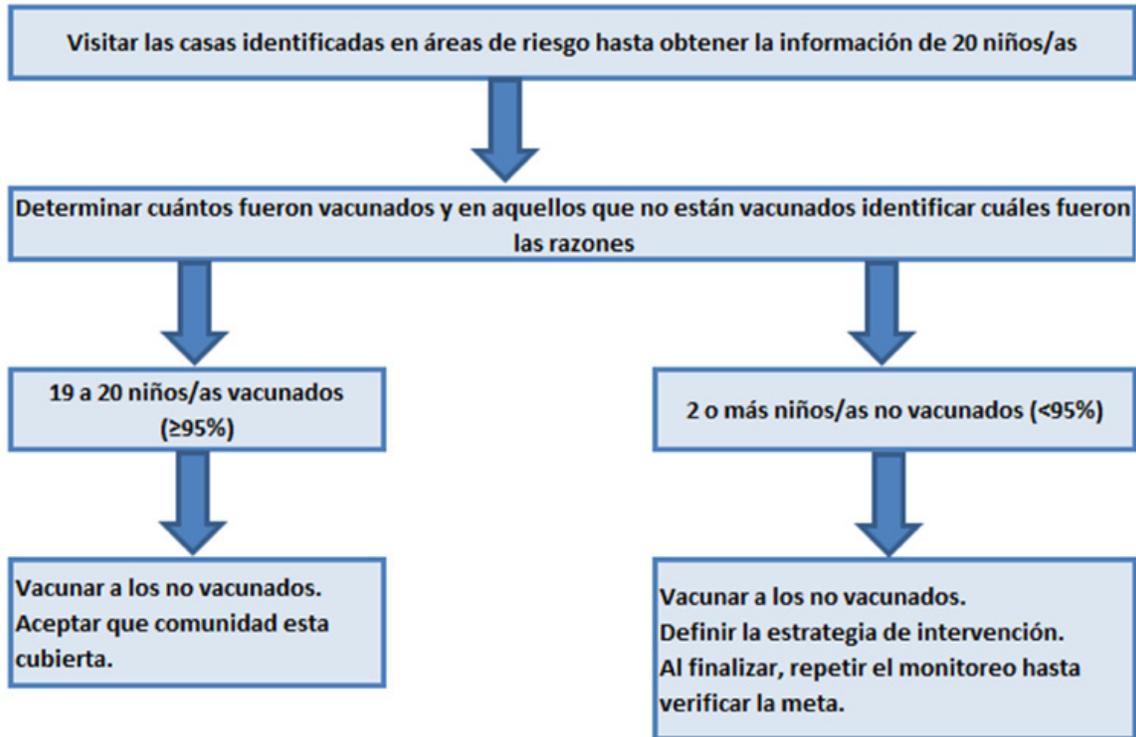


- Identifique el centro de la comunidad, las rutas más importantes de acceso para captar a la población y los grupos prioritarios según etnia, religión, otros.
- Inicie los monitoreos en el centro de la comunidad desplazándose por las diversas rutas hasta completar el número de personas asignadas a cada MRC.

IMAGEN N°4. SELECCIÓN DE EDIFICIOS Y ÁREAS RESIDENCIALES PARA REALIZAR EL MRC



- Enumere los edificios y seleccione al azar uno de ellos.
- Una vez seleccionado el edificio, enumere los pisos del edificio y escoja al azar un piso.
- Al llegar al piso seleccionado, enumere todos los departamentos.
- Escoja al azar el primer departamento a visitar y continúe con los departamentos siguientes hasta completar el número 20 de niños/as.
- Si no se encuentran en el mismo piso, pasa al piso siguiente hasta completar los 20 niñas/as que se requiere entrevistar.

IMAGEN N°5. CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN CON BASE A LOS RESULTADOS MRC EN LA LOCALIDAD

Anexo 8.**REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL LACTANTE O NIÑA (O)**

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
 RUN _____ padre/madre o tutor de la menor _____ con domi-
 cilio _____, correspondiente al
 territorio a cargo del Centro de Salud _____,
 por propia voluntad rechazo la/s vacunas:

Vacunas que protegen contra (Marque con una X)		Indique la dosis
<input type="checkbox"/>	Influenza	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	
<input type="checkbox"/>	Meningococo	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	
<input type="checkbox"/>	SRP	
<input type="checkbox"/>	Neumococo	
<input type="checkbox"/>	Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al inmunizarlo/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente). He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas que sean sus contactos y aseguro haber sido informado/a de que las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N°725 del Código Sanitario, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi persona y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico.

Padre/Madre o Tutor
 RUN y firma

Funcionario de Salud
 RUN y firma

