



MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIVISIÓN JURÍDICA

FGSE / MCO / MMP / PCC / MPBA / YVB / MOP



**APRUEBA LINEAMIENTOS TÉCNICO-
OPERATIVOS VACUNACIÓN
ANTIINFLUENZA 2023**

EXENTA N° 308

SANTIAGO, 10 MAR 2023

VISTO: estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el D.F.L. N° 725, de 1967, Código Sanitario; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de dicha Secretaría de Estado; en el decreto exento N° 50 de 2021, del Ministerio de Salud, que Dispone Vacunación Obligatoria contra Enfermedades Inmunoprevenibles de la Población del País; en la Resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1.- Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

2.- Que, asimismo, a esta Secretaría de Estado le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, en consecuencia, entre sus funciones está la de efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. En el ejercicio de esta función, deberá mantener un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, investigar los brotes de enfermedades y coordinar la aplicación de medidas de control.

3.- Que, el artículo 32, inciso 2°, del Código Sanitario dispone que el Presidente de la República, a propuesta del Ministro de Salud, podrá declarar obligatoria la vacunación de la población contra las enfermedades transmisibles para las cuales existan procedimientos eficaces de inmunización.

4.- Que, en razón de lo anterior, esta Secretaría de Estado dictó el decreto exento N° 50, de 2021, que Dispone la Vacunación Obligatoria contra Enfermedades Inmunoprevenibles de la Población del País, entre las cuales se encuentra la Influenza.

5.- Que, la Influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por el virus Influenza perteneciente a la familia *Orthomixoviridae*. Esta enfermedad es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias, lo que se traduce en un aumento de la demanda en la atención ambulatoria y hospitalaria, así como en el número de fallecimientos que ocasiona, especialmente, en los grupos de riesgo, tales como: la población infantil, adultos mayores, personas con patologías crónicas y mujeres embarazadas.

6.- Que, en el marco de una estrategia epidemiológica anual, todos los años el Ministerio de Salud determina los grupos de población objetivo que se encuentran obligados a la inmunización contra esta enfermedad. Así, mediante decreto exento del mes de marzo de 2023, esta Secretaría de Estado determinó la vacunación obligatoria contra la Influenza señalando los grupos objetivos sujetos a dicha disposición.

7.- Que, a raíz de lo anterior, el Departamento de Inmunizaciones, de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, elaboró el instrumento denominado: "Lineamientos Técnico-Operativos Vacunación Antiinfluenza 2023", que contiene indicaciones relativas, entre otras materias, a la vacunación segura, a la Vigilancia de ESAVI y EPRO, a la manipulación, almacenamiento, distribución y administración de la vacuna, al manejo de reacciones post vacunación, así como asignación de responsabilidades en el Nivel Central (Ministerio de Salud), en el nivel regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud) y en el nivel ejecutor (establecimientos de salud y APS).

8.- Que, mediante Memorando B27 / N° 166, de 8 de febrero de 2023, el Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades, solicita la aprobación del documento singularizado en el considerando anterior.

9.- Que, en mérito de lo anterior y en uso de las facultades que confiere la ley, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUÉBASE** el instrumento denominado "Lineamientos Técnico-Operativos Vacunación Antiinfluenza 2023".

2.- Los "Lineamientos Técnico-Operativos Vacunación Antiinfluenza 2023" consta en un documento de 86 páginas, incluidos los siguientes Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución:

- _ Anexo N° 1: "Población Objetivo".
- _ Anexo N° 2: "Guía para la micro-planificación de la campaña de vacunación".
- _ Anexo N° 3: "Formulario Registro Nacional de Inmunizaciones".
- _ Anexo N° 4: "Pauta de supervisión puntos de vacunación".
- _ Anexo N° 5: "Configuración calificada CIP Minsal".
- _ Anexo N° 6: "Plan comunicacional regional estrategia de vacunación".
- _ Anexo N° 7: "Guía monitoreo rápido de coberturas".
- _ Anexo N° 8: "Registro de respaldo a rechazo de vacunación".

3.- El original del documento que se aprueba por el presente acto administrativo, debidamente visado por el Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades, se mantendrá en el Departamento de Inmunizaciones de este Ministerio.

4.- Publíquese la presente resolución y el instrumento que se aprueba mediante ella en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl, correspondiéndole a la División de Prevención y Control de Enfermedades la responsabilidad de dicha publicación, debiendo velar por su estricta concordancia con el texto original aprobado.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DRA. XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN

- Gabinete Ministra de Salud
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- División Jurídica
- Depto. de Inmunizaciones (DIPRECE)
- SEREMIs de Salud del país
- Servicios de Salud del país
- Oficina de Partes

LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS **VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA**

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

2023



Responsables

Dr. Fernando González Escalona

Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. María Paz Bertoglia Arredondo

Jefe Departamento Inmunizaciones

División de Prevención y Control de Enfermedades

Autores

Marcela Avendaño Vigueras	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Rosa Solar Sánchez	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Marcela Rivas Iglesias	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Leslie Soto Sandoval	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Juan Rodríguez Santana	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Christián Saavedra Gajardo	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Siusee Lee Palominos	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Danae Garabito Rosales	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
M^a Ignacia Castellano Yáñez	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Paulina Muñoz Cortes	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Gonzalo Bustos López	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Wladimir Casanova Mansilla	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Ester Vilches Espinace	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Camila Rojas González	- Químico Farmacéutico, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Carolina De Pablo Manríquez	- Químico Farmacéutico, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Iván Brstilo Cerda	- Ing. Civil Matemático, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Tamara Astudillo Concha	- Ing. Civil Industrial, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Editor documental

Christián Saavedra Gajardo	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
-----------------------------------	---

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	4
II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	5
a) Generalidades	5
b) Situación Epidemiológica Mundial	8
c) Situación Epidemiológica en Chile	9
d) Situación actual de influenza aviar en Chile y América	12
III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2023	13
IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA	16
V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	19
VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN	23
VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN	25
a) Vigilancia de ESAVI	27
b) Vigilancia de EPRO	30
c) Vía de administración y sitio de punción	33
d) Manejo de reacciones post vacunación	37
VIII. CADENA DE FRÍO	43
IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN	47
X. COMUNICACIÓN SOCIAL	51
XI. CAPACITACIÓN	53
XII. SUPERVISIÓN	54
XIII. FISCALIZACIÓN	55
XIV. ABASTECIMIENTO	56
XV. CONTROL DE STOCK	59
XVI. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURA	60
XVII. ANEXOS	62
ANEXO N°1. POBLACIÓN OBJETIVO	63
ANEXO N°2. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	64
ANEXO N°3. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES	67
ANEXO N°4. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	68
ANEXO N°5. CONFIGURACIÓN CALIFICADA CIP MINSAL	70
ANEXO N°6. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	76
ANEXO N°7. GUÍA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS	77
ANEXO N°8. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	84

I. ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
CAE	Centro Atención Especialidades
CIP	Contenedor Isotérmico Pasivo
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DT	Director Técnico
DVI	Depósito de Vacunas e Inmunoglobulinas
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPRO	Errores Programáticos
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FFAA	Fuerzas Armadas
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
ISP	Instituto de Salud Pública
JUNJI	Junta Nacional Jardines Infantiles
MINSAL	Ministerio de Salud
MRC	Monitoreo Rápido de Cobertura
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PM	Personas Mayores
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
POE	Procedimiento Operativo Estandarizado
RCE	Registro Clínico Electrónico
REAS	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
RNI	Registro Nacional Inmunizaciones
SDFV	Subdepartamento de Fármaco Vigilancia
SE	Semana Epidemiológica
SEC	Superintendencia de Electricidad y Combustibles
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
UR	Unidades Refrigerantes

II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El objetivo del presente documento, es establecer protocolos técnicos y operativos para el desarrollo de la campaña de vacunación contra influenza 2023 en la población definida como objetivo, fortaleciendo las acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

a. Generalidades

La influenza es un virus de ARN de cadena sencilla, de forma helicoidal, perteneciente a la familia Orthomyxoviridae.¹

Existen tres tipos de virus de influenza que afectan a los humanos: A, B y C. La influenza tipo A tiene subtipos determinados por los antígenos de superficie hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). Hay 18 subtipos H diferentes y 11 subtipos N diferentes. Se han detectado ocho subtipos H (H1, H2, H3, H5, H6, H7, H9, H10) y seis subtipos N (N1, N2, N6, N7, N8 y N9) en humanos, y es el único tipo de virus de influenza que se conoce que puede causar pandemias de influenza. Los subtipos actuales de virus de la influenza A que circulan habitualmente entre las personas incluyen A(H1N1) y A(H3N2).^{1,2}

Los virus de influenza A(H1N1) que circulan actualmente están relacionados con el virus pandémico H1N1 2009 y que causaron una pandemia de influenza. Estos virus, denominados científicamente “virus A(H1N1)pdm09”, han continuado circulando estacionalmente desde entonces y han sufrido cambios genéticos y cambios en sus propiedades antigénicas.

La influenza tipo B afecta más comúnmente a los niños y se clasifica en dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria. La proporción de virus de influenza B de cada linaje que circula puede variar según la ubicación geográfica y la temporada. En los últimos años, los virus de la gripe B/Yamagata han circulado con mucha menos frecuencia en comparación con los virus de la gripe B/Victoria en todo el mundo.

La influenza C rara vez se informa como una causa de enfermedad humana, probablemente porque la mayoría de los casos son subclínicos. La influenza C no se ha asociado con enfermedad epidémica.

Nomenclatura de los virus de influenza

De manera internacional, se acepta la siguiente nomenclatura para los virus de influenza. Esta convención fue aceptada por la OMS en 1979 y publicada en febrero de 1980 en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Contiene los siguientes componentes²:

- a) El tipo antigénico o de virus (p. ej., A, B, C, D)
- b) El huésped de origen (p. ej., cerdos, equinos, pollos, etc.). Para los virus de origen humano, no se da ninguna designación de origen del huésped.
- c) Origen geográfico (p. ej., california, sydney, etc.)
- d) Número de cepa
- e) Año de recolección

1 Centers for Disease Control and Prevention. The Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (Influenza) [Internet]. 18 agosto 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/flu.html>

2 Centers for Disease Control and Prevention. Influenza: Types of Influenza Viruses [Internet]. 02 diciembre 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>

Para los virus de influenza A, la descripción del antígeno de hemaglutinina y neuraminidasa se proporciona entre paréntesis (p. ej., virus de influenza A(H1N1), virus de influenza A(H5N1))

Al virus de la pandemia de 2009 se le asignó un nombre distinto: A(H1N1)pdm09 para distinguirlo de los virus de la influenza estacional A(H1N1) que circulaban antes de la pandemia.

Cuando los humanos se infectan con virus de la influenza que normalmente circulan en los cerdos, estos virus se denominan variantes de virus y se designan con la letra "v" (p. ej., un virus A(H3N2)v).

FIGURA N°1: NOMENCLATURA VIRUS INFLUENZA



Características clínicas:

El período de incubación de la influenza suele ser de 2 días, pero puede variar de 1 a 4 días. La enfermedad de la influenza puede ser asintomática hasta una infección grave. Los síntomas respiratorios incluyen tos, dolor de garganta y secreción o congestión nasal. Los síntomas sistémicos generalmente corresponden a fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, malestar general y mialgia. También pueden ocurrir vómitos y diarrea, especialmente en niños. La recuperación es rápida; la fiebre generalmente se resuelve dentro de 3 a 4 días y otros síntomas dentro de aproximadamente 7 días. Algunos pacientes pueden tener astenia persistente durante varias semanas.¹

Las complicaciones más comunes de la influenza incluyen neumonía bacteriana secundaria, exacerbaciones de afecciones respiratorias subyacentes, otitis media, laringotraqueobronquitis y bronquitis. Otras complicaciones pueden incluir neumonía primaria, encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa, miocarditis, pericarditis, síndrome de Guillain-Barré y síndrome de Reye. El síndrome de Reye es una complicación que ocurre casi exclusivamente en niños que toman aspirina, principalmente en asociación con el virus de la influenza B (o virus de la varicela zoster), y se presenta con vómitos intensos y confusión, que pueden progresar al coma debido a la inflamación del cerebro. La mayoría de las muertes a causa de la influenza generalmente ocurren entre personas de 65 años o más. Las personas con mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves relacionadas con la influenza incluyen personas de 65 años o más, personas con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas y niños, especialmente los menores de 2 años.¹

Transmisión:

La influenza se transmite principalmente de persona a persona a través de gotas grandes cargadas de virus (más de 5 micrones de diámetro) que se generan cuando las personas infectadas tosen o estornudan. Estas gotitas grandes pueden adherirse en las superficies mucosas de las vías respiratorias superiores de las personas susceptibles que se encuentran a menos de 1 metro de distancia de las personas infectadas. La transmisión por aerosol de pequeñas gotas también puede transmitir la influenza. La transmisión puede ocurrir a través del contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias, como cuando se tocan superficies contaminadas con el virus de la influenza y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca.¹

Vacunas contra influenza:

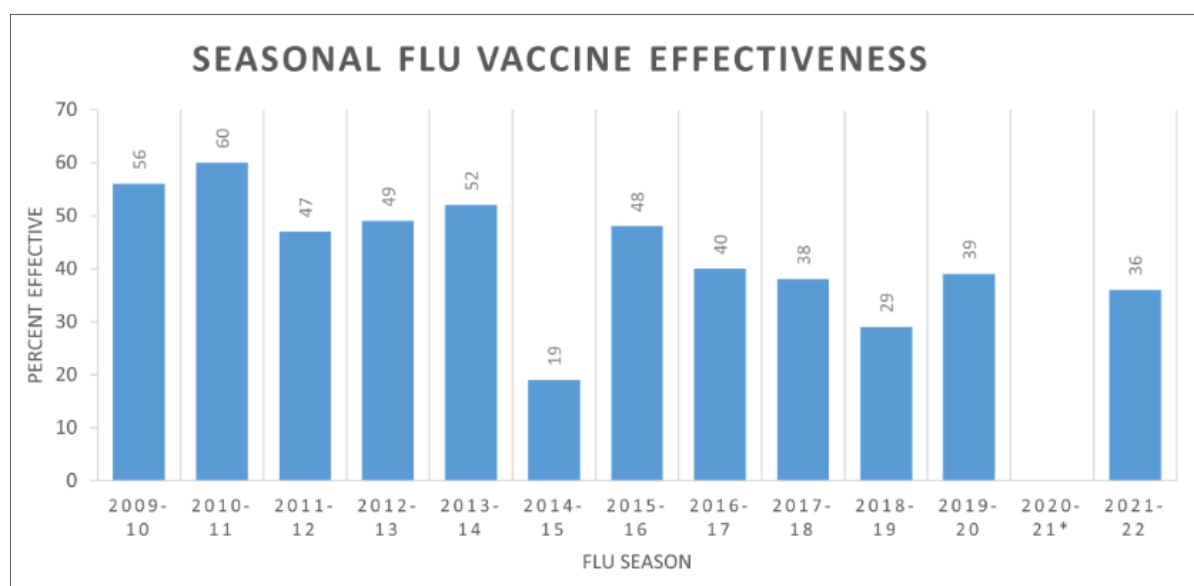
La forma más eficaz de prevenir la enfermedad es la vacunación. Existen vacunas seguras y eficaces, siendo las más utilizadas las que contienen virus inactivados. La composición de la vacuna se revisa y actualiza cada año ya que el virus de la influenza cambia constantemente, por lo que es una vacunación anual con una composición diferente para cada hemisferio.¹

La duración de la inmunidad después de la vacunación contra la influenza es de menos de un año debido a la disminución de anticuerpos inducida por la vacuna. La eficacia de la vacuna contra la influenza depende de muchos factores, incluida la similitud de las cepas de la vacuna con las cepas circulantes, la edad y el estado de salud del usuario y el tipo de vacuna administrada. La vacunación es eficaz para reducir el riesgo de enfermedad por influenza entre un 40 % y un 60 % en la población general cuando las cepas vacunales y los virus circulantes son similares. Sin embargo, la vacuna puede ser menos efectiva para prevenir enfermedades entre personas de 65 años o más.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, realizan cada año estudios para determinar la protección de la vacuna contra la influenza. Si bien la efectividad puede variar cada año, en el periodo 2021-2022 la vacunación contra influenza redujo el riesgo de la enfermedad en un 36%. Las actuales vacunas contra la influenza tienden a funcionar mejor contra los virus de influenza B y la influenza A (H1N1) y ofrecen una menor protección contra los virus de la influenza A (H3N2). Según la figura 2, el periodo con una menor efectividad fue en 2014-2015, debido a que los virus de influenza A (H3N2) en circulación variaron significativamente después de la selección de cepas para las vacunas de 2014-2015, lo que contribuyó a una menor eficacia de la vacuna del 19% durante esa temporada.^{1,3}

Los estudios han demostrado que la vacunación disminuye la enfermedad por influenza, visitas médicas, admisiones y días cama en UCI y en el hospital.

FIGURA N°2: EFECTIVIDAD DE LA VACUNA CONTRA INFLUENZA.



Fuente: Centros para el Control y Prevención de enfermedades (CDC).

3 Centers for Disease Control and Prevention. Influenza: CDC Seasonal Flu Vaccine Effectiveness Studies [Internet]. 22 diciembre 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectiveness-studies.htm>

Recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación anual en⁴:

- Embarazadas en cualquier fase de la gestación.
- Niños de 6 meses a 5 años.
- Mayores de 65 años.
- Pacientes de todas las edades con enfermedades crónicas.
- Profesionales de salud.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la composición viral de las vacunas contra la influenza para la temporada del hemisferio sur y del hemisferio norte. La recomendación se basa en el asesoramiento de un grupo de expertos de los Centros Colaboradores de la OMS y los Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS que analizan los datos de vigilancia del virus generado por el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza de la OMS (o GISRS). La vigilancia durante todo el año está a cargo de GISRS, una red global de más de 150 laboratorios en 127 países, áreas o territorios establecida en 1952.⁵

La vacuna contra la influenza está disponible como vacuna inactivada trivalente o tetravalente; la vacuna trivalente, que se utiliza en la campaña de vacunación, contiene tres cepas de influenza, generalmente se utilizan 2 cepas de influenza tipo A y una cepa de influenza tipo B.

La OMS recomienda que las vacunas trivalentes para uso en la temporada de influenza del año 2023 del hemisferio Sur contengan las siguientes cepas⁵:

- Un virus similar a **A/Sydney/5/2021 (H1N1)pdm09**;
- Un virus similar a **A/Darwin/9/2021 (H3N2)**; y
- Un virus similar a **B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria)**.

b. Situación Epidemiológica en la Región de las Américas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la influenza tiene una tasa de ataque anual a nivel mundial de un 5% a 10% en adultos, y del 20% a 30% en niños, y se asocia con una carga económica considerable debido a los costos de atención médica y a los días de trabajo o educación perdidos. Una de las complicaciones frecuentes por Influenza es la neumonía bacteriana secundaria, que se da especialmente en personas de edad avanzada y en personas con ciertas enfermedades crónicas, provocando un nivel significativo de morbilidad y mortalidad.⁶

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa la situación epidemiológica de influenza a la Semana Epidemiológica (SE) 51 del año 2022, según datos proporcionados por los Ministerios de Salud y los Centros Nacionales de Influenza de los Estados Miembros o de las actualizaciones en las páginas web del Ministerio de Salud de los Estados Miembros⁷:

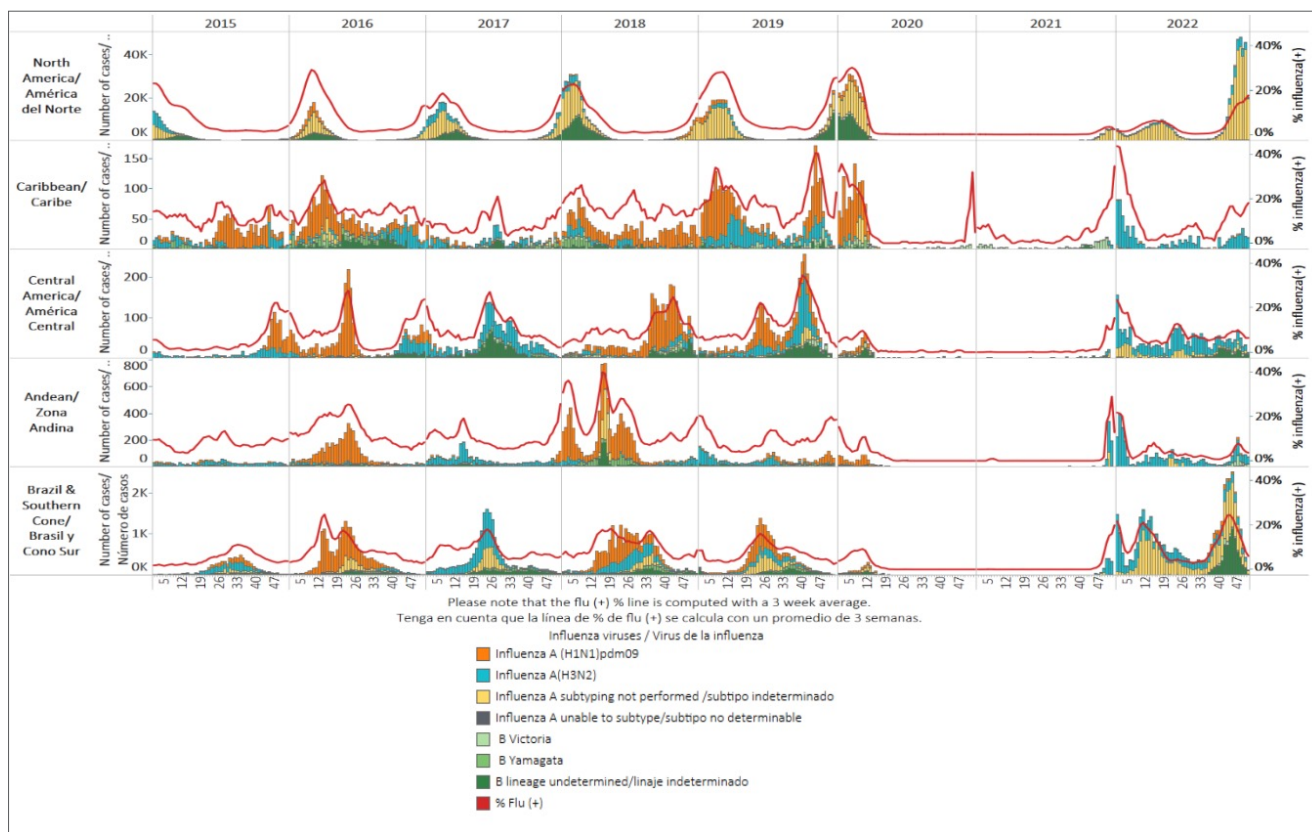
4 World Health Organization. Seasonal Influenza Vaccines: An overview for decision-makers. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336951/9789240010154-eng.pdf>

5 World Health Organization. New recommendations for the composition of influenza vaccines in 2023 for the southern hemisphere [Internet]. 23 septiembre 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/23-09-2022-new-recommendations-for-the-composition-of-influenza-vaccines-in-2023-for-the-southern-hemisphere>

6 World Health Organization. Influenza [Internet]. (Acceso el 11 enero 2023). Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/influenza>

7 Organización Panamericana de la Salud. Reporte Semanal de Influenza, Semanas Epidemiológicas 50-51 (29 de diciembre de 2022) [Internet]. 10 enero 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/reportes-semanal-influenza-semanas-epidemiologicas-50-51-29-diciembre-2022>

XFIGURA N°3: CIRCULACIÓN VIRUS INFLUENZA POR SUBREGIÓN, 2015-2022.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

Según se observa en la figura 3, debido a la pandemia por SARS-CoV-2 durante el 2020 y 2021, disminuyeron considerablemente los casos por influenza por el uso de mascarilla y las restricciones como las cuarentenas y los aforos en lugares cerrados. En 2022, se observó que en América del Norte aumentaron los casos por Influenza considerablemente en comparación con los años anteriores, siendo los subtipos de influenza A(H3N2) en su mayoría. En Estados Unidos, La duración y la gravedad de la temporada de influenza 2021-2022 fue diferente de la mayoría de las temporadas previas a la pandemia de COVID-19. Aunque fue relativamente leve, hubo más actividad durante la temporada de influenza 2021-2022 que durante la temporada de influenza 2020-2021, y la actividad se mantuvo elevada a fines de la primavera como en ninguna otra temporada de influenza registrada.⁸ Respecto a América del Sur (en específico la región determinada Brasil y cono Sur), en 2022 la mayoría de los casos fue con influenza A (H1N1) y A (H3N2), con menos casos del virus tipo B.

c. Situación Epidemiológica en Chile

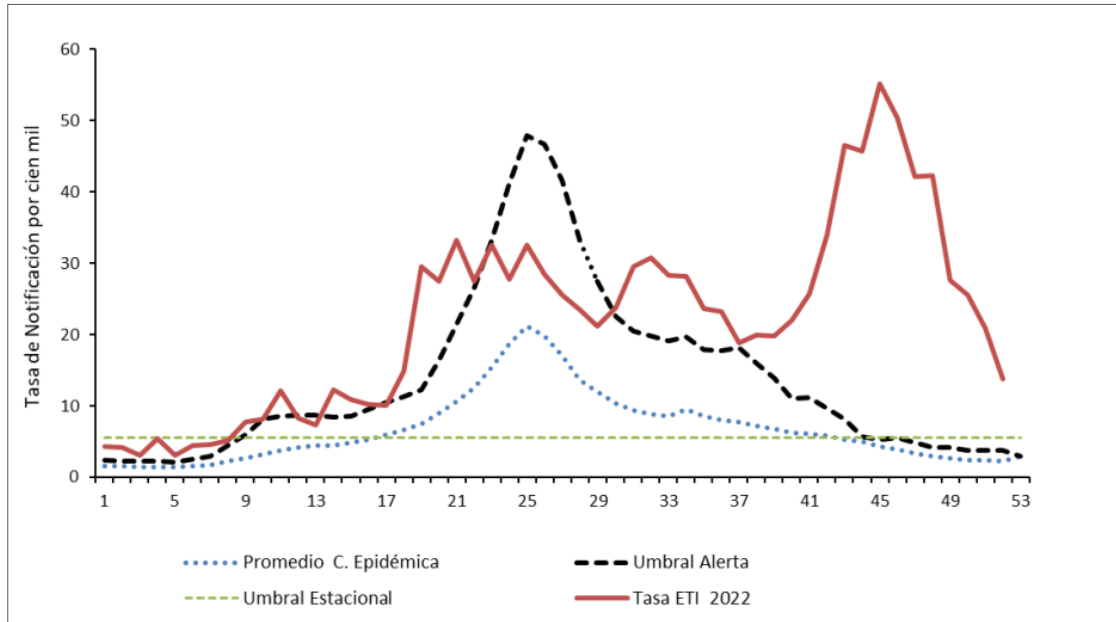
La tasa de notificación de vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI) en la Atención Primaria en Salud (APS) en la semana epidemiológica (SE) 52 de 2022 se observó sobre el umbral de alerta epidémico, con un valor de 13,8 casos notificados por cada 100.000 habitantes. Las regiones con mayor tasa de notificación fueron Magallanes, O'Higgins y Aysén.⁹

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Resumen de la temporada de influenza 2021-2022 [Internet]. 12 diciembre 2023. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/season/faq-flu-season-2021-2022.htm>

⁹ Departamento de epidemiología-Ministerio de Salud. Informe epidemiológico N°52: Vigilancia centinela IRAG en contexto de SARS-CoV-2 (COVID-2019). 05 de enero 2023. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/EPIDEMIOLOGICO-No52-VIGILANCIA-CENTINELA-IRAG-EN-CONTEXTO-DE-SARS-05.01.2023.pdf>

En la SE 52 la positividad global de virus respiratorios fue del 84,8% y se presentaron casos en vigilancia de infección respiratoria aguda grave (IRAG) asociados a Rinovirus con una positividad de 30,3%, VRS y Metapneumovirus con 21,2% cada uno, SARS-CoV-2 con 20,5%, Adenovirus con 12,1%, Parainfluenza con 9,1% e Influenza A y Coronavirus con 3,0%. La positividad global de virus respiratorios en la SE 52 en ETI fue de 45,2%, mientras que la positividad de influenza fue de 13,7%.⁹

FIGURA N°4: NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. CHILE, SE 52 DE 2022 (COMPARADO CON 2017-2021).



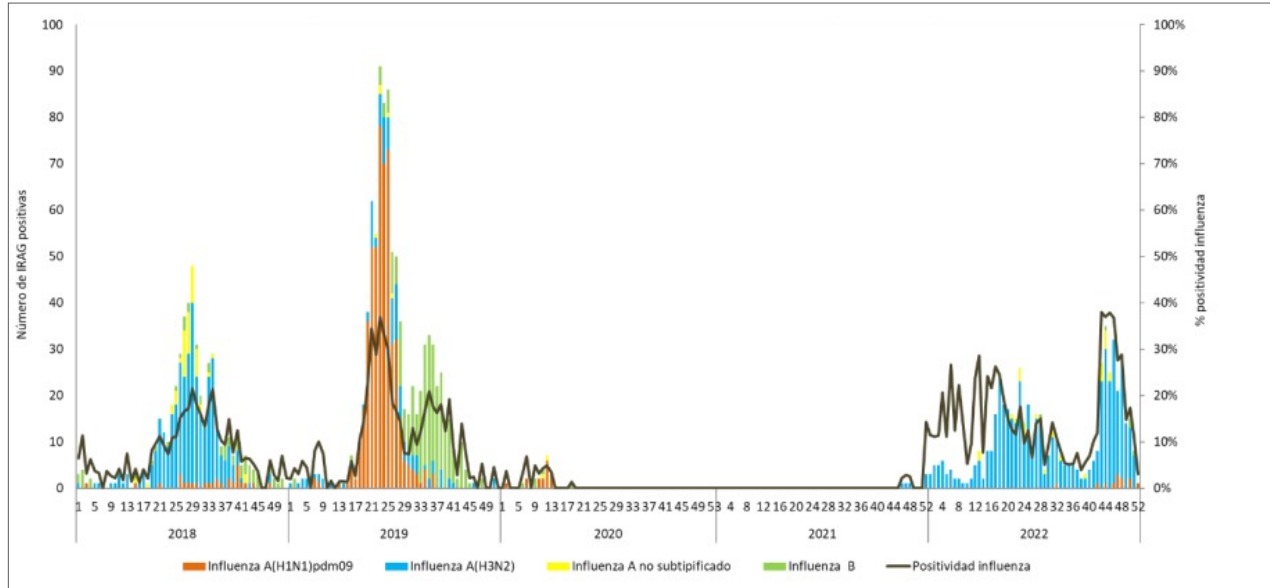
Se observa en la figura 4, que la tasa ETI aumentó en las últimas semanas epidemiológicas en relación al resto del año 2022, superando el umbral alerta, el estacional y el promedio de la curva epidémica que comprende el periodo del 2017 al 2021.

Hasta la semana epidemiológica 52 del 2022, se han registrado un total acumulado de 9.457 IRAG en los centinelas del país. Del total de estos casos, un 96% posee una muestra para análisis virológico con una positividad global acumulada del 86,5% para virus respiratorios. Se han registrados casos IRAG asociados a todos los virus respiratorios en vigilancia y la positividad acumulada a SARSCoV-2 del 22,8%. Se observa además que el grupo etario predominante de casos IRAG es el de 60 y más años (43%), seguido por el de 0 a 2 años (22%) y el de 52 a 59 años (11%).

Respecto a influenza, del total de casos IRAG asociados a influenza A(H3N2) reportados hasta la SE 52, muestra que la tendencia en cuanto a grupo de edad se observa en los mayores de 60 años (44%), seguidos por el grupo etario de 5 a 19 años (14%) y de menor a 2 años (13%). La positividad acumulada de influenza dentro del total de virus analizados es del 15,5% (ver figura 5).

Durante el 2022, los casos de influenza en su mayoría fueron por el virus tipo A (H3N2) e influenza A no subtipificado, a diferencia del 2019 donde la mayoría de los casos fueron principalmente por el tipo B. En 2020 y 2021, se observan menos casos debido al uso de mascarillas, las cuarentenas y los aforos en lugares cerrados y/o abiertos.

FIGURA N°5: CASOS DE IRAG ASOCIADOS A INFLUENZA Y SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN HOSPITALES CENTINELAS IRAG. CHILE, AÑOS 2018-2022 (SE52).



Fuente: Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.

Respecto a los indicadores de gravedad de casos IRAG (ver tabla 1), la letalidad asociada a influenza fue de un 6% del total de los ingresos hospitalarios y casos en UCI de 21%. Los mayores casos de gravedad se dieron en el grupo de mayores de 60 años.

TABLA N°1: INDICADORES DE GRAVEDAD INTRAHOSPITALARIA DE CASOS DE LA VIGILANCIA CENTINELA IRAG SEGÚN AGENTES VIRALES INVOLUCRADOS. CHILE, SE 52, 2022.

2022(SE 1-52)	INFLUENZA				OTROS AGENTES VIRALES		% SARS-CoV-2	% Influenza
	IA (H1N1) pdm09	IA H3N2	IB	IA sin subtipificación	VRS	SARS-Cov-2		
IRAG	12	515	6	27	892	1.720	-	-
IRAG en UCI			118		268	442	26%	21%
Letalidad			36		15	381	22%	6%
F. riesgo			412		-	442	26%	74%
> 60 años			245		-	1.200	70%	44%
40-59 años			66		-	224	13%	12%
20-39 años			61		-	76	4%	11%
5-19 años			79		-	45	3%	14%
2-<5 años			39		-	38	2%	7%
0-<2 años			70		-	137	8%	13%

Fuente: Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.

d. Situación actual de influenza aviar en Chile y América

La influenza aviar es una enfermedad infecciosa que principalmente afecta a las aves y que, según su subtipo, se clasifica como baja patogenicidad o alta patogenicidad (IAAP). El virus de la influenza aviar de baja patogenicidad puede causar una enfermedad leve, que puede pasar desapercibida o sin la presencia de síntomas. El virus de la influenza aviar altamente patógeno, principalmente por los subtipos (H5 y H7) del tipo A, causa una enfermedad grave en las aves que puede propagarse rápidamente, produciendo altas tasas de mortalidad en diferentes especies de aves.¹⁰

La mayoría de los virus influenza que circulan en aves no son zoonóticos, pero algunas de las cepas de la influenza aviar altamente patógena tienen la capacidad de infectar a los seres humanos, representando una amenaza para la salud pública.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la IAAP continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en aves silvestres, principalmente en las Regiones de Europa y América. Actualmente, el subtipo A(H5N1) es el predominante y por primera vez se ha registrado una persistencia inusual del virus en aves silvestres en los meses de verano.¹¹

Cuando existe circulación de virus de la influenza aviar entre las aves de corral, existe el riesgo de aparición esporádica de casos humanos debido a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Desde 2003 hasta el 11 de noviembre de 2022, se notificaron un total de 868 casos humanos de infección por influenza A(H5N1) y 457 muertes en todo el mundo en 21 países.

En los últimos meses, el virus fue avanzando a medida que las aves migratorias se mueven hacia el sur. En Sudamérica, Colombia fue el primer país que detectó la presencia del virus, seguido de Ecuador, Venezuela y Perú. Hasta la semana epidemiológica (SE) 1 de 2023, las autoridades de agricultura de Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos de América, Honduras, México, Panamá, Perú y República Bolivariana de Venezuela han detectado brotes por virus IAAP A(H5N1) en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres. A la fecha, se han registrado dos infecciones humanas causadas por influenza aviar A (H5), la primera en los Estados Unidos de América en la cual se identificó el subtipo A(H5N1) y fue notificada el 29 de abril de 2022 y la segunda en Ecuador, la cual fue notificada el 9 de enero de 2023.

El Servicio Agrícola y Ganadero (SAG) de Chile declaró emergencia zoonosaria el pasado 9 de diciembre. Se han confirmado casos positivos en aves silvestres acuáticas (pelícanos) en las regiones de Arica y Parinacota, Iquique, Antofagasta, recientemente en la costa de Tunquén en Valparaíso y en el área urbana de Pichilemu, región de O'Higgins. En todos los casos se ha identificado el subtipo A(H5N1). Hasta el momento, no se ha presentado afectación de aves de traspatio y de corral y no se han registrado casos en humanos de infección con influenza aviar A(H5N1) en relación con los focos identificados.^{11,12}

Es muy importante que las personas que puedan estar expuestas a aves enfermas se vacunen contra la influenza estacional. La vacunación contra la influenza estacional no previene la infección por los virus de la influenza aviar, pero puede reducir el riesgo de infección por los virus de la influenza humana y aviar al mismo tiempo¹³. Por esta razón, son parte de los grupos objetivos a vacunar en nuestro país, los trabajadores de avícolas y los criaderos de cerdos.

10 Organización Panamericana de la Salud. Influenza Aviar (Acceso 02 febrero 2023). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-aviar>

11 Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Brotes de Influenza Aviar y las implicaciones para la salud pública en la Región de las Américas - 11 de enero de 2023. 11 enero 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-implicaciones-para-salud-publica-0>

12 Servicio Agrícola y Ganadero. Resolución Exenta N°7192/2022: Declara emergencia zoonosaria y activa sistema nacional de emergencia del servicio agrícola y ganadero. 09 diciembre 2022. Disponible en: https://www.sag.gob.cl/sites/default/files/RESOLUCI%C3%93N%20EXENTA%20N%C2%BA%2071922022_Declara%20emergencia%20y%20activa%20comit%C3%A9.pdf

13 Centers for Disease Control and Prevention. Prevención y tratamiento con antivirales de infecciones por el virus de la influenza aviar en personas [Internet]. 12 diciembre 2023. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/avianflu/prevention.htm>

III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2023

Objetivos

1. Prevenir morbilidad grave y mortalidad, en subgrupos de la población, definidos por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones causadas o secundarias a infección por el virus Influenza.
2. Preservar la integridad de los servicios asistenciales.

Población objetivo

Para el propósito de preservar la integridad de los servicios asistenciales, la población objetivo de la intervención estará compuesta por los siguientes grupos de personas:

1. Personal de salud:

- Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director del centro asistencial o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidades, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales públicos, sea en contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos; en servicios de apoyo clínico (laboratorios, bancos de sangre, radiología, alimentación, etc.); en unidades administrativas (archivos, asignación de horas, aseo, etc.) o de apoyo logístico.
- Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director médico del centro clínico o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidades, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales privados o institucionales que cuentan con unidades de atención de urgencias y/o servicios de hospitalización, y desarrollen tareas que involucran contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos, en servicios de apoyo clínico, laboratorios, bancos de sangre, radiología y alimentación.

Para el propósito de prevenir muertes y morbilidad grave causada o secundaria a infección por virus Influenza, la población objetivo de la vacunación estará compuesta por los siguientes grupos de personas:

2. Personas de 65 y más años.

3. Enfermos crónicos, entre los 11 y 64 años, portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:

- Enfermedad pulmonar crónica (asma bronquial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC], fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier causa).
- Enfermedad neurológica (neuromusculares congénitas o adquiridas, que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias, epilepsia refractaria a tratamiento).
- Enfermedad renal crónica (insuficiencia renal en etapa 4 o mayor, diálisis).
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, hepatitis crónica, hepatopatías).
- Enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, enfermedades congénitas del metabolismo).
- Cardiopatías (congénitas, reumática, isquémica y miocardiopatías de cualquier causa).
- Hipertensos en tratamiento farmacológico.
- Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos y en adolescentes IMC $> +2$ DE).
- Enfermedades mentales graves (Esquizofrenia, Trastorno bipolar).
- Enfermedad autoinmune (lupus, esclerodermia, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, y otras).*
- Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.*
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas.*

*Para estas tres condiciones puede considerarse, retrasar la administración de la vacuna hasta la remisión o estabilización de la enfermedad de base, según evaluación médica de modo de lograr una mejor respuesta inmune. La postergación se basa en la necesidad de lograr mejor inmunogenicidad de la vacuna, no en problemas de seguridad. En situaciones epidemiológicas de riesgo debe administrarse la vacuna a estos pacientes según el esquema habitual.

4. **Embarazadas, en cualquier etapa del embarazo.**
5. **Niños y niñas desde los 6 meses y hasta 5° año básico** (independiente de la edad).
6. **Estrategia capullo para familiares de lactantes prematuros de <37 semanas de gestación.**
7. **Estrategia capullo para familiares de lactantes inmunosuprimidos** menores de 6 meses de edad.**
8. **Trabajadores de la educación preescolar y escolar hasta 5° año básico.**
9. **Cuidadores de adultos mayores y funcionarios de los ELEAM.**
10. **Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.**

Para el caso de estrategias capullo, podrán acceder a la vacunación los padres, madres y/o cuidadores que vivan bajo el mismo techo.

**** Personas inmunosuprimidas**

Se define como persona inmunosuprimida a las siguientes poblaciones:

1. Pacientes con trasplante de órgano sólido: corazón, pulmones, riñón, hígado, páncreas.
2. Pacientes con trasplante de precursores hematopoyéticos.
3. Pacientes con cáncer en tratamiento (radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal).
4. Pacientes en diálisis (hemo o peritoneo).
5. Pacientes con enfermedades autoinmunes que reciben, tratamientos biológicos(*), de pequeñas moléculas(**), corticoides(***) y otros como el metotrexato, Sulfasalazina, Micofenolato mofetilo, Azatioprina, Ciclofosfamida, Tracolimus, Ciclosporina.

(*) A continuación se señalan las terapias biológicas:

- | | |
|--|----------------------------------|
| -Infliximab (Remicade® y sus biosimilares) | -Risankizumab (Skyrizi®) |
| -Adalimumab (Humira® y sus biosimilares) | -Guselkumab (Trenfya®) |
| -Etarnecept (Enbrel® y sus biosimilares) | -Omalizumab (Xolair®) |
| -Secukinumab (Cosentyx®) | -Dipilimab (Dupixent®) |
| -Rituximab (Mabtheral® y sus biosimilares) | -Belimumab (Benlysta®) |
| -Tocilizumab (Actemra®) | -Ocrelizumab(Ocrevus®) |
| -Ustekinumab (Stelara®) | -Ofatumumab (Kesimta y otros) |
| -Certolizumab (Cimzia®) | -Alemtuzumab (Lemtrada®) |
| -Golimumab (Simponi®) | -Fingolimod |
| -Abatacept (Orencia®) | -Cladribina (levstatin® y otros) |

(**) Las siguientes se consideran terapias con pequeñas moléculas:

- Tofacitinib (Xeljans®)
- Baricitinib (Olumiant®)
- Upadacitinib (Rinvoq®)

(***) Aunque se desconoce con exactitud cuál es la dosis diaria y el período de administración que determina inmunosupresión, el grado de esta y su duración, en términos prácticos se ha definido que las dosis inmunosupresoras de prednisona o dosis equivalente para el resto de los corticosteroides es recibir un tratamiento diario con corticosteroides con una dosis ≥ 10 mg (o >2 mg/kg/día para pacientes que pesan <10 kg) de prednisona o equivalente durante ≥ 14 días.

El propósito de inmunizar a los trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo es evitar un cambio genético de la cepa influenza humana al interactuar directamente con las cepas de influenza de ambas especies.

Para el año 2023 se ha definido la población a vacunar dentro del grupo de "Otras Prioridades":

- Residentes y funcionarios de establecimientos de atención cerrada (SENAME, Servicio Mejor Niñez, ELEAM, establecimientos psiquiátricos, entre otros) y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
- Cuidadores y contactos intradomiciliarios de personas postradas.
- Personas en situación de calle.
- Gendarmería y población privada de libertad.
- Recolectores de basura.
- Personas residentes en zonas extremas (con autorización de PNI-SEREMI).
- Trabajadores/as sexuales.
- Transportistas: conductores del transporte público, buses, camiones, portuarios, personal en filiales Empresa de ferrocarriles del Estado (EFE) y Metro.
- Personas que desarrollan funciones en ONEMI, CONAF y Bomberos.
- Funcionarios públicos (Ministerios, Intendencias, Gobernaciones, Contraloría General de la República, Banco Central, Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, Gobiernos Regionales, Municipalidades).
- Funcionarios de Corporaciones Municipales.
- Ejército de Chile, Fuerza Aérea de Chile, Armada de Chile, Carabineros, PDI y Subsecretaría de Defensa, Subsecretaría para las Fuerzas Armadas y Estado Mayor Conjunto.
- Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas, Fuerza de Orden y Seguridad Pública (Ejército-Armada-Fuerza Aérea-Carabineros y PDI).
- Poblaciones definidas por las autoridades del Ministerio de Salud, según riesgo epidemiológico.

Cálculo de la población

Los grupos objetivos de niños de 6 meses a 5 años y personas de 65 años y más fueron estimados con base en proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La población escolar de 1º a 5º básico corresponde a la población objetivo matriculada, entregada por el Ministerio de Educación (MINEDUC).

Las poblaciones de enfermos crónicos desde los 11 a los 64 años, personal de salud público y privado, trabajadores avícolas y criaderos de cerdos y otras prioridades, fueron calculadas según el número de inmunizados registrados en RNI 2022.

La población de embarazadas fue calculada según promedio de nacidos vivos inscritos en Chile período 2016-2020 ajustado al periodo de la campaña, los nacimientos múltiples se consideran como un nacido vivo, entendiendo que corresponden a un solo parto, que se traduce a un embarazo.

La población objetivo Campaña Influenza 2023 se enviará a través de un Ordinario (ANEXO N°1, contiene cifras preliminares).

Meta

Para el año 2023, la meta de vacunación contra influenza es de 85% a nivel nacional y por grupo objetivo.

Duración de la campaña

La campaña se ejecutará desde el 15 de marzo al 17 de mayo del año 2023 y/o hasta que se cumpla la meta de vacunación del 85% a nivel nacional.


El lanzamiento comunicacional nacional y regional se realizará el primer día de la campaña, con actividades de promoción a través de los distintos medios de comunicación.

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA (folleto de información al profesional)

Durante la campaña de vacunación anti influenza 2023 estará disponible la vacuna del laboratorio Abbott "Influvac®".¹⁴

En la siguiente tabla se indica la cantidad de vacunas adquiridas:

TABLA N°2: COMPRA DE VACUNAS INFLUENZA 2023

VACUNA	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	ENVASE SECUNDARIO
Influvac® 2023	7.700.000	Laboratorio Abbott	Jeringa prellenada de 0,5 mL	 <p>10 jeringas prellenadas</p>

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

Esta vacuna cumple con la recomendación de la OMS para la formulación de la vacuna en el hemisferio sur temporada 2023.

A continuación, se mencionan las características generales de la vacuna:

TABLA N°3: PRESENTACIÓN MONODOSIS: "INFLUVAC®", LABORATORIO ABBOTT. COMPOSICIÓN EN 0,5 ML DE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE INACTIVADOS (HEMAGLUTININA Y NEUROAMINIDASA) DE LAS SIGUIENTES CEPAS*:

A/Sydney/5/2021 (H1N1) pdm09 cepa que deriva de (A/Sydney/5/2021, SAN-013)	15 mcg HA**
A/Darwin/9/2021 (H3N2) cepa que deriva de (A/Darwin/9/2021, SAN-010)	15 mcg HA**
B/Austria/1359417/2021 cepa que deriva de (B/ Austria/1359417/2021, BVR-26)	15 mcg HA**

* Propagados en huevos fertilizados de gallinas sanas.

** Hemaglutinina.

Excipientes

Cloruro de potasio, fosfato de potasio dihidrogenado, fosfato disódico dihidrato, cloruro de sodio, cloruro de calcio dihidrato, cloruro de magnesio hexahidrato y agua para inyectables.

Forma farmacéutica

Suspensión para inyección en jeringas prellenadas de dosis únicas.

¹⁴ Laboratorio Abbott. Folleto de información al profesional Influvac®: Vacuna anti-influenza suspensión inyectable, temporada 2023.

Presentación

El envase secundario contiene 10 jeringas prellenadas de 0,5 mL, de vacuna anti influenza 2023.

Apariencia

Suspensión clara e incolora. Si se observa alguna partícula extraña o coloración diferente a la indicada anteriormente, se debe dejar en cuarentena e informar al Programa Nacional de Inmunizaciones de la SEREMI de Salud correspondiente.

Posología

- Adultos: 0,5 mL
- Población pediátrica:
 - » Niños de menos de 6 meses: No se encuentra establecida la seguridad y eficacia de la vacunación en esta población.
 - » Niños desde 6 meses a 35 meses: 0,5 mL.*
 - » Niños de 36 meses y mayores: 0,5 mL.

***Nota:** En los niños de 6 a 35 meses se pueden utilizar dosis de 0,25mL o 0,5 mL. La dosis administrada debe estar de acuerdo con las recomendaciones nacionales vigentes, esto es dosis de 0,5 mL para el año 2023, en este grupo de edad.

Los niños que no tienen antecedentes de vacunación completa previa, requerirán una segunda dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas respecto a la primera dosis.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad inmediata a los componentes de la vacuna, entre los cuales se encuentran trazas de huevo (ovoalbúmina, proteínas del pollo), formaldehído, bromuro de cetiltrimetilamonio, polisorbato 80 o gentamicina, las cuales son utilizadas durante el proceso de manufactura.

Precauciones especiales

- Al igual que con todas las vacunas inyectables, debe estar disponible un tratamiento y supervisión médica apropiada en caso de reacciones anafilácticas luego de la administración de la vacuna.
- Influvac® 2023 no debe ser administrada vía intravascular bajo ninguna circunstancia.
- Las reacciones relacionadas con la ansiedad, incluyendo reacciones vasovagales (síncope), hiperventilación o reacciones relacionadas con el estrés pueden producirse después, o incluso antes, de cualquier vacunación como respuesta psicogénica a la inyección con aguja. Esto puede ir acompañado de varios signos neurológicos como trastornos visuales transitorios, parestesias y movimientos tónico-clónicos durante la recuperación.
- Pacientes con inmunosupresión congénita o iatrogénica pueden presentar una respuesta inmunológica disminuida.

Embarazo y Lactancia

Embarazo: Las vacunas de influenza inactivadas se pueden usar en todas las etapas del embarazo.

Existen mayores antecedentes de seguridad para el segundo y tercer trimestre de embarazo, comparado con el primer trimestre, sin embargo, los datos del uso de vacuna de influenza en todo el mundo no indican ningún efecto adverso materno y fetal atribuible a la vacuna.

Lactancia: Se puede utilizar durante la lactancia.

Reacciones adversas

Las reacciones adversas más frecuentes reportadas seguidas al uso de Influvac® son las reacciones locales o sistémicas tales como dolor en el sitio de la inyección, fatiga y/o dolor de cabeza.

La mayoría de estas reacciones adversas son de mediana a moderada intensidad. Estas reacciones usualmente desaparecen dentro de 1-2 días sin tratamiento. En casos raros, las reacciones alérgicas pueden evolucionar a shock, angioedema.

Las reacciones adversas más comunes observadas en los estudios clínicos son: dolor de cabeza, sudoración, dolor muscular (mialgia), dolor de las articulaciones (artralgia), fiebre, malestar general, escalofríos, fatiga, reacciones locales tales como enrojecimiento, hinchazón, dolor, hematoma, dureza alrededor del área de inyección de la vacuna.

Además, se han notificado reacciones adversas en la vigilancia post-comercialización: reacciones cutáneas generalizadas incluyendo prurito, urticaria y rash; se han observado casos muy raros de vasculitis asociada con compromiso renal transitorio; neuralgia, parestesia, convulsiones febriles, dolor y debilidad en las extremidades, trastornos neurológicos tales como encefalomiелitis, neuritis y síndrome de Guillain Barré; trombocitopenia transitoria; linfadenopatía transitoria, entre otros.

Nota: Si la persona a ser vacunada tiene o ha tenido Síndrome de Guillain-Barré (debilidad muscular severa) luego de una vacunación anterior contra la influenza, debe informarlo a su médico.

Almacenamiento

Influvac® debe ser almacenado en refrigerador a temperatura desde +2°C hasta +8°C.

No congelar.

Conservar en su envase original para proteger de la luz.

Almacenamiento

Las jeringas vienen en un estuche con prepicado frontal, para su apertura tome el envase por la base y aplique fuerza suavemente en el lugar indicado con "Abrir aquí" del prepicado siempre hacia afuera. Evite cargar el estuche hacia el interior, de esta manera evitará cualquier fuerza inadecuada hacia las jeringas prellenadas.

FIGURA N°6: ENVASE SECUNDARIO



Medidas Envase Secundario:

Alto: 1,7 cms

Ancho: 15,1 cms

Largo: 18,7 cms

V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

La organización y planificación de la campaña debe ser detallada y debe abarcar todos los niveles de gestión, para cumplir los tiempos definidos y optimizar los recursos.

A continuación, se detallan las responsabilidades en los distintos niveles de gestión:

NIVEL	ACTIVIDADES
<p>Nivel central</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Asesorar a autoridades del MINSAL en temas técnicos operativos relacionados con PNI ▸ Definir los objetivos sanitarios, los procedimientos administrativos, los estándares técnicos, los lineamientos operativos y la cobertura a alcanzar. ▸ Definir estándares de calidad en el marco del Sistema de Gestión de calidad (SGC) y Norma ISO 9001-2015 desde la planificación de compras, distribución, recepción y control de stock de vacunas en DVI. ▸ Realizar monitoreo del stock de vacunas. ▸ Proveer las vacunas, los insumos y la logística de distribución desde el nivel central hasta el nivel intermedio (regional y provincial). ▸ Supervisar que el laboratorio y operador logístico den cumplimiento a los aspectos técnicos y administrativos para la conservación de la cadena de frío hasta la llegada de las vacunas a los distintos DVI regionales o provinciales, asimismo puede supervisar el cumplimiento de la Norma Técnica N°208/2019 <i>“Para el almacenamiento y transporte de medicamentos refrigerador y congelados”</i>. ▸ 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 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 Eventos Supuestamente Asociados a Vacunación e Inmunización (ESAVI) y Errores Programáticos (EPRO), que se presenten y que sean de carácter grave y/o causen alarma pública, de acuerdo a lo instruido en la <i>“Guía de Vacunación Segura”</i>.¹⁵ ▸ Coordinar con el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (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. ▸ Monitorear la buena ejecución de la campaña (avance de cobertura, disponibilidad de vacunas, ESAVI y EPRO). ▸ Entregar reportes con el avance de cobertura alcanzada. Se entenderá por reporte al informe estadístico de las vacunas administradas e informadas en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI). ▸ Monitorizar y retroalimentar respecto a la calidad del registro en RNI en la red pública y privada. ▸ Capacitar a las/los referentes PNI de SEREMI de Salud y Servicios de Salud en materias técnicas de la campaña de vacunación y registro nacional de inmunizaciones (RNI). ▸ Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.

¹⁵ Ministerio de Salud. Resolución Exenta N°670 Aprueba *“Guía de vacunación segura: Sistema de notificación, evaluación e investigación de ESAVI - EPRO”*. 08 octubre 2013. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/06/norma-N°670-Guía-Vacunacion-Segura-8-oct-2013.pdf>

SEREMI de Salud

- Coordinar con los vacunatorios 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.
- Coordinar e implementar el Plan de Vacunación Campaña Influenza Regional, según lo solicitado.
- Capacitar a los equipos pertenecientes a la red de vacunatorios privados en convenio con las SEREMI de Salud en materias técnicas de la campaña de vacunación y registro nacional de inmunizaciones (RNI).
- 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.
- 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.
- 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.
- Vigilar el cumplimiento de la cadena de frío durante los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de vacunas.
- Quienes realicen entrega de vacunas en el DVI, deben velar por el correcto acondicionamiento de los Contenedores Isotérmicos Pasivos (CIP) y el registro completo del *"Formulario pedido entrega de productos biológicos PNI"*.
- Cumplir con los procedimientos de recepción y control de stock en DVI, según lo establecido por el Sistema de Gestión de Calidad (SGC).
- En caso de realizar distribución de vacunas desde el DVI a establecimientos de salud, se debe contar con CIP calificados, correctamente preparados, equipados con termógrafos calibrados y además contar con vehículos acondicionados que protejan los CIP de la intemperie y de fuentes de calor directa, registrando la temperatura al salir del DVI y al llegar al establecimiento de destino, notificando cualquier excursión de temperatura según protocolo establecido.
- Cautelar que exista una logística de distribución y/o entrega de vacunas e insumos que asegure el abastecimiento suficiente y oportuno de los establecimientos ejecutores, en el área bajo su jurisdicción.
- 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.
- Mantener al día el sistema de inventario online de cada DVI, registrando la recepción de las vacunas y distribución que se realiza a cada establecimiento.

	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Implementar medidas de monitoreo, balance y cuadratura de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. ▸ 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. ▸ Asegurar que los vacunatorios privados que participan en la estregia cuenten con convenios vigentes y fiscalizar el cumplimiento de los mismos. ▸ Cuando corresponda, delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo. ▸ Reportar al nivel central la notificación, evaluación e investigación de los EPRO de su región de acuerdo a lo instruido en la <i>"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"</i>, aprobado por Resolución Exenta N° 670 de 2013 del MINSAL.¹⁵ ▸ Reportar información y/o realizar investigación de ESAVI al nivel central de acuerdo a lo solicitado por el Departamento de Inmunizaciones o SDFV de acuerdo a lo instruido en la <i>"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"</i>, aprobado por Resolución Exenta N° 670/2013 del MINSAL.¹⁵ ▸ Monitorear que el registro de las inmunizaciones en el RNI se realice en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la vacunación) con el fin de disminuir la latencia del registro manual, disminuir el riesgo de EPRO y mantener coberturas actualizadas. ▸ Implementar estrategias comunicacionales regionales durante el desarrollo de la campaña, según los lineamientos dispuestos por el MINSAL.
<p>Servicios de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Establecer las comunicaciones necesarias con los directores de las Corporaciones y Departamentos de Salud Municipal, y con directores de los establecimientos de la red pública de salud que sea pertinente, para difundir, instruir y definir estrategias conducentes al cumplimiento de los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL. ▸ Capacitar a los equipos pertenecientes a la red de vacunatorios públicos en materias técnicas de la campaña de vacunación y registro nacional de inmunizaciones (RNI). ▸ Solicitar las microplanificaciones de cada establecimiento de salud (esta actividad solo corresponde a los establecimientos públicos de la red asistencial) (VER ANEXO N°2) ▸ Supervisar las coberturas de vacunación en los establecimientos asistenciales bajo su jurisdicción, investigar las causas e instruir medidas correctivas cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida para la campaña. ▸ Supervisar que los equipos de trabajo estén conformados por personal capacitado para el proceso de vacunación y gestión de la cadena de frío. ▸ Adherir a los lineamientos y a los contenidos de la campaña comunicacional dispuesta por MINSAL para promover la demanda y aceptación de la vacunación influenza 2023 por parte de la población objetivo. ▸ Implementar medidas de monitoreo e inventario de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. ▸ Supervisar que las actividades extramurales cumplan con los estándares técnicos de calidad y seguridad. ▸ Monitorear e investigas los ESAVI de la campaña Influenza 2023. ▸ Monitorear los EPRO y supervisar que los planes de acción sean ejecutados. ▸ 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, disminuir el riesgo de EPRO y mantener coberturas actualizadas. ▸ Impulsar la capacitación de todos los miembros de los equipos de salud en las materias técnicas básicas relacionadas con la campaña de vacunación contra la Influenza, y promover su compromiso con los objetivos sanitarios de los programas de vacunación a través de la educación.

<p>Nivel ejecutor</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Planificar, coordinar y ejecutar la vacunación. ▫ El director del establecimiento de salud es quien debe asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos según lo dispuesto en el Decreto Vacunación Obligatoria. ▫ Monitorear el cumplimiento de la normativa vigente respecto a la administración y manipulación de las vacunas. ▫ Conformar equipos de trabajo con personal capacitado para el proceso de vacunación y gestión de la cadena de frío, reforzando competencias técnicas, con especial énfasis en registro y control de temperaturas, asegurando el cumplimiento de la cadena de frío y el uso adecuado de equipos de refrigeración, CIP y acondicionamiento idóneo de vehículos de transporte. ▫ Coordinar el retiro o recepción de vacunas con su respectivo DVI, para lo cual debe otorgar todos los datos solicitados en formulario respectivo y proveer de personal capacitado, equipamiento idóneo y un móvil que permita trasladar las vacunas protegidas de la intemperie y fuentes de calor directa. ▫ Detectar excursiones de temperatura durante la recepción, almacenamiento o desarrollo de actividades intra y extramurales y notificarlos oportunamente. Hasta la resolución, los productos deben ser almacenados en cadena de frío, rotulados como "cuarentena". ▫ Capacitar en el uso de RNI u otro sistema acreditado para interoperar, con énfasis en la importancia de la calidad del dato y la oportunidad del registro, es decir, cumplir con los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas posterior a la vacunación). Al momento de ingresar los datos al RNI estos deben ser verificados y actualizados si corresponde. ▫ Si no se dispone del sistema RNI 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 posteriores a la vacunación). ▫ Detectar 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 ESAVI-EPRO", aprobada por Resolución Exenta N° 670 del 2013 del MINSAL¹⁵, y notificar en formularios correspondientes, disponibles en banner "Descarga de formularios" del sitio web https://vacunas.minsal.cl. ▫ Cumplir con la Norma General Técnica (POE)¹⁶ para asegurar la calidad en la ejecución y administración de esta vacuna aprobada por Resolución Exenta N° 973 del 14 de octubre de 2010. Previo a la vacunación se debe confirmar: si corresponde a la población objetivo definido, que cumpla con el esquema de vacunación vigente y que no existan contraindicaciones para ser inmunizado. ▫ Mantener el stock de vacunas e insumos actualizados de forma diaria. Siguiendo las medidas de monitoreo implementadas, balance y cuadratura de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. ▫ Monitorear el cumplimiento de las coberturas e informar oportunamente a su jefatura cuando estas se encuentren bajo lo meta esperada. ▫ Identificar población cautiva, pendiente por vacunar o rechazos (ANEXO N°8), ejecutando acciones efectivas de vacunación.
------------------------------	--

¹⁶ Ministro de Salud. Resolución Exenta N°973: Norma General Técnica sobre Procedimientos Operativos Estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) [Internet]. 14 diciembre 2010. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2014/03/Res.Exenta-Nº-973-Norma-Gral.-procedimientos-POECompleta.pdf>

VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Las estrategias de vacunación se realizan de acuerdo a la evidencia epidemiológica y las recomendaciones entregadas por la autoridad, manteniendo las medidas dispuesta para el control de la transmisión de SARS-CoV-2.

Estas estrategias se orientan a la vacunación de poblaciones cautivas en centros de atención cerrada y en establecimientos de salud según las condiciones de la situación sanitaria del país.

Vacunación a grupos cautivos (extramural): Esta fase idealmente durará las cuatro primeras semanas de la campaña, en las cuales se debe vacunar a los preescolares en diferentes niveles educativos como salas cunas, jardines infantiles y escolares hasta 5º básico, a las personas institucionalizadas en establecimientos de larga estadía de adultos mayores (ELEAM) o establecimientos psiquiátricos, clubes de adulto mayor, SENAME, Mejor Niñez, entre otros. Podrán ser vacunados en dichos lugares mientras las medidas para controlar la transmisión de SARS-CoV-2 permitan mantener la vacunación extramural y la utilización de elementos de protección personal (EPP) sean los recomendados.¹⁷ De acuerdo a la normativa “*Procedimientos Operativos Estandarizados*” (POE)¹⁶, se coordinará previamente la vacunación con las autoridades de cada centro y se informará a través de estos la fecha de vacunación, características de la vacuna, contraindicaciones, entre otros aspectos relevantes.

Vacunación en centros de salud (intramural): Esta actividad se realizará durante todo el período de la campaña en los centros de salud públicos y privados en convenio. Dentro de los centros se podrá implementar puntos de captura de esta población como SOME, farmacia, entrega de alimentos u otros de alto flujo de personas, manteniendo siempre las recomendaciones de campaña de vacunación contra la influenza durante la pandemia y la utilización de elementos de protección personal (EPP).

Vacunación extramural de población en tránsito y sitios de alto flujo de personas: Esta modalidad se podrá realizar de forma simultánea a la vacunación de grupos cautivos. Los puntos de vacunación se establecerán en áreas donde se identifiquen un mayor flujo de personas en tránsito según población objetivo, como plazas y centros de bajo riesgo sanitario. Se evaluarán los días y horarios más apropiados, acompañando con actividades de promoción y difusión para facilitar la captura de esta población, manteniendo las recomendaciones de distanciamiento social y utilización de elementos de protección personal (EPP).

Vacunación casa a casa: Podrá efectuarse una vez que se haya concluido el trabajo en grupos cautivos o bien simultáneamente de acuerdo al dinamismo de la situación sanitaria, dependiendo del número de vacunadores disponibles y manteniendo las recomendaciones de distanciamiento social y utilización de elementos de protección personal (EPP).

Se emplea para recorrer el área de responsabilidad en busca de la población objetivo y no vacunada, a través de la técnica de barrido, visitando una a una las viviendas y recorriendo cada una de las manzanas de la localidad con ayuda de un mapa local. Para ello, se deberá establecer el mejor horario y días para realizar los recorridos, asegurando que se encuentre la población; es recomendable avisar con anticipación a la comunidad sobre los horarios y días en que estarán los vacunadores.

17 Ministerio de Salud. Circular C37 N°01: Protocolo de referencia para correcto uso de equipo de protección personal en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 [Internet]. 18 marzo 2020. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-USO-DE-EQUIPOS-DE-PROTECCIÓN-PERSONAL-EN-LA-PREVENCIÓN-DE-TRANSMISIÓN-COVID19-versión-24-03-2020-corrregido-última-página.pdf>

Para fines de control será necesario realizar visitas subsecuentes hasta encontrar a la población. En caso de ausencia o casas cerradas es conveniente dejar en los domicilios, un aviso escrito invitando a asistir al centro de salud.

Estrategias utilizadas en el año 2022 según la situación sanitaria:

1. Implementación de puntos de vacunación dentro o fuera de los establecimientos y/o box exclusivos y separados según grupo etario para personas mayores, crónicos, niñas/os y embarazadas, habilitación de espacios abiertos para mantención de distanciamiento físico.
2. Vacunación extramural en establecimientos educacionales, jardines infantiles y salas cuna (coordinación con la dirección de los establecimientos y citación con fecha y hora establecida previamente). En sedes de juntas de vecinos y centros de adultos mayores (coordinación con dirigentes comunales y agrupaciones para adherencia de grupos priorizados).
3. Vacunación en domicilio (considerando usuario/as con dependencias severas, personas mayores, personas con patologías crónicas).
4. Puntos de vacunación móvil en diferentes sectores de cada comuna.
5. Coordinación con diferentes organismos sociales y con equipo de salud para derivación a los diferentes programas.
6. Rescate telefónico, implementación de call center y link web, para inscripción y solicitud de vacunación en domicilio.
7. Difusión en redes sociales, paneles informativos y alto parlantes, etc.
8. Vacunación en domicilio para pacientes y familiares recuperados de COVID-19.
9. Vacunación al momento del alta clínica en recintos hospitalarios.
10. Personas mayores bajo control al momento de atención en los Centros de Atención de Especialidades (CAE).
11. Vacunación de personas con patologías crónicas durante la hospitalización.
12. Promoción de la vacunación y difusión de lugar y hora para vacunación de funcionarios/as, mediante correo electrónico o contacto telefónico.
13. Vacunación puerta a puerta, de acuerdo a las medidas sanitarias dispuestas por las autoridades del Ministerio de Salud.

VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN

Verificar y vigilar la seguridad de las vacunas es parte de la misión del Departamento de Inmunizaciones, así como del procedimiento con el que se administran las vacunas a la población objetivo.

El concepto de vacunación segura se define por medio de un conjunto de reglas, recomendaciones y procedimientos.

Las recomendaciones generales, son:

TABLA N°4: RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Lavado de manos, antes de iniciar la vacunación.
Manipular con técnica aséptica.
Realizar pausa de seguridad con “los correctos” de vacunación (ver Tabla N°5).
Preparación de la vacuna.
La vacuna debe ser administrada por quien la prepara.
Tranquilizar e informar del procedimiento a los usuarios/as antes de la vacunación.
Utilizar técnicas para disminuir el dolor y mitigar la ansiedad.
Los usuarios/as siempre deberán estar sentados o en camilla para evitar caídas o desmayos.
La administración de vacunas por vía intramuscular se debe realizar siguiendo los pasos de estas técnicas, sin aspirar, según la evidencia científica. No existe riesgo de ingreso de la solución al torrente sanguíneo y además se evita el dolor por aspiración.
Los usuarios deben permanecer en observación al menos 30 minutos , después de la vacunación, como precaución para detectar e intervenir oportunamente frente a una reacción anafiláctica.

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2023

El procedimiento propiamente tal se basa en la observación de la regla de “los correctos”.

TABLA N°5: PROCEDIMIENTO PARA UNA VACUNACIÓN SEGURA

Confirmar la identidad del usuario a vacunar	Mediante el documento de identificación (ejemplo: Pasaporte - Carnet de identidad - DNI - otros).
Leer atentamente el folleto de la vacuna	Composición - Conservación - Almacenamiento - Duración - Dosis - Esquema - Vías de administración - Reacciones adversas - Otros.
Verificar contraindicaciones especificadas en el folleto de la vacuna	Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna.
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 normativa vigente.
Informar al usuario acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación	Entregar información 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 alergia
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" ¹⁶ Exenta N°973/2010. Procedimiento código 03-004 "Manipulación y administración de vacunas".
Registrar inmunización	Registrar correcta y oportunamente los datos de la vacunación en sistema RNI u otro acreditado para interoperar, en módulo y criterio correspondiente. Si no cuenta con sistema registrar en 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.
Notificar eventos adversos y errores programáticos	Utilizar formulario notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) - Errores Programáticos (EPRO) online o en su defecto, a través de formulario vigente, vía correo electrónico a la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud correspondiente.
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación	<p>Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, según Decreto Supremo N° 6 del Ministerio de Salud, año 2009 "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención en Salud (REAS)".</p> <p>No re-capsular.</p> <p>Dar uso correcto a los contenedores de residuos especiales, respetando el nivel de llenado y rotulación correcta.</p>

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2023

a. VIGILANCIA DE ESAVI

Los ESAVI corresponden a las manifestaciones que se presentan posteriores a la administración de vacunas. Para su vigilancia se han establecido los lineamientos correspondientes y se debe dar cumplimiento a la Guía de Vacunación Segura¹⁵ en lo referido a notificación, evaluación, investigación y seguimiento de estos eventos, para así garantizar la seguridad de las vacunas con una estrecha monitorización, lo que permite mantener la confianza en las vacunas y una correcta aceptación de las campañas de vacunación y obtener el máximo beneficio para toda la población.

ESAVI: Corresponden a las manifestaciones clínicas que se presentan posteriores 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. El evento adverso puede ser cualquier manifestación desfavorable, no intencionado, hallazgos de laboratorio anormales, síntomas o enfermedades.

Clasificación de un ESAVI:

- **ESAVI serios:** Corresponden a aquellos que requieren hospitalización, prolonguen la hospitalización, ponen en riesgo la vida, causan secuela permanente y/o tienen un desenlace fatal. Estos casos son evaluados por el Subdepartamento de Farmacovigilancia en Vacunas (SDFV) del Instituto de Salud Pública (ISP), en colaboración con el Departamento de Inmunizaciones con el fin de generar un informe colaborativo de causalidad.
- **ESAVI no serios:** Corresponden a los que requieren tratamiento farmacológico o tomar alguna medida de tipo ambulatorio. No se realiza informe de causalidad de estos eventos.

Notificación ESAVI

La notificación de un ESAVI es una de las responsabilidades del Nivel Ejecutor (centro asistencial notificador o centro asistencial vacunador público y privado en convenio) el profesional de salud que detecte un ESAVI debe realizar la notificación según protocolo definido.

- Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la "Guía de Vacunación Segura"¹⁵ en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de ESAVI, en todos los niveles, antes de iniciar cualquier estrategia de vacunación.
- La notificación de un ESAVI se debe realizar por medio de alguna de las 2 vías disponibles para ello:
 - Plataforma SVI a la cual puede acceder a través del siguiente link; <https://svi.ispch.gob.cl/>.
 - Vía correo a través del formulario de notificación ESAVI, disponible en <https://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/vacunas/como-notificar-esavi/>, el que debe ser enviado mediante correo electrónico a: esavi@ispch.cl.
- Es importante que al realizar la notificación se completen todos los campos requeridos, ya que esto incide directamente en la evaluación inicial de la notificación.
- El centro asistencial notificador debe cautelar que las notificaciones cumplan con los plazos establecidos, según la seriedad del ESAVI y de acuerdo con la reglamentación vigente en la cual se señala que se deben reportar todos los casos serios dentro de las 72 horas siguientes a la toma de conocimiento del hecho. Los casos no serios también deben notificarse, dentro de un plazo de 30 días. Se sugiere que la notificación se realice lo antes posible.

- 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 el SDFV y por el PNI. En establecimientos de Salud de Atención Secundaria y Terciaria, el responsable será el encargado de epidemiología o el funcionario que la autoridad del establecimiento designe.
- El equipo de salud debe mantener comunicación continua con el/la usuario/a en relación a la evolución del caso, tratando de aportar comentarios clínicos y con base científica para orientarlos dentro de esta situación. Esta debe ser realizada directamente por el equipo de salud tratante, de acuerdo a la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes explicando en forma clara y precisa al usuario o a los acompañantes cualquier duda que presenten en cuanto al proceso de la vacunación, posibles ESAVI que se pudieran presentar o que se hayan presentado.
- El SDFV es responsable, en conjunto con el Departamento de Inmunizaciones, de realizar el análisis colaborativo de los ESAVI serios, fatales, de contingencia, que conciten interés clínico, cuando se presenten en vacunas nuevas o que despierten una señal de alerta. Este documento debe ser utilizado por el personal de salud como herramienta para informar al usuario.
- Difundir la información de análisis del caso (ESAVI serios), enviada desde SDFV, al personal de salud involucrado.

Recomendaciones ante la presencia de ESAVI no serios

Durante el periodo de observación, el funcionario de salud debe entregar información con respecto a los ESAVI no serios que son esperables y mencionar al usuario que estos habitualmente se resuelven de forma espontánea y requieren una mínima intervención, como la ingesta de líquidos abundantes, medidas físicas para controlar la fiebre o el dolor en sitio de inyección y/o analgesia según indicación médica.

- El notificador no recibirá una retroalimentación por parte de la autoridad sanitaria, posterior a la notificación de ESAVI no serios
- A estos ESAVI no se les realiza seguimiento por parte de ISP, ya que son eventos esperables con la administración de una vacuna.
- No son analizados en Comité de Farmacovigilancia, por lo tanto, no se realiza un análisis de causalidad, ya que este proceso solo se lleva a cabo con aquellos casos serios notificados.
- No reciben una recomendación para continuar esquema, ya que **la aparición de un evento adverso no serio no contraindica la administración de futuras dosis de la misma vacuna o de la continuación del calendario con otras.**

A continuación, se describen los eventos adversos esperables de la vacuna que se utilizará en la campaña influenza 2023:

TABLA N°6: EVENTOS ADVERSOS ESPERABLES CON LA VACUNA CONTRA INFLUENZA TRIVALENTE INFLUVAC® 2023

Tipo de reacción	Sintomatología	Frecuencia de aparición*
Locales	Enrojecimiento	Frecuente
	Inflamación	
	Dolor	
	Equimosis	
	Induración	
Sistémicos	Mialgia	
	Cefalea	
	Fatiga	
	Fiebre	
	Sudoración	
	Malestar general	
	Artralgia	
	Escalofríos	

*Frecuencia de aparición:

Frecuente $\geq 1/100$ a $< 1/10$

Recomendaciones ante la presencia de ESAVI serios

Al igual que con cualquier medicamento, hay una probabilidad muy remota de que la vacuna cause una reacción alérgica grave (anafilaxia), por lo tanto, es necesario que, durante el periodo de observación, el personal a cargo de la vacunación esté alerta a la aparición de sintomatología respiratoria (disnea, tos, estridor), cutánea (prurito, eritema, angioedema, urticaria), gastrointestinal (náuseas, vómitos, dolor abdominal) y/o cardiovascular (hipotensión, taquicardia).

En caso de que el usuario/a presenta una reacción alérgica grave, realizar tratamiento indicado en el apartado de "*Manejo de reacciones postvacunación*" y notificar el ESAVI de acuerdo a la normativa vigente.

Evaluación de Causalidad de ESAVI Serios

- 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 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, que incluye la evaluación de causalidad y la recomendación para continuar con los esquemas del PNI.
- 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 mediante correo electrónico en caso de que corresponda a un ESAVI serio de relevancia.

b. VIGILANCIA DE EPRO

EPRO: Corresponden a actitudes o procedimientos que no cumplen con las normas establecidas y que solos o en conjunto 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.

Es importante su notificación oportuna y tomar las medidas necesarias a fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia.

Acciones frente a un EPRO

Nivel local

- 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 o sus acompañantes debe ser oportuna y veraz, de manera de disminuir la incertidumbre de los afectados.
- Entregar instrucciones claras de los posibles síntomas y signos que pudieran ocurrir (referirse al folleto profesional de la/las vacuna).
- Informar al usuario o sus acompañantes, que deben acudir al centro asistencial más cercano en caso de que se presente alguna manifestación clínica durante el período indicado (aclarar sobre aquellas manifestaciones que tienen relación con la vacuna).
- La información a usuarios o sus acompañantes o afectados debe ser individual, inclusive en los casos de EPRO masivos.
- Indicar seguimiento de todos los 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 como ESAVI.

Nivel intermedio

- La/el encargada/o Regional o provincial del PNI de la SEREMI de Salud y su contraparte en el Servicio de Salud, debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la "Guía de Vacunación Segura"¹⁵ en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de EPRO y cierre de casos.
- 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.
- Verificar el registro de las vacunas involucradas en el EPRO en el RNI.
- Mantener consolidados de las notificaciones y reforzar la importancia del seguimiento y cierre de cada caso.
- Solicitar plan de mejora, el que se debe remitir a SEREMI y Servicio de Salud.

Nivel central

- Proporcionar el marco regulatorio para la ejecución del Programa, en ámbito relacionado con la Vacunación Segura.
- Elaborar lineamientos técnicos operativos de las estrategias de vacunación, documento que contiene información respecto del proceder ante la ocurrencia de los EPRO.
- Recibir las notificaciones de EPRO, seguimientos y cierres de caso desde las SEREMIS y mantener base de datos actualizada.
- Recibir solicitudes desde las SEREMIS para resolver casos, evaluar antecedentes y entregar directrices.
- Elaborar revisión documental de casos controversiales y/o solicitados por la autoridad ministerial.
- Solicitar a Nivel Intermedio, en el caso de EPRO controversial o masivo la realización por parte del Nivel local el Informe de Investigación, anexo IV de la "Guía de Vacunación Segura".¹⁵

Prevención de EPRO

- 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.
- Los eventos causados por un EPRO pueden ser leves o 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 vacunación masiva, la capacitación del personal, la supervisión y el suministro apropiado de vacunas e insumos.

Notificación

Los establecimientos de salud públicos y privados en convenio deben notificar los EPRO a través del sistema oficial vigente, en caso de no poder notificar a través de la plataforma, se debe completar el formulario de EPRO el que debe ser enviado por correo a SEREMI y/o Servicio de Salud correspondiente a su región, estos a su vez, remitirán el documento al correo electrónico epro@minsal.cl con la siguiente información adjunta:

- Información sobre el EPRO e indicaciones entregadas.
- Confirmar entrega de información al usuario y/o acompañantes.
- Informar sobre atención médica recibida y hallazgos.
- Informar tipo de seguimiento (presencial, telefónico, etc.)

* El formulario de notificación se encuentra disponible, para descargar en el siguiente enlace: <https://vacunas.minsal.cl/conozcanos/marco-legal-2/formularios-de-notificacion/>.

En virtud de lo anterior, es necesario describir las principales recomendaciones para la vigilancia de los errores programáticos, las acciones frente a estos errores, la prevención y notificación.

Asimismo, se presenta una tabla que describe el manejo clínico que se debe llevar a cabo ante la ocurrencia de errores programáticos y cuyo objetivo es orientar a los niveles ejecutores e intermedios

TABLA N°7. CONDUCTAS PARA SEGUIR EN EPRO POR VACUNA INFLUVAC LABORATORIO ABBOTT®

Tipo de EPRO	Descripción del evento	Seguridad	¿Notificación?	Indicación	¿Dosis válida?
Se administró una dosis (mL) incorrecta	Administración de dosis menor a la indicada.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Si la dosis administrada es cuantificable, se debe administrar volumen faltante durante las primeras 24 hrs. Si la dosis administrada es incuantificable o si error se detecta al día siguiente o posterior, se debe administrar dosis correcta inmediatamente.	No
	Administración de dosis mayor a la indicada.	Podría presentar aumento de la reactogenicidad local.	Si	No revacunar. Continuar con el esquema con la dosis correcta según corresponda.	Si
Administración de dosis extra	Repetición de una dosis que ya fue administrada.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Seguimiento.	No
Vacuna fuera de fecha de vigencia	Se administró vacuna posterior a su fecha de expiración según lote.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Se debe repetir dosis lo antes posible.	No
Intervalo incorrecto	Administración de segunda dosis en un intervalo menor a 4 semanas.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	El intervalo mínimo para considerar una segunda dosis válida es de 24 días, (periodo de gracia ≤4 días) . Si la dosis fuera administrada antes del intervalo mencionado, se debe revacunar en 28 días posterior a la dosis EPRO.	No
Administración de vacuna a paciente de edad incorrecta	Administración de vacuna a menores de 6 meses.	Las reacciones esperadas corresponden a las descritas por el fabricante en el folleto de la vacuna.	Si	Seguimiento.	No
Vía de administración incorrecta	Administración de vacuna por una vía distinta a la indicada por fabricante.			Solicitar orientación con PNI para evaluar antecedentes.	
Tipo de EPRO					
Indicación					
No se respetó una contraindicación de la vacuna		Solicitar orientación con PNI para evaluar antecedentes.			
Administración de una vacuna en cuarentena o no apta para su uso		Solicitar orientación con PNI para evaluar antecedentes.			
Vacuna fuera de rango de temperatura		Solicitar orientación con PNI para evaluar antecedentes.			
Administración de vacuna en sitio de punción incorrecto		Solicitar orientación con PNI para evaluar antecedentes.			

c. VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y SITIO DE PUNCIÓN

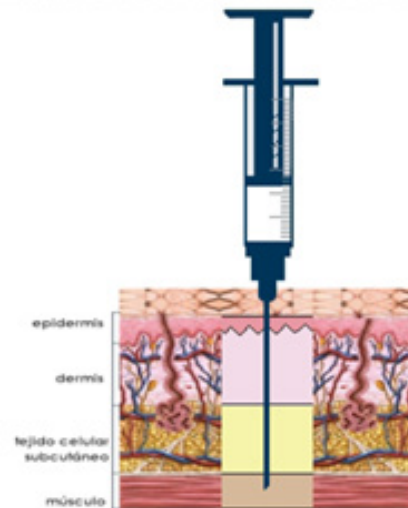
TABLA N°8: TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA

VÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR	
Ángulo	90° grados
Jeringa y aguja	Jeringa prellenada con aguja 23G x 1"
Presentación de la vacuna	La vacuna viene en presentación de jeringa prellenada, verificar indemnidad del envase y de la aguja, junto con observar características de la solución (presencia de partículas y/o cambio de coloración).
Sitio de punción	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Lactantes < de 12 meses en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo (Vasto externo). ▸ A partir de los 12 meses: cara externa del deltoides, de 2 a 3 traveses de dedo por debajo del acromión.
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrir la zona de punción, en su totalidad. - Definir zona de punción. - Sostener la zona de inyección con el dedo índice y pulgar. - Puncionar con un ángulo de 90° con un movimiento rápido y seguro. - Administrar la solución de manera rápida y sin aspirar. - Realizar presión con algodón seco, en el sitio de punción. - Eliminar el material utilizado (jeringa, aguja, viales y diluyentes), en contenedor de residuos especiales, según normativa REAS vigente.

Punción intramuscular

- Ángulo: 90 grados.
- Jeringa prellenada 0,5 mL

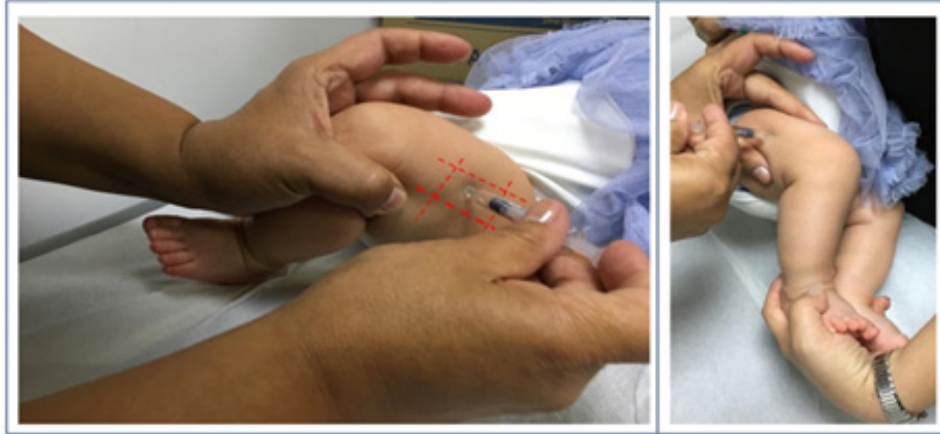
FIGURA N°7: PUNCIÓN INTRAMUSCULAR



i. Lactantes menores de 12 meses

La punción de los lactantes menores de 12 meses debe ser realizada en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo.

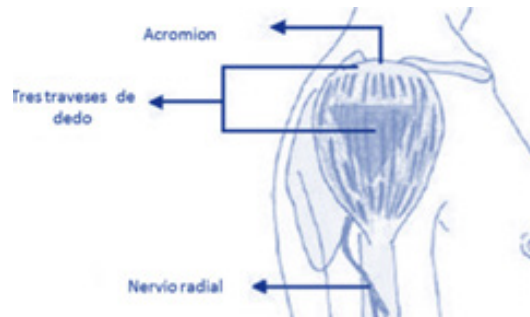
FIGURA N°8:SITIO DE PUNCIÓN LACTANTES MENORES DE 12 MESES



ii. A partir de los 12 meses de edad

La punción en mayores de 12 meses de edad debe ser realizada en el músculo deltoides del brazo, 2-3 traveses de dedo bajo el acromion.

FIGURA N°9:SITIO DE PUNCIÓN A PARTIR DE 12 MESES DE EDAD



iii. Personas con alteración de la coagulación

Deben seguir las recomendaciones indicadas para pacientes hemofílicos¹⁸ :

1. Preferir la vía subcutánea.
2. La vía intramuscular no debe ser utilizada.
 - Aplicar una presión firme en el sitio de inyección SIN FRICCIÓN, de mínimo 2 minutos de duración y compresas frías posterior en la zona recién vacunada.
 - Informar al usuario respecto a la posibilidad de hematoma en el sitio de punción.

¹⁸ Departamento de Inmunizaciones-Ministerio de Salud. Ordinario B27 N°1024: Recomendaciones de administración de vacunación para pacientes hemofílicos. 21 de abril 2015.

iv. Coadministración de vacunas

La vacuna contra la influenza puede ser administrada conjuntamente con otras vacunas programáticas y vacunas contra SARS-CoV-2, pero en sitios de punción diferentes.

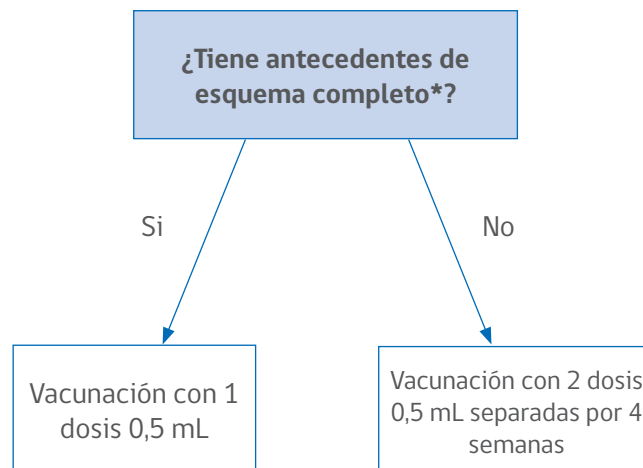
Punción simultánea de vacunas en una extremidad:

1. Iniciar la inmunización con la vacuna menos dolorosa.
2. Aplicar la vacuna intramuscular rápidamente y sin aspirar.
3. Al administrar 2 vacunas simultáneamente en la misma extremidad verificar que exista 2,5 cm de separación entre una y otra.

iv. Vacunación en menores de 9 años

- Los niños de 6 meses a 8 años, 11 meses, 29 días, que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez, y aquellos que solo han recibido una dosis de la vacuna contra la influenza previamente, deben recibir dos dosis de la vacuna en la presente temporada, con intervalo de 4 semanas.
- Los niños de 6 meses a 8 años, 11 meses, 29 días, que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (en cualquier momento), solo necesita una dosis de la vacuna contra la influenza esta temporada.

FIGURA N°10: ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS (AS) DE 6 MESES HASTA LOS 8 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS



Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2023.

*Se define como Esquema Completo a la administración de 2 dosis de vacuna antiinfluenza con un intervalo mínimo de 4 semanas durante el mismo año.

v. Vacunación en mayores de 9 años

Los niños/as a partir de los 9 años, deben recibir solo 1 dosis de vacuna antiinfluenza, independiente a sus antecedentes de vacunación previa.

TABLA N°9: SUGERENCIA SITIOS DE PUNCIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	MUSLO DERECHO	MUSLO IZQUIERDO	BRAZO DERECHO	BRAZO IZQUIERDO
6 meses	Hexavalente (intramuscular)	Neumocócica conjugada* (intramuscular) + Influenza (intramuscular)	-	-
12 meses	-	-	Neumocócica conjugada (intramuscular) + Meningocócica (intramuscular)	SRP (subcutánea) + Influenza (intramuscular)
18 meses	-	-	Hexavalente (intramuscular) + Varicela (subcutánea)	Hepatitis A (intramuscular) + Influenza (intramuscular)
18 meses Isla de Pascua	-	Influenza (intramuscular)	Hexavalente (intramuscular) + Varicela (subcutánea)	Hepatitis A (intramuscular) + Fiebre amarilla (subcutánea)
36 meses	-	-	Varicela (subcutánea)	SRP (subcutánea) + Influenza (intramuscular)
Embarazadas	-	-	dTpa	Influenza
Personas mayores	-	-	Neumo 23	Influenza

* Prematuros, menores de 37 semanas

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2023.

d. MANEJO DE REACCIONES POST VACUNACIÓN

En todo proceso de vacunación, se debe estar alerta a los potenciales efectos secundarios post-vacunación. Esto significa detectar y tratar oportunamente las manifestaciones descritas en el folleto del fabricante, así como una reacción post-inmunización de carácter serio. Es necesario conocer las reacciones esperadas con la administración de la vacuna para poder realizar el tratamiento oportuno de ellos. 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.

En base al POE del PNI, con la finalidad de pesquisar una reacción anafiláctica post-inmunización, se indica un periodo de observación de 30 minutos al interior del establecimiento de salud posterior a la vacunación, en un área cercana al vacunatorio, como medida de precaución para detectar e intervenir oportunamente frente a la pesquisa de una reacción de este tipo¹⁶.

TABLA N°10: CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

TEMAS	ACTIVIDADES
Procedimientos de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de vigencia de protocolos/procedimientos Difusión al equipo, utilizando diferentes metodologías
Equipo de emergencia y uso de medicamentos e insumos	<ul style="list-style-type: none"> Maletín de emergencia Paso práctico de medicamentos e insumos Verificar fechas de vencimiento
Reacciones adversas y manejo inmediato	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones adversas vinculadas a vacuna influenza Manejo de enfermería Uso de medicamentos frente a Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) Derivación a la red asistencial
Vigilancia ESAVI	<ul style="list-style-type: none"> Guía de vacunación segura (MINSAL, 2013)¹⁵ Sistema de vigilancia y notificación ESAVI/EPRO Monitoreo y seguimiento

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2023.

TABLA N°11: REACCIONES POST-VACUNACIÓN

REACCIONES SISTÉMICAS	ANTECEDENTES	MEDIDAS A CONSIDERAR
Lipotimia o reacción vaso-vagal	<ul style="list-style-type: none"> Desvanecimiento o desmayo. No supone una contraindicación para futuras vacunaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicar al paciente en decúbito dorsal. Elevar extremidades inferiores sobre el nivel del tórax. Controlar signos vitales.
Anafilaxia	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave multisistémica. Se presenta en el período inmediato post-vacunación (primeros 30 minutos). Adrenalina es el tratamiento de elección. 	<ul style="list-style-type: none"> Ubicar al paciente en una camilla/sillón, en decúbito dorsal. Comunicarse con el médico del establecimiento de salud (previamente acordado).

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. Compromiso de piel o mucosas	Urticaria generalizada Prurito Eritema Sofoco (rubor, enrojecimiento) Edema de labios, úvula o lengua
3. Presencia de, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas	Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, cianosis). Hipotensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia de esfínteres, etc).

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

TABLA N°13:DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE REACCIÓN VASO-VAGAL Y ANAFILAXIA

ÍTEM	REACCIÓN VASO-VAGAL	ANAFILAXIA
Inicio	Inmediato, generalmente en pocos segundos o durante la administración de la vacuna	Habitualmente al cabo de pocos minutos, pero puede aparecer incluso varias horas después
Cuadro respiratorio	Respiración normal; puede ser superficial, pero sin esfuerzo respiratorio	Tos, resuello, ronquera, estridor o tiraje costal. Inflamación de la vía aérea superior (labios, lengua, garganta, úvula o laringe)
Cuadro cutáneo	Palidez generalizada, piel fría y húmeda	Prurito, eritema cutáneo generalizado, angioedema local o generalizado
Cuadro neurológico	Sensación de debilidad o mareo	Ansiedad

Fuente: Modificado de Rüggeberg JU, Gold MS, Bayas JM, et al.

TABLA N°14: CONDUCTA A SEGUIR POST REACCIÓN ANAFILÁCTICA**FRENTE AL SHOCK ANAFILÁCTICO**

- Contactarse rápidamente con el médico del establecimiento, SAPU o a un teléfono previamente coordinado.
- Evaluar ABC: vía aérea permeable, ventilación y circulación.
- Posición Fowler. Uso de oxígeno con mascarilla de alto flujo con reservorio (no reinhalación) para saturación sobre 95%. Controlar con saturómetro.
- Administrar adrenalina vía intramuscular, indicado para el tratamiento del shock.
- Si es factible instalar vía venosa (calibre 18-20), con el objetivo de administrar medicamentos o aportar volumen.
- Si la hipotensión persiste posterior a dosis de adrenalina, administrar suero fisiológico (10 a 20 ml/kg).
- Adrenalina y oxígeno son los agentes terapéuticos más importantes a utilizar.
- Si no responde a las medidas básicas, iniciar maniobra de reanimación cardiopulmonar.

TRASLADO A CENTRO ASISTENCIAL

- El coordinador permanece al lado del paciente hasta la llegada de la ambulancia o del médico del establecimiento, y le administra apoyo ventilatorio manual con ambú, si fuera necesario.
- Una vez entregado el paciente en el móvil de traslado o al médico del establecimiento, el coordinador reporta lo sucedido a su jefatura, asegurando que quede constancia de la reacción en la ficha clínica.
- Continuar con el protocolo establecido para ESAVI y realizar seguimiento posterior al evento

Maletín de emergencia


El equipo vacunador profesional y técnico de enfermería **capacitados**, cada vez que realicen una actividad de vacunación extramural deben llevar, los siguientes equipos, medicamentos e insumos para el manejo de posibles reacciones adversas post-vacunal.

TABLA N°15: EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS EMERGENCIA DURANTE UNA VACUNACIÓN EXTRAMURAL

EQUIPOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS
Balón de oxígeno	4 ampollas de Adrenalina 1% (epinefrina)	Ligadura
Naricera pediátrica y adulta	4 ampollas de Clorfenamina, ampolla de 10 mg	4 jeringas de 10 mL
Mascarilla de alto flujo con reservorio, de no reinhalación pediátrica y adulta	4 sueros fisiológicos o Ringer Lactato de 500 cc	4 jeringas de 5 mL
Flujómetro de oxígeno		4 jeringas de tuberculina
Saturómetro		4 mariposas 21 ³ / ₄ y 23 ³ / ₄
Niple		8 agujas 23G x 1"
Ambú pediátrico y adulto		5 catéter venoso periférico N°22 y 2 N°20
Esfigmomanómetro		4 bajadas de suero
Fonendoscopio		3 llaves de tres pasos
Protocolo actualizado y dosificación de los medicamentos		10 sachet de alcohol
Tabla con parámetros de P/A, FC, FR		Algodón
Tijera punta pato		Tela adhesiva
Caja material desechos cortopunzantes		Guantes de procedimiento
Riñones para preparación de medicamentos		

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2023

TABLA N°16: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: 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	Adrenalina o Epinefrina 1 ampolla = 1mg = 1 mL. Sin diluir Extraer la dosis correspondiente, usando jeringa de tuberculina.												
Presentación	1 ampolla de 1mg/1mL 												
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO APROX.</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,1 mL</td> </tr> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,3 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>> 50 kg</td> <td>0,5 mL</td> </tr> </tbody> </table>	PESO APROX.	DOSIS INDICADA	10 kg	0,1 mL	20 kg	0,2 mL	30 kg	0,3 mL	40 kg	0,4 mL	> 50 kg	0,5 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA												
10 kg	0,1 mL												
20 kg	0,2 mL												
30 kg	0,3 mL												
40 kg	0,4 mL												
> 50 kg	0,5 mL												
Consideración	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, 2023.

TABLA N°17:FICHA TRATAMIENTO OXÍGENO

OXÍGENO	
Acción	Prevenir o tratar la hipoxemia y mejorar la oxigenación tisular.
Preparación	<p>* Arme sistema, según dispositivo a utilizar: ajuste las conexiones entre mascarilla y fuente de oxígeno, abra paso al oxígeno con los litros indicados.</p> <p>* Verifique que el dial que usa con la mascarilla corresponda a la concentración de oxígeno indicada.</p> <p>* Coloque la mascarilla sobre la nariz y la boca del paciente, ajústela sobre la cara dejándola cómoda</p>
Administración	Inicie oxigenoterapia, administrando un flujo entre 12 a 15 lts/min, para asegurar una FIO ₂ de 50%.

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2023.

TABLA N°18: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 																
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO APROX.</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <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>0,6 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 kg y más</td> <td>1,0 mL</td> </tr> </tbody> </table>	PESO APROX.	DOSIS INDICADA	10 kg	0,2 mL	20 kg	0,4 mL	25 kg	0,5 mL	30 kg	0,6 mL	35 kg	0,7 mL	40 kg	0,8 mL	45 kg y más	1,0 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA																
10 kg	0,2 mL																
20 kg	0,4 mL																
25 kg	0,5 mL																
30 kg	0,6 mL																
35 kg	0,7 mL																
40 kg	0,8 mL																
45 kg y más	1,0 mL																
Indicación	<p>Con peso mayor a 45 kg, la indicación es 1 mL (una ampolla)</p> <p>Si no responde a la 1° dosis de Clorfenamina, repetir la misma dosis cada 15 o 20 minutos.</p>																

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2023.

VIII. CADENA DE FRÍO

La cadena de frío es un proceso que, mediante el cumplimiento de aspectos técnicos definidos, asegura la correcta conservación de vacunas e inmunoglobulinas durante toda su vida útil, desde que éstas son fabricadas en laboratorios productores, pasando por una serie de etapas y procesos de almacenamiento y transporte, hasta que son administradas a la población objetivo.

Durante todo este ciclo, se debe mantener trazabilidad de las temperaturas tanto en las etapas de almacenamiento (cámaras frigoríficas o refrigeradores de menor tamaño) como en las etapas de transporte (camiones refrigerados o cajas frías). Dicha trazabilidad debe quedar documentada con el objetivo de demostrar el mantenimiento de la cadena de frío durante todo el proceso.

Si la cadena de frío se “rompe” en cualquiera de las etapas de este ciclo, podría generar un impacto irreversible en la calidad y eficacia de las vacunas, con un gran impacto en el usuario final.



Los Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas (DVI) del PNI, se rigen bajo estrictos estándares de calidad asociados al aseguramiento de la cadena de frío, cuyos procesos se materializan en la Resolución Exenta N°1399 del 29 de septiembre del 2022.¹⁹

Las directrices a continuación están principalmente enfocadas en las actividades a desarrollar en los vacunatorios.

Mediante el cumplimiento de las siguientes directrices, podremos asegurar la cadena de frío y administrar un producto de calidad al usuario final.

De las instalaciones del vacunatorio:

- El acceso al vacunatorio debe estar restringido a personal autorizado.
- Se recomienda que todo establecimiento cuente con instalación eléctrica acorde a normativa de la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (SEC).
- Los equipos utilizados para el almacenamiento de vacunas, deben estar conectados a un sistema de respaldo eléctrico, el que se debe activar automáticamente ante cortes del suministro eléctrico habitual.
- La temperatura ambiente de un vacunatorio no puede sobrepasar los 25°C, en caso de hacerlo debe implementar sistemas de control de temperatura ambiente (aire acondicionado).
- Debe existir un equipo exclusivo para el almacenamiento de vacunas, diferente del que se utilice para el acondicionamiento de unidades refrigerantes.

¹⁹ Ministerio de Salud. Aprueba procedimientos del Departamento de Inmunizaciones relacionados con el PNI y deja sin efecto resoluciones que indica 29 septiembre 2022. Disponible en https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/10/RES_EX_1399_29SEP2022.pdf

De los refrigeradores para el almacenamiento de vacunas:

- Se recomienda el uso de refrigeradores clínicos por sobre el de refrigeradores domésticos acondicionados, ya que su distribución de temperaturas es uniforme en todo el compartimento de almacenamiento.
- Los equipos de refrigeración deben ser de uso exclusivo para vacunas y deben estar instalados en zonas que impidan les llegue luz solar directa.
- Las vacunas deben estar almacenadas siempre en envases secundarios. No almacenar en envase primario ya que algunas vacunas son fotosensibles.
- Los refrigeradores domésticos deben ser acondicionados de acuerdo con normativas técnicas vigentes.
- Deben mantener distancia del techo y paredes, según Norma técnica de cadena de frío vigente, o recomendaciones del fabricante.
- Deben ser instalados sobre una superficie nivelada.
- Deben utilizar enchufe exclusivo, sin alargadores y señalizado "NO DESENCUFAR"
- La temperatura ambiente en que se instalan debe mantenerse entre 18°C y 25°C para el óptimo funcionamiento de los equipos.
- Se debe establecer un plan de mantenimiento preventivo acorde a las recomendaciones del fabricante.
- Los mantenimientos correctivos deben realizarse por personal técnico calificado.
- La limpieza del interior de los refrigeradores puede realizarse con un paño húmedo y alcohol al 70%.
- La capacidad de almacenamiento de refrigeradores clínicos es del 100% de su capacidad útil, manteniendo 5cm de distancia de las paredes internas y distancia recomendada por fabricante de los ventiladores de aire frío.
- La capacidad de almacenamiento de los refrigeradores domésticos acondicionados es del 50% de su capacidad útil, manteniendo 5cm de distancia de las paredes internas y no se puede almacenar productos cercanos a las salidas de aire frío ni en zonas cálidas (puertas y compartimento de verduras).
- Tanto para refrigeradores clínicos como para refrigeradores domésticos acondicionados, se recomienda previo al almacenamiento de vacunas, realizar una medición de temperaturas en cada bandeja de almacenamiento por 24 horas utilizando termógrafos con registro cada 10 minutos. No se podrá almacenar vacunas en áreas que muestren excursiones de temperatura.

De los instrumentos de termometría:

- Se recomienda el uso de termógrafos, ya que permiten registro de temperaturas a intervalos programables, se recomienda medir cada 10 minutos.
- Otra alternativa son los termómetros digitales de máxima y mínima.
- Está prohibido el uso de instrumentos de termometría de alcohol o mercurio.
- Se recomienda el uso de instrumentos calibrados.
- El rango de medición de los instrumentos de termometría debe ser entre -30°C y +50°C, lo que permitirá su uso para todas las áreas que exigen control y registro de temperaturas.
- Deben contar con resolución de 0,1°C, es decir, que se lea al menos 1 decimal.
- Se recomienda utilizar equipos con exactitud de 0,5°C o mejor.
- Se recomienda equipos con sensor externo de medición de temperaturas, que permita registrar trazabilidad sin abrir puertas de refrigeradores o tapas de contener isotérmico pasivo (CIP).
- Durante los horarios inhábiles (noches y fines de semana), se debe disponer de un termógrafo en los equipos de almacenamiento. Lo anterior permitirá realizar un mejor análisis ante eventuales excursiones de temperatura.

De las UR:

- Se debe utilizar únicamente las UR que formen parte de la configuración calificada de cada CIP.
- El almacenamiento y acondicionamiento de las UR, debe dar respuesta a los requisitos de configuración calificada de los CIP a utilizar.
- Los equipos para el almacenamiento y acondicionamiento de las UR, deben ser distintos de los equipos para el almacenamiento de vacunas.
- No está permitido el uso de UR que no formen parte de la configuración calificada de cada CIP.

De los CIP para el transporte de vacunas:

- Se debe utilizar CIP calificados o precalificados para el transporte de vacunas.
- Se debe dar cumplimiento estricto a las configuraciones calificadas de los CIP (ANEXO N°5).
- El acondicionamiento de los CIP debe hacerse únicamente con unidades refrigerantes que cumplan con la calificación establecida (re llenas de agua con capacidad de 0,6 litros).
- Debe respetarse estrictamente los tiempos y temperaturas de acondicionamiento de las unidades refrigerantes.
- Debe respetarse las cargas mínimas y máximas para cada CIP según calificación, en caso de requerir transportar una carga menor a la mínima calificada, puede completar carga con otro producto refrigerado distinto (por ejemplo, suero fisiológico).
- Todo traslado de vacunas debe mantener trazabilidad de temperaturas.
- Deben almacenarse siempre limpios y secos. La limpieza se puede realizar con un paño humedecido en alcohol al 70%.

De los vehículos para transporte de vacunas:

- Está prohibido transportar vacunas en vehículos abiertos (pickup de camionetas) o en áreas que sobrepasen los límites de temperatura para lo cual ha sido calificado.
- Se recomienda el uso de vehículos dotados de aire acondicionado, que permita mantener las temperaturas ambientales dentro de rangos de calificación del CIP.
- Debe tener capacidad suficiente para el traslado de los CIP calificados, minimizando riesgos de apertura accidental, aplastamiento o volcamiento de los CIP.
- El vehículo de traslado debe estar en óptimas condiciones mecánicas.
- Se debe realizar una limpieza del vehículo previo a su uso para el traslado de vacunas.
- Debe priorizarse la ruta más corta para el traslado de vacunas.
- Debe existir un plan de contingencia en caso de fallas mecánicas o accidentes del vehículo.

De los registros de temperatura:

Se deberá mantener registro manual de temperaturas en caso de utilizar termómetros de máxima y mínima. Si el instrumento utilizado es un termógrafo, se deberá realizar descarga de datos diariamente. Para ambos casos, los registros deben estar disponibles y de fácil acceso.

Mensualmente se deberá realizar una evaluación de las curvas de temperatura y determinar si es necesario implementar medidas correctivas.

Ante cualquier detección de excursión de temperaturas, se deberá notificar de inmediato de acuerdo con procedimiento vigente.

Las áreas que exigen control y registro de temperatura son las siguientes:

- Temperatura ambiente del vacunatorio en horario am y pm los días hábiles.
- Temperatura del equipo para acondicionamiento de unidades refrigerantes “refrigeradas”, en horario am y pm los días hábiles.
- Temperatura del equipo para acondicionamiento de unidades refrigerantes “congeladas”, en horario am y pm los días hábiles.
- Temperatura de almacenamiento de vacunas en los equipos de refrigeración. En horario inhábil se deberá disponer de un termógrafo en los equipos de almacenamiento, que permita mantener trazabilidad cada 10 minutos.
- Para el traslado de vacunas desde DVI, se deberá mantener trazabilidad de los CIP, de acuerdo con el formulario de pedido-entrega.
- Para actividades de vacunación intra o extramural, se deberá establecer 3 registros de temperatura: al inicio, a la mitad y al finalizar la jornada de vacunación. En este último caso siempre que queden productos disponibles. Se debe verificar temperaturas del CIP permanentemente, para lo cual se recomienda el uso de dispositivos con sensor externo de temperatura para evitar aperturas de tapa.
- Si al finalizar una actividad de vacunación intra o extramural quedan productos disponibles al interior del CIP, se deberá devolver los productos al refrigerador de origen en calidad de cuarentena hasta verificar que no han sufrido excursiones de temperatura. En caso de verificar excursiones, se deberá mantener en cuarentena y notificar la excursión de temperatura según procedimiento establecido.

IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Contar con información confiable y oportuna en los distintos niveles, permite monitorear el avance y cobertura de las metas y la consecuente programación de actividades complementarias y estratégicas para la inmunización. El sistema de registro de vacunación a utilizar durante la campaña es el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) y tiene las siguientes consideraciones:

Registro Nacional de Inmunizaciones

- Es la plataforma informática que permite el registro nominal de personas vacunadas en establecimientos públicos y privados en convenio con las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI). Este sistema también interopera con otros sistemas locales de Registro Clínico Electrónico (RCE), en cuyo caso se comporta como un repositorio de vacunas.
- En caso de que el registro sea asistido por otra persona, la calidad y veracidad de los datos seguirá siendo responsabilidad del vacunador a cargo de la administración del evento de vacunación.
- 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 de la persona vacunada, comuna de residencia (comuna donde vive el usuario), profesional 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 Influenza 2023.
- Una vez ubicado en “Influenza 2023” en sistema RNI, seleccionar el tipo de documento; RUN, Pasaporte u otro, y 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 una de las siguientes características definida con mayor detalle en el punto III, población objetivo, la finalidad es contar con información más precisa al momento de hacer análisis de la información.

- Niños y niñas de 6 meses a 5 años.
- Escolares de 1º a 5º año básico.
- Embarazadas.
- Enfermos crónicos de 11 a 64 años de edad.
- P. de salud: Público.
- P. de salud: Privado.

- Personas mayores de 65 años y más.
- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.
- Trabajadores de la educación escolar y prescolar hasta 5º año básico.
- Estrategia Capullo para prematuros.
- Estrategia Capullo para lactantes inmunosuprimidos.
- Cuidadores de adultos mayores y funcionarios de los ELEAM
- Otras prioridades.
- Vacunación privada (No población objetivo).
- Personas con diagnóstico incluido en la Ley Ricarte Soto.
- Personas con diagnóstico incluido en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

En la población infantil (hasta los 5 años, incluye población que cursa kínder) y en personas mayores de 65 años y más se incluyó el criterio intramural (dentro del establecimiento de salud) y extramural (fuera del establecimiento de salud).

El criterio personas en centros cerrados: Servicio Mejor Niñez, recientemente creado por la Ley N° 21.302, será la institución que reemplazará al Servicio Nacional de Menores (SENAME) en la protección, reparación del daño y restitución de derechos vulnerados de niños, niñas y adolescentes.

El criterio vacunación privada (No población objetivo) puede ser utilizado solo por vacunatorios privados en convenio. Este criterio está disponible para aquellas personas que no son parte de los grupos objetivos y que acceden a la vacunación pagando por esta prestación.

Si un establecimiento de la red pública va a vacunar a un centro de salud privado, por ejemplo, una clínica dental, debe registrar el personal de la clínica como personal de salud privado.

Prioridad de criterio

El sistema presenta los criterios de elegibilidad según la edad de la persona ingresada, considerar que para las personas mayores de 65 años el único criterio a elegir es "Personas mayores de 65 años y más", que puede ser intra o extramural, según donde se realice la vacunación. Este criterio considera a las personas de 64 años que durante el año en curso cumplirá 65 años.

Cuando se presenta un usuario cuya edad puede estar dentro del rango de los 11 a los 64 años y cumple con más de un criterio de elegibilidad debe priorizar el registro de la siguiente forma:

- Embarazadas
- Enfermo crónico
- Personal de salud
- Trabajador avícola y de criaderos de cerdo
- Otras prioridades

Con respecto a los demás criterios de elegibilidad, se debe mencionar lo siguiente:

- Personal de salud público, personal de salud de FFAA y de Orden y Seguridad Pública, alumnos y voluntarios del sistema público serán presentados en conjunto en el sitio de reporte como "*Personal de salud público*".
- Personal de salud privado, alumnos en práctica y voluntarios del sistema privados serán presentados en conjunto en el sitio de reporte como "*Personal de salud privado*".

El criterio “Dosis”, se debe registrar si le corresponde dosis única, primera o segunda dosis. Los niños menores de 9 años que no han sido previamente vacunados, requerirán una segunda dosis después de un intervalo de a lo menos 4 semanas.

Completados todos los campos anteriores, hacer clic en guardar. El sistema arroja una alerta señalando “datos guardados exitosamente”.

El registro al día es una tarea relevante dentro del cumplimiento de las actividades de vacunación, teniendo en cuenta que es el medio verificador de la meta lograda.

La gestión de creación y deshabilitación de claves y/o perfiles del sistema RNI, está centralizada en el referente estadístico de cada SEREMI y Servicio de Salud, procedimiento establecido en el Ordinario B52 N° 4028, que “Formaliza procedimientos para el registro en el Sistema RNI”, del 10 de diciembre de 2013, MINSAL.

Se recomienda coordinar con el referente estadístico de SEREMI y Servicio de Salud la activación de claves para los vacunadores y registradores nuevos, previa anticipación al inicio oficial de la campaña, con el fin de optimizar los tiempos de respuesta en la entrega oportuna de los accesos al sistema, la cual debe ser modificada de manera individual en el primer ingreso al sistema.

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 posterior a la vacunación). Ver ANEXO N°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 Influenza, en "otras vacunas". En el caso del adulto y persona mayor de 65 años y más se debe registrar en su carnet de control, al igual que en Agenda de salud de la Mujer Gestante en "Vacunas y Visitas domiciliarias". Se debe registrar la vacuna administrada, lote y fecha de vacunación con letra legible. El certificado de vacunación, que se obtiene de RNI, debe ser entregado cuando el usuario lo solicite de manera presencial en los Centros de salud Familiar.

Información de vacunación en mevacuno.gob.cl

La plataforma web mevacuno.gob.cl ofrece a la población beneficiaria, tanto del sistema de salud público como privado, una herramienta de fácil acceso a través de cualquier dispositivo con conexión a internet (Smartphone, PC, Tablet, entre otros), creando un perfil a través de la autenticación mediante "Clave Única", "número de serie" de la Cédula de identidad chilena entregada por el Servicio del Registro Civil e Identificación, así como también para quienes no cuenten con las opciones anteriores a través de un "correo electrónico" y clave de acceso, permitiendo de manera remota obtener los comprobantes de vacunación digitales del usuario, entre otras funcionalidades. La plataforma tiene potencialidad para apoyar cualquier proceso de inmunización y validación de vacunas en el extranjero que se considere necesaria para el Programa Nacional de Inmunizaciones.

1. El usuario deberá ingresar a su perfil en <http://mevacuno.gob.cl>
2. Dar clic en pestaña "Mis Vacunas".
3. Se desplegará la información del esquema de vacunación, luego dar clic en el botón rojo "Descargar".
4. Una vez descargado el PDF, automáticamente se actualizará el código QR y podrá ser utilizado a nivel nacional.

Sistema de reporte

El consolidado de la información ingresada en el módulo de Influenza 2023 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.minsal.cl/>.

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 dirigidos 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, SEREMI, establecimientos de salud y vacunatorios, durante todo el período de campaña.

Etapas del plan comunicacional regional

Pre campaña: Esta etapa debe comenzar al menos 1 mes antes del comienzo de la campaña de vacunación, entre las actividades que se deben realizar durante esta etapa están:

- 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.
- Distribuir las piezas comunicacionales a establecimientos de centros de salud públicos y privados, además de identificar otras instituciones a quienes destinará el material que puedan colaborar con la difusión.
- Coordinar con el intersector y extrasector (JUNJI, Integra, SEREMI de Educación, SENAMA, SENAME, y Mejor Niñez, Departamentos de Salud Municipal, Hogar de Cristo, entre otros) la visualización de la campaña en sus respectivas páginas web y redes sociales u otro medio no convencional que se posea.

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 y dar amplia difusión de las piezas comunicacionales, a través de todas las plataformas comunicacionales.
- En caso de que se tenga material impreso, distribuir y verificar su uso en los establecimientos de salud o puntos estratégicos destinados para esta campaña (vacunatorios, jardines infantiles, colegios, hogares de ancianos, hogares de menores, municipalidades, y otros lugares de afluencia masiva de público).
- Realizar entrevistas a las autoridades regionales y puntos de prensa.

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.

Cierre (evaluación): Consiste en difundir a través de puntos de prensa el cumplimiento regional de la campaña de vacunación (coberturas según grupo objetivo, 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.

Logística y distribución de material

El Departamento de Comunicaciones del nivel central es el encargado de la publicación y difusión de las piezas comunicacionales.

El Departamento de Inmunizaciones, a través de la SEREMI y Servicios de Salud del país difunde a los vacunatorios la estrategia comunicacional, contenidas en las piezas comunicacionales digitales o material gráfico impreso.

Actividades:

- Coordinar con los establecimientos de salud de cada región, el día en que se iniciará la difusión de forma simultánea para generar impacto.
- Coordinar el lanzamiento, nacional regional y local.
- Identificar quiénes serán los voceros autorizados, con un mensaje unificado.
- Identificar medios de difusión o de transmisión gratuita.
- Convocar a personajes públicos a un punto de prensa o lanzamiento.
- Supervisar el cumplimiento de cronograma de actividades y sus resultados.
- Informar puntos de vacunación, horarios y actividades complementarias de vacunación extramural, con anticipación y en forma permanente.

XI. CAPACITACIÓN

Se realizarán capacitaciones desde el nivel central, dirigida a los equipos ejecutores para facilitar el acceso a la información. Se utilizarán videoconferencias a nivel nacional con el fin de mantener informado a los equipos.

Encargada/o de PNI de las SEREMI de Salud debe realizar las reuniones técnicas basadas en el presente documento con los vacunatorios privados en convenio.

Encargadas/os de PNI de los Servicios de Salud deben realizar las reuniones técnicas o de entrenamiento basadas en el presente documento con los equipos locales, en cada establecimiento de salud perteneciente a su comuna.

Este documento estará disponible en la página web <https://vacunas.minsal.cl> en el banner “Marco Regulatorio PNI”.

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°4.

- 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, realizaron 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” las prácticas de vacunación segura, 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) (ANEXO N°7) para verificar el logro de la meta de cobertura en el grupo objetivo de niñas/os de 6 meses a 5 años y en el grupo de personas mayores.

Por lo tanto, 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 micro-planificación.
- Supervisar el avance de la campaña 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. FISCALIZACIÓN

La fiscalización de la campaña es un rol ejercido principalmente por las SEREMIs de Salud regionales y provinciales.

- Fiscalizar a los vacunatorios públicos y privados en convenio, acorde a las normativas vigentes del PNI.
- Fiscalizar la correcta mantención de la cadena de frío de las vacunas y otros biológicos que son entregadas a los DVI regionales y/o provinciales y su distribución en establecimientos públicos y privados en convenio.
- Fiscalizar la correcta implementación de protocolos de trabajo establecidos en los centros de distribución de productos del PNI.

XIV. ABASTECIMIENTO

Para el año 2023 se realizó la compra por 7.700.000 dosis de Vacuna Influenza, el proceso comenzó en el mes de agosto 2022 con el llamado a través de la licitación pública N°621-777-LR22, el cual finalizó en el mes de septiembre 2022.

La totalidad de las dosis fue adjudicada al proveedor Recben Xenerics Farmaceutica Ltda., con la vacuna Influvac® trivalente fabricada por laboratorios Abbott (Holanda) en presentación de jeringas prellenadas de 0,5 mL, que cumplen con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el hemisferio Sur para el invierno 2023.

En este proceso, se han definido las siguientes entregas:

TABLA N°19: CANTIDAD TOTAL DE VACUNAS ADQUIRIDAS AÑO 2023

Disponibilidad para MINSAL	Cantidad (dosis)
15-02-2023	1.800.000
22-02-2023	2.100.000
08-03-2023	2.100.000
15-03-2023	1.700.000
Total: 7.700.000	

En general, la distribución se desarrollará con salidas en rutas terrestres y aéreas para llegar a los DVI establecidos en el nivel intermedio (SEREMI de Salud), con tiempos de llegada en la zona central entre 2 y 8 horas, y en los extremos del país, con un máximo de 36 horas. La distribución al nivel comunal requiere entre 24 y 36 horas, de acuerdo con la extensión geográfica de cada región. Aproximadamente el 97% de la distribución a regiones se realiza de forma terrestre y un 3% se realiza vía área.

La planificación del suministro se realiza a través de una revisión periódica de la oferta (disponibilidad de vacunas), la demanda (requerimientos de vacunación de la población) y los datos de avance (registro de vacunación en RNI). En base a un análisis cuantitativo se establecen indicadores que permiten conocer la situación de abastecimiento regional, proyectar las necesidades de vacunas y realizar la planificación de la distribución nacional.

Los datos relevantes son:

- **Población objetivo regional:** cómo fue visto anteriormente en el apartado “Cálculo de la población objetivo”, los datos poblacionales son obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), fuente oficial para la planificación de políticas públicas²⁰, datos del Ministerio de Educación y datos históricos de la campaña.
- **Estimación el stock de vacunas regional:** a través del sistema de control de inventarios del Departamento de Inmunizaciones es posible obtener el stock regional de vacunas en los DVI en tiempo real.
- **Obtención de la cantidad de vacunados:** a través del RNI y otras herramientas de gestión (Dashboard) es posible obtener la cantidad de vacunados por comuna y región, lo que permite combinar una serie de variables demográficas relevantes para la planificación.

²⁰ Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población [Internet]. [Citado el 01 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

- **Generar el balance regional de vacunas:** a través del cruce de bases de datos provenientes de las fuentes anteriores, es posible calcular el balance de vacunas, y de esta forma, proyectar el “stock de vacunas circulantes en regiones”.

En base a los indicadores obtenidos y tomando en consideración el stock de nivel central y las remesas futuras se define la distribución a ejecutar. La asignación por DVI/Región se debe realizar tomando en consideración las vacunas, lotes y fechas de vencimiento disponibles, para asegurar el uso eficiente de los bienes públicos bajo la gestión del PNI.

A continuación, se presenta el plan de distribución estimado de estas dosis durante los meses de febrero a abril, el cual está sujeto a modificaciones por parte del Ministerio de Salud:

TABLA N°20: PLAN ESTIMADO DE DISTRIBUCIÓN VACUNA INFLUVAC, FEBRERO-ABRIL 2023

Fechas de distribución estimadas		20-02-2023	27-02-2023	06-03-2023	13-03-2023	20-03-2023	27-03-2023	03-04-2023	10-04-2023	Total
REGIÓN	DVI	Dist.1	Dist.2	Dist.3	Dist.4	Dist.5	Dist.6	Dist.7	Dist.8	Total
Arica y Parinacota	Arica	18.000	12.600	12.600	18.000	9.600	9.600	10.300	8.000	90.700
Iquique	Tarapacá	24.000	21.600	21.600	24.000	14.400	14.400	13.800	12.000	133.800
Antofagasta	Antofagasta	33.600	43.200	43.200	33.600	31.200	31.200	19.300	26.000	235.300
Atacama	Copiapó	14.400	10.800	10.800	14.400	8.400	8.400	8.300	7.000	75.500
Atacama	Vallenar	4.800	4.320	4.800	4.800	2.400	2.400	2.800	2.000	26.320
Coquimbo	Coquimbo	31.800	36.000	36.000	32.400	26.400	26.400	18.300	22.000	207.300
Coquimbo	Ovalle	12.000	25.200	25.200	12.000	18.000	18.000	6.900	15.000	117.300
Coquimbo	Los Vilos	7.200	7.200	7.200	7.200	6.000	6.000	4.100	5.000	44.900
Valparaíso	San Felipe	15.600	54.000	54.000	15.600	38.400	38.400	9.000	32.000	225.000
Valparaíso	Viña del Mar	96.000	129.600	129.600	96.000	92.400	92.400	55.100	77.000	691.100
Valparaíso	Isla de Pascua	1.200	2.160	-	-	-	-	700	-	4.060
Lib. B. O'Higgins	Rancagua	62.400	72.000	72.000	62.400	51.600	51.600	35.800	43.000	407.800
Maule	Talca	66.000	108.000	108.000	66.000	75.600	75.600	37.900	63.000	537.100
Ñuble	Chillán	25.200	32.040	32.400	25.200	22.800	22.800	14.500	19.000	174.940
Bío-Bío	Los Ángeles	21.600	25.200	25.200	21.600	18.000	18.000	12.400	15.000	142.000
Bío-Bío	Concepción	60.000	72.000	72.000	60.000	51.600	51.600	34.400	43.000	401.600
Araucanía	Angol	12.000	21.600	21.600	12.000	14.400	14.400	6.900	12.000	102.900
Araucanía	Temuco	43.200	44.640	45.600	43.200	31.200	31.200	24.800	26.000	263.840
De los Ríos	Valdivia	21.600	25.200	25.200	21.600	18.000	18.000	12.400	15.000	142.000
De los Lagos	Osorno	15.600	18.000	18.000	15.600	12.000	12.000	9.000	10.000	100.200
De los Lagos	Puerto Montt	21.600	36.000	36.000	21.600	26.400	26.400	12.400	22.000	180.400
De los Lagos	Castro	10.200	12.240	12.600	10.800	9.600	9.600	5.900	8.000	70.940
Aisén	Coyhaique	7.200	5.400	5.400	7.200	3.600	3.600	4.100	3.000	36.500
Magallanes	Punta Arenas	10.800	9.000	9.000	10.800	7.200	7.200	6.200	6.000	60.200
Metropolitana	Santiago (Lourdes)	228.000	324.000	324.000	228.000	230.400	230.400	130.700	192.000	1.695.500
Metropolitana	Santiago (Sur/B. Luco)	108.000	144.000	144.000	108.000	103.200	103.200	62.000	86.000	772.400
Metropolitana	Santiago (3° punto)	108.000	144.000	144.000	108.000	97.200	97.200	62.000	81.000	760.400
		900.000	900.000	900.000	1.200.000	1.200.000	900.000	850.000	850.000	7.700.000

XV. CONTROL DE STOCK

El control de stock es una herramienta relevante para el PNI, esta gestión debe realizarse en todos los niveles, con la finalidad de mantener un stock y un control de los productos biológicos e inmunoglobulinas.

Los diferentes niveles deberán realizar un control de stock estricto, para poder llevar un balance real y fidedigno de lo que se ha administrado y de lo que se tiene disponible en cada establecimiento.

Esta información actualizada, real y oportuna, permite evaluar coberturas, ver distribuciones, evitar quiebres de stock en el nivel local, y lograr una campaña coordinada y disminuyendo así la brecha de registro y stock disponible real.

El Departamento de Inmunizaciones enviará de forma diaria un reporte con el balance de vacunas enviadas a regiones versus registradas en RNI.

XVI. 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.minsal.cl/>.

Este reporte incluye:

- Dashboard Campaña Influenza 2023, este reporte muestra el avance de cobertura a nivel nacional, por región y grupo objetivo, además incorpora un gráfico comparativo con años anteriores con el número de vacunados por año y otro por grupo objetivo.
- Campaña Influenza 2023 - Cobertura de vacunación, muestra el avance de cobertura por grupo objetivo a nivel país, región y comuna, para acceder a la información se debe hacer click sobre país y se despliega la información por región, el avance comunal se puede observar al posicionar el cursor y hacer click sobre la región y se va a desplegar el avance de coberturas por grupo objetivo de todas las comunas de la región consultada.

FIGURA N°11: REPORTE DE AVANCE COBERTURA PÁGINA WEB DEIS

Vacunas administradas por dosis Campaña Influenza, Total País año 2021
(Incluye dosis únicas, primeras dosis y segundas dosis. Registros por Comuna de Ocurrencia)

Región:

Comuna:

Vacunas administradas según grupo de riesgo y establecimientos de ocurrencia.

Grupo de riesgo	Dosis	Total			
		Total	Dosis única	Primera dosis	Segunda dosis
Total		6.753.180	6.141.939	369.942	
1° básico	>	202.530	166.049	35.466	
2° básico	>	184.399	154.294	29.966	
3° básico	>	183.439	169.925	13.261	
4° básico	>	184.591	183.687	688	
5° básico	>	192.240	192.240	—	
Caucho para presntares	>	2.881	2.881	—	
Cuidadores y contactos intradomicilios postados	>	36.360	36.360	—	
Embarazadas	>	135.432	135.432	—	
Enfermos crónicos de 11 a 64 años	>	1.640.875	1.660.073	2	
GIS	>	1.693	1.676	12	
Ley Ricardo Soto	>	642	595	31	
Niños de 6 meses a 5 años de edad	>	1.251.854	726.927	207.136	
P. de salud: Adm. apoyo no clínico FFAA y de orden	>	2.479	2.479	—	
P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector privado	>	11.064	11.064	—	
P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector público	>	15.720	15.720	—	
P. de salud: Alumnos en práctica sector público	>	23.772	23.772	—	
P. de salud: Alumnos en práctica, sector privado	>	8.483	8.483	—	
P. de salud: FFAA y de orden	>	13.078	13.078	—	
P. de salud: Privado	>	97.651	97.651	—	
P. de salud: Público	>	271.290	271.199	1	
P. en serv. Esenciales: Administración del Estado,	>	52.278	52.278	—	
P. en serv. Esenciales: Atención directa a la Ciudadanía,	>	53.826	53.026	—	
P. en serv. Esenciales: Carabineros - IPOI,	>	26.985	26.985	—	

- Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

- Campaña Influenza 2023 - Vacunas administradas (producción), este reporte muestra el número de dosis administradas a nivel nacional, servicio de salud y establecimiento de salud. La forma de observar los datos sigue la misma lógica señalada en el punto anterior.

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 los grupos objetivo de su población inscrita validada.

Informe Regional Campaña Influenza 2023

Al finalizar la campaña influenza, 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 por región y comunas, según grupo objetivo.
- IV. Estrategias de vacunación de grupos priorizados.
- V. Total de dosis enviadas a su región desagregada por DVI (si corresponde).
- VI. Total de dosis registradas.
- VII. Total de dosis perdidas por DVI y nivel local, incluyendo causas y respectivas actas de eliminación.
- VIII. Total de dosis disponibles a la fecha del informe.
- IX. Número de ESAVI notificados.
- X. Número de EPRO notificados y sus respectivos informes de mejora.
- XI. Número de MRC realizados.
- XII. Gastos estimados durante el desarrollo de la campaña.
- XIII. Experiencia y lecciones aprendidas.
- XIV. Conclusiones y recomendaciones.

Se enviará formato vía correo electrónico para completar los ítems del V al VIII del Informe Regional Campaña Influenza 2023.

XVII. ANEXOS

ANEXO N°1: POBLACIÓN OBJETIVO (*)

Población objetivo campaña Influenza 2023, por región y subcriterios.

Región	Niños de 6 meses a 5 años	Escolares de 6 a 10 años	Población Infantil Total	Personas de 65 años y más	Enfermos Crónicos	Capullo para prematuros	Embarazadas	P. de salud Público	P. de salud Privado	Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 5° año básico	Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo	Otras prioridades	TOTAL GENERAL
Total país	1.296.241	1.264.185	2.560.426	2.664.128	1.977.412	44.971	231.109	327.922	125.047	245.021	38.831	647.390	8.862.257
Arica y Parinacota	17.482	17.819	35.301	32.459	25.807	666	3.083	5.947	1.052	3.233	764	13.324	121.636
Tarapacá	32.128	30.080	62.208	36.566	34.764	1.083	5.165	6.643	1.919	6.260	459	13.146	168.213
Antofagasta	52.025	48.085	100.110	61.760	44.513	1.732	8.389	8.336	4.806	5.948	176	72.652	308.422
Atacama	22.684	23.680	46.364	38.331	31.393	761	3.888	4.829	816	4.514	110	9.151	140.157
Coquimbo	55.893	60.212	116.105	122.843	67.706	1.911	9.480	14.718	2.076	12.921	629	44.917	393.306
Valparaíso	119.640	123.835	243.475	323.283	191.581	4.274	21.890	31.212	10.017	25.775	4.729	50.158	906.394
Metropolitana	560.816	509.626	1.070.442	1.015.891	723.402	18.481	99.887	112.173	75.298	80.004	8.116	155.522	3.359.216
O'Higgins	63.963	66.438	130.401	151.037	127.127	2.374	11.724	15.900	5.208	15.122	11.378	42.904	513.175
Maule	74.244	76.564	150.808	176.066	167.436	2.732	13.623	20.578	3.479	20.154	3.041	70.163	628.080
Ñuble	30.286	32.112	62.398	86.839	89.410	1.127	5.549	10.447	1.828	8.204	943	12.439	279.184
Biobío	101.946	106.517	208.463	241.909	173.432	3.734	18.398	38.819	7.856	22.371	776	59.892	775.650
La Araucanía	66.091	68.854	134.945	154.588	112.807	2.449	12.270	20.886	3.568	16.625	1.190	24.493	483.821
Los Ríos	24.565	25.362	49.927	61.786	55.934	900	4.280	8.844	2.279	5.562	4.718	24.916	219.146
Los Lagos	56.400	56.690	113.090	122.689	95.925	2.124	10.341	19.427	3.944	13.631	1.684	35.441	418.296
Aysén	7.337	7.671	15.008	12.963	10.022	250	1.311	3.626	271	2.325	29	3.959	49.764
Magallanes	10.741	10.640	21.381	25.118	26.153	374	1.831	5.537	630	2.372	89	14.313	97.798

Notas:

- » Población infantil, escolares y adultos mayores, INE 2023.
- » Crónicos y otras prioridades, son los vacunados al 01 de diciembre en la campaña 2022.
- » Embarazadas, personal de salud público, capullo y trabajadores de criaderos, son la población estimada en la campaña influenza 2022.
- » Trabajadores de la educación, son los vacunados al 01 de diciembre 2022.

(*) Datos preliminares 2023

ANEXO N°2: GUÍA PARA LA MICRO PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

Para lograr coberturas de vacunación de 85% 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 micro-planificación 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 realizo 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).

PASOS PARA SECTORIZAR EL ÁREA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Determinar y señalar los límites del área adscrita al establecimiento de salud con respecto a los centros de salud colindantes.
2. Identificar los barrios o zonas en que se sectorizará el área adscrita al establecimiento de salud.
3. Delimitar cada uno de los sectores del área, señalando lugares claves como instituciones o de alto tránsito.
4. Señalar claramente cada sector con una nomenclatura clara y la leyenda que identifica los lugares donde se podría captar la población meta de vacunación.
5. Evitar “tierras de nadie” al definir los límites entre los establecimientos de salud colindante.



IMÁGEN N°1: PASOS DE LA SECTORIZACIÓN

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 micro-planificación 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.

ANEXO N°3: FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Establecimiento: _____ Vacunador: _____

Fecha: _____ Vacuna: _____ Lote: _____

RUT	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	SEXO*		FECHA DE NACIMIENTO	COMUNA RESIDENCIA	DOSIS*		CE RNI	CORREO Y/O TELÉFONO
				F	M			1º	2º		

*** Marcar con una X donde corresponda**

- Criterios de Elegibilidad (CE) en RNI**
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Niños y Niñas de 6 meses a 5 años. 2. Escolares de 1° a 5° año básico. 3. Embarazadas. 4. Enfermos crónicos de 11 a 64 años de edad. 5. P. de salud: Público. 6. P. de salud: Privado. 7. Personas mayores de 65 años y más. 8. Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo. | <ul style="list-style-type: none"> 9. Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 5° año básico. 10. Estrategia Capullo para prematuros. 11. Estrategia Capullo para inmunosuprimidos. 12. Cuidadores de adultos mayores y funcionarios de los ELEAM 13. Otras prioridades. 14. Vacunación privada (No población objetivo). 15. Personas con diagnóstico incluido en la Ley Ricarte Soto. 16. Personas con diagnóstico incluido en las Garantías Explícitas en Salud (GES). |
|---|---|

ANEXO N°4: 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, escríbala en el casillero observaciones.

	SI	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 caja de bioseguridad (contenedor amarillo)			
Cuenta con mesa de trabajo			
Cuenta con silla para el usuario			
Cuenta con alcohol gel			
Cuenta con toalla de papel desechable			
Cadena de frío			
Cuenta con unidades refrigerantes de repuesto			
El termómetro se encuentra bien ubicado			
La temperatura del CIP se encuentra dentro de los rangos (+2°C y +8°C)			
Las vacunas están separadas de la unidad refrigerante			
El CIP se encuentra en buenas condiciones			
Técnica de administración			
Verifica que el usuario sea parte de la población objetivo			
Informa al usuario sobre la vacuna			
Informa al usuario sobre las reacciones post vacunales			
Verifica que la vacuna y la fecha de vencimiento sean correctas			
Administra la vacuna por vía IM			
Logística			
Cuenta con planificación de la campaña			
Cuenta con la población objetivo asignada			
Cuenta con dosis suficientes para la población objetivo definida			
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			
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 firmar del profesional supervisor: _____

Nombre y firma del entrevistado: _____

ANEXO N°5: CONFIGURACIÓN CALIFICADA CIP MINSAL

CONFIGURACIÓN INVIERNO CIP 35 LITROS MINSAL

Características:

CIP con capacidad útil de 35 litros, que mediante configuración calificada, a temperaturas ambientales entre +5°C y +25°C, asegura el mantenimiento de la cadena de frío (+2°C a +8°C) por 24 horas,

Carga mínima:

10 frascos de vacuna en envase secundario. En caso de usar esta configuración para traslado, se debe fijar la carga con cinta adhesiva al interior del CIP para evitar que se mueva en el trayecto.

Carga máxima:

CIP lleno de productos biológicos.

Unidades Refrigerantes (UR):

Cada CIP requiere un total de 16 UR rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros cada una, de las cuales 8 van congeladas y 8 refrigeradas.

Acondicionamiento de UR:

UR refrigeradas: almacenadas por al menos 24 horas entre +2°C a +8 °C.

UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperaturas de +2° a +8°C o en su defecto por 15 minutos a temperatura ambiente inferior a +25°C.

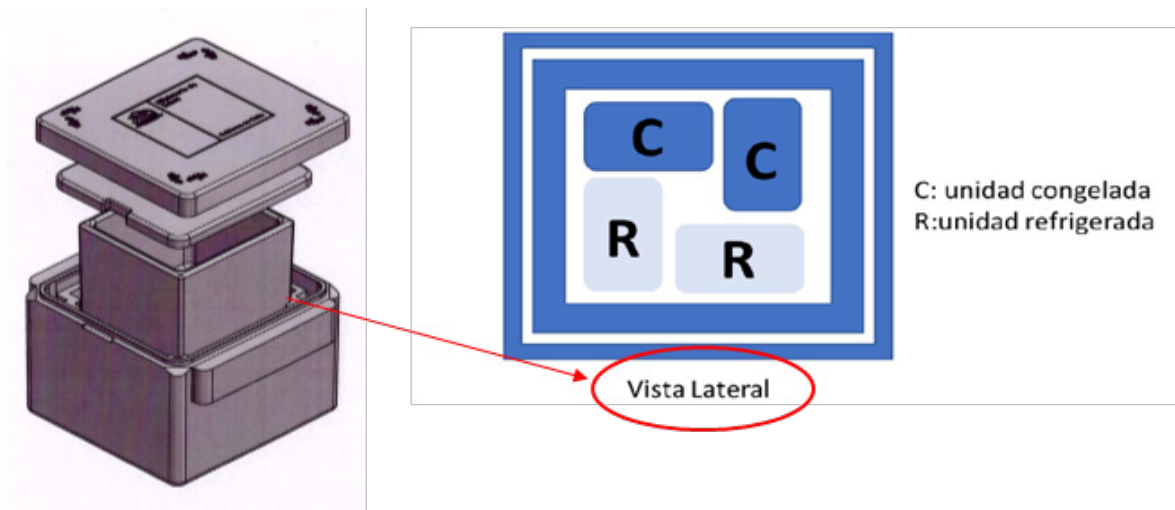
Armado del CIP:

Se debe armar el CIP a temperaturas de refrigeración (+2°C a +8°C).

De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente inferior a +25°C.

Disposición de las UR:

Se debe disponer de 4 UR por cada cara lateral del CIP, ubicando las UR refrigeradas en la parte inferior y las UR congeladas en la parte superior, como se indica a continuación



Nota: El aseguramiento de la cadena de frío mediante el uso de este CIP, obedece exclusivamente al uso de los materiales descritos y acondicionados como se indica en este instructivo.

CONFIGURACIÓN DE VERANO CIP 35 LITROS MINSAL

Características:

CIP con capacidad útil de 35 litros que, mediante configuración calificada, a temperaturas ambientales hasta 35°C, asegura el mantenimiento de la cadena de frío (+2°C a +8°C) por 20 horas.

Carga mínima:

10 frascos de vacuna en envase secundario. En caso de usar esta configuración para traslado, se debe fijar la carga con cinta adhesiva al interior del CIP para evitar que se mueva en el trayecto.

Carga máxima:

CIP al 100% de capacidad.

Unidades Refrigerantes (UR):

Cada CIP requiere un total de 16 UR rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros cada una, de las cuales 12 van congeladas y 4 refrigeradas.

Acondicionamiento de UR:

UR refrigeradas: almacenadas por al menos 24 horas entre +2°C a +8 °C.

UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperatura ambiente inferior a +25°C.

Armado del CIP:

Idealmente armarlo a temperaturas de refrigeración (+2°C a +8°C). De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente inferior a 25°C y esperar a que alcance temperaturas de +2°C a +8°C en su interior (se recomienda usar un visor externo de temperatura para evitar apertura de CIP)

Disposición de las UR:

Se debe disponer de 4 UR por cada cara lateral del CIP, ubicando la UR refrigerada en la parte inferior (horizontal) y las UR congeladas en la parte superior e inferior (vertical).



C: UR congelada
R: UR refrigerada

Nota: El aseguramiento de la cadena de frío mediante el uso de este CIP, obedece exclusivamente al uso de los materiales descritos y acondicionados como se indica en este instructivo.

CONFIGURACIÓN INVIERNO CIP 70 LITROS MINSAL

Características:

CIP con capacidad útil de 70 litros que, mediante configuración calificada, a temperaturas ambientales entre +5°C y +25°C, asegura el mantenimiento de la cadena de frío (+2°C a +8°C) por 24 horas,

Carga mínima:

50% de la capacidad de almacenamiento del CIP. Para transporte de cargas menores, se recomienda el uso de CIP 35 litros.

Carga máxima:

100% de la capacidad de almacenamiento del CIP.

Unidades Refrigerantes (UR):

Cada CIP requiere un total de 24 UR rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros cada una, de las cuales 12 van congeladas y 12 refrigeradas.

Acondicionamiento de UR:

UR refrigeradas: almacenadas por al menos 24 horas entre +2°C a +8°C.

UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperaturas de +2° a +8°C o en su defecto por 15 minutos a temperatura ambiente inferior a +25°C.

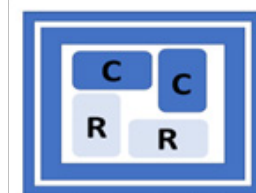
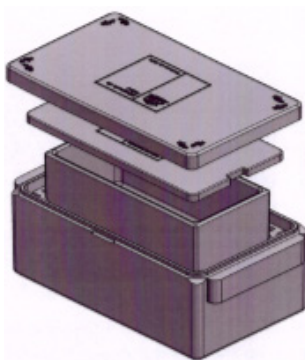
Armado del CIP:

Se debe armar el CIP a temperaturas de refrigeración (+2°C a +8°C).

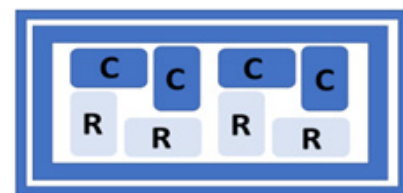
De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente inferior a +25°C.

Disposición de las UR:

Se debe disponer de 4 UR por cada cara lateral (ancho) y de 8 UR por cada cara lateral (largo) del CIP. Las UR refrigeradas van en la parte inferior y las UR congeladas en la parte superior, como se indica a continuación.



Vista lateral ancho



Vista lateral largo

C: UR congelada

R: UR refrigerada

Nota: El aseguramiento de la cadena de frío mediante el uso de este CIP, obedece exclusivamente al uso de los materiales descritos y acondicionados como se indica en este instructivo

CONFIGURACIÓN DE VERANO CIP 70 LITROS MINSAL

Características:

CIP con capacidad útil de 70 litros que, mediante configuración calificada, a temperaturas ambientales hasta +35°C, asegura el mantenimiento de la cadena de frío (+2°C a +8°C) por 18 horas.

Carga mínima:

50% de la capacidad de almacenamiento del CIP. Para transporte de cargas menores, se recomienda el uso de CIP 35 litros.

Carga máxima:

100% de la capacidad de almacenamiento del CIP.

Unidades Refrigerantes (UR):

Cada CIP requiere un total de 24 UR rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros cada una, de las cuales 18 van congeladas y 6 refrigeradas.

Acondicionamiento de UR:

UR refrigeradas: almacenadas por al menos 24 horas entre +2°C a +8 °C.

UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperatura ambiente inferior a +25°C.

Armado del CIP:

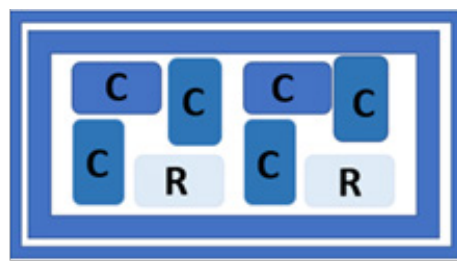
Idealmente armarlo a temperaturas de refrigeración (+2°C a +8°C). De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente inferior a +25°C y esperar a que alcance temperaturas de +2°C a +8°C en su interior (se recomienda usar un visor externo de temperatura para evitar apertura de CIP)

Disposición de las UR:

Se debe disponer de 4 UR por cada cara lateral (ancho) y de 8 UR por cada cara lateral (largo) del CIP. Las UR refrigeradas van en la parte inferior (horizontal) y las UR congeladas en la parte superior e inferior (vertical), como se indica a continuación.



Vista lateral ancho



Vista lateral largo

C: UR congelada

R: UR refrigerada

Nota: El aseguramiento de la cadena de frío mediante el uso de este CIP, obedece exclusivamente al uso de los materiales descritos y acondicionados como se indica en este instructivo.

CONFIGURACIÓN DE VERANO CIP 15 LITROS MINSAL

Características:

CIP con capacidad útil de 15 litros que, mediante configuración calificada, a temperaturas ambientales hasta +30°C, asegura el mantenimiento de la cadena de frío (+2°C a +8°C) por 24 horas.

Carga mínima:

1 frasco de vacuna (envase primario) ubicado sobre una unidad refrigerante (UR) refrigerada. En caso de usar esta configuración para traslado, se debe fijar la carga con cinta adhesiva al interior del CIP para evitar que se mueva en el trayecto.

Carga máxima:

CIP al 100% de capacidad.

Unidades Refrigerantes (UR):

Cada CIP requiere un total de 10 UR rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros cada una, todas congeladas.

Acondicionamiento de UR:

UR refrigeradas: almacenadas por al menos 24 horas entre +2°C a +8 °C.

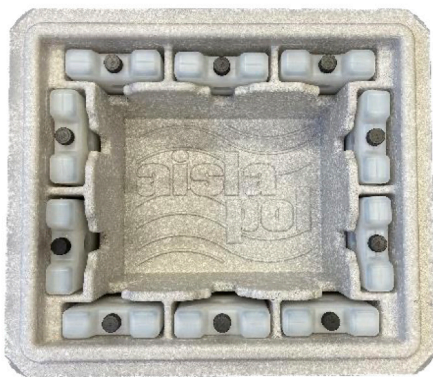
UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperaturas de +2°C a +8°C o en su defecto por 15 minutos a temperatura ambiente entre +18°C y +25°C.

Armado del CIP:

Idealmente armarlo a temperaturas de refrigeración (+2°C a +8°C). De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente entre +18°C y +25°C.

Disposición de las UR:

Se debe disponer de las 10 UR congeladas en las caras laterales del CIP, con las tapas hacia arriba y los orificios hacia el espacio de almacenamiento para facilitar su manipulación. En el caso de utilizar carga mínima, se debe ubicar una UR refrigerada de forma horizontal en el espacio útil del contenedor, sobre la cual se posicionará el producto biológico en su envase primario.



Nota 1: El aseguramiento de la cadena de frío mediante el uso de este CIP, obedece exclusivamente al uso de los materiales descritos y acondicionados como se indica en este instructivo. En relación al almacenamiento de las UR, es importante que se adecúe a las temperaturas de refrigeración y congelación, según sea el caso, para garantizar la correcta distribución térmica al interior del CIP.

Nota 2: Durante el uso del contenedor, podrían registrarse temperaturas en su interior entre 1 y 2 grados Celsius inmediatamente después del armado de éste, las que no representan un riesgo para los productos a transportar, por lo que NO deben reportarse. Para evitar esto, el termógrafo debe ubicarse dirigiendo el sensor entre los productos.

CONFIGURACIÓN DE INVIERNO CIP 15 LITROS MINSAL

Características:

CIP con capacidad útil de 15 litros que, mediante configuración calificada, a temperaturas ambientales entre 0°C hasta +21°C, asegura el mantenimiento de la cadena de frío (+2°C a +8°C) por 24 horas.

Carga mínima:

1 frasco de vacuna (envase primario) ubicado sobre una unidad refrigerante (UR) refrigerada. En caso de usar esta configuración para traslado, se debe fijar la carga con cinta adhesiva al interior del CIP para evitar que se mueva en el trayecto.

Carga máxima:

CIP al 100% de capacidad.

Unidades Refrigerantes (UR):

Cada CIP requiere un total de 10 UR rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros cada una, 5 UR congeladas y 5 UR refrigeradas.

Acondicionamiento de UR:

UR refrigeradas: almacenadas por al menos 24 horas entre +2°C a +8 °C.

UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 15 minutos a temperatura ambiente entre +18°C y +25°C.

Armado del CIP:

Idealmente armarlo a temperaturas de refrigeración (+2°C a +8°C). De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente entre +18°C y +25°C.

Disposición de las UR:

Se debe ubicar 10 UR en las caras laterales del CIP, con las tapas hacia arriba y los orificios hacia el espacio de almacenamiento para facilitar su manipulación; se debe disponer de 5 UR congeladas y 5 UR refrigeradas alternadamente. En el caso de utilizar carga mínima, se debe adicionar una UR refrigerada de forma horizontal en el espacio útil del contenedor, sobre la cual se posicionará el producto biológico en su envase primario.



Nota 1: El aseguramiento de la cadena de frío mediante el uso de este CIP, obedece exclusivamente al uso de los materiales descritos y acondicionados como se indica en este instructivo. Con relación al almacenamiento de las UR, es importante que se adecúe a las temperaturas de refrigeración y congelación, según sea el caso, para garantizar la correcta distribución térmica al interior del CIP.

Nota 2: Para zonas extremas cuyos trayectos impliquen una temperatura ambiente de 0°C por más de 2 horas continuas, se recomienda utilizar el contenedor acondicionado con carga máxima. En caso de necesitar transportar carga mínima, se sugiere completar con carga ficticia (3 UR refrigeradas adicionales a la UR ubicada en el espacio de almacenamiento). El sensor del termógrafo (interno o externo) debe ubicarse en contacto directo con los productos biológicos.

ANEXO N°6: PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA DE 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 N°7: GUÍA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS

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 Influenza debe concluir con la realización de MRC para verificar que se alcanzaron las coberturas de vacunación en el grupo objetivo de niñas(os) de 6 meses a 5 años y en el grupo de personas mayores (PM) de 65 años y más.

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°1). 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°2. 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°3.

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°4).

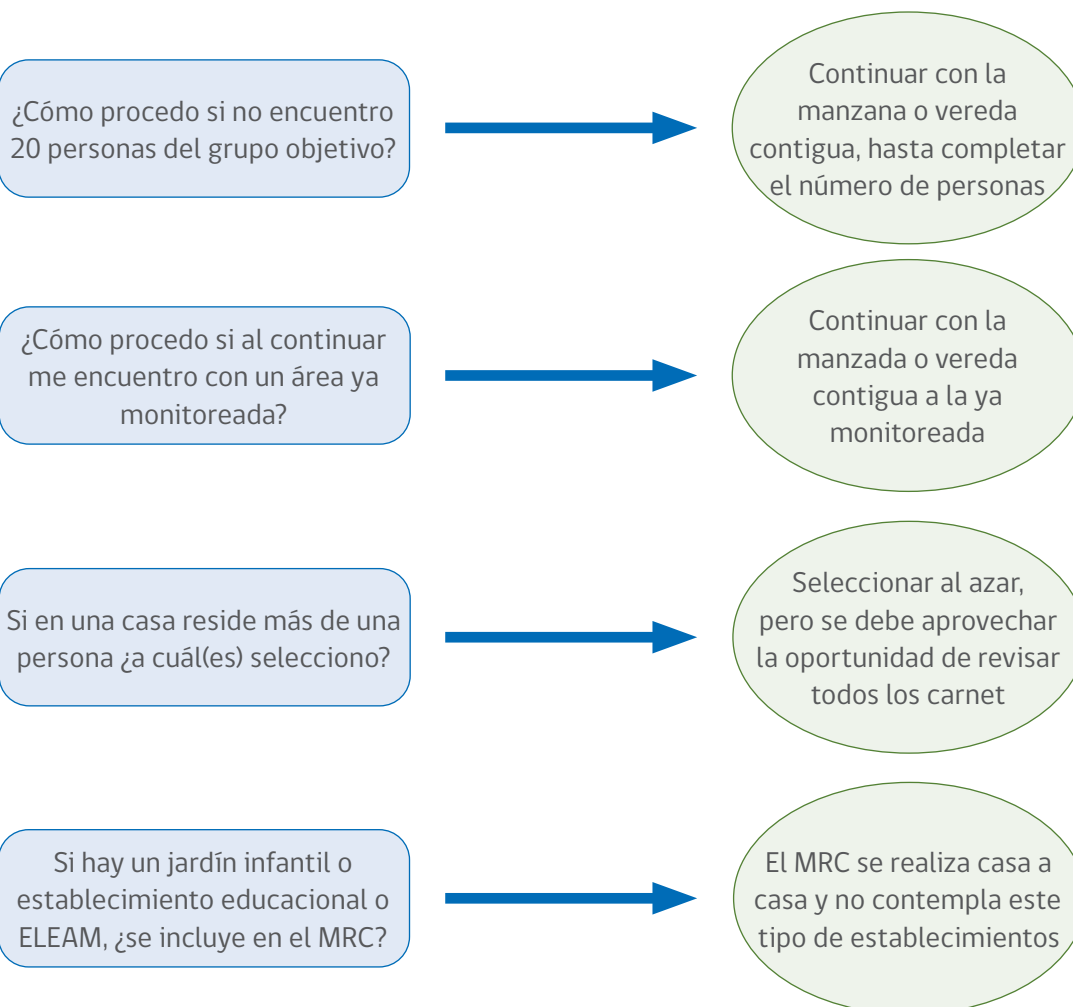
Si en la casa reside más de un niño/a de 6 meses a 5 años de edad o persona mayor de 65 años y más, solo se selecciona al azar uno de ellos que será analizado y registrado en el formulario de MRC. Aunque solo se incluye un niño/a o personas mayores de cada casa, se deben revisar las cédulas del resto de los niños/as y aprovechar la oportunidad de indicar completar a la brevedad 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.

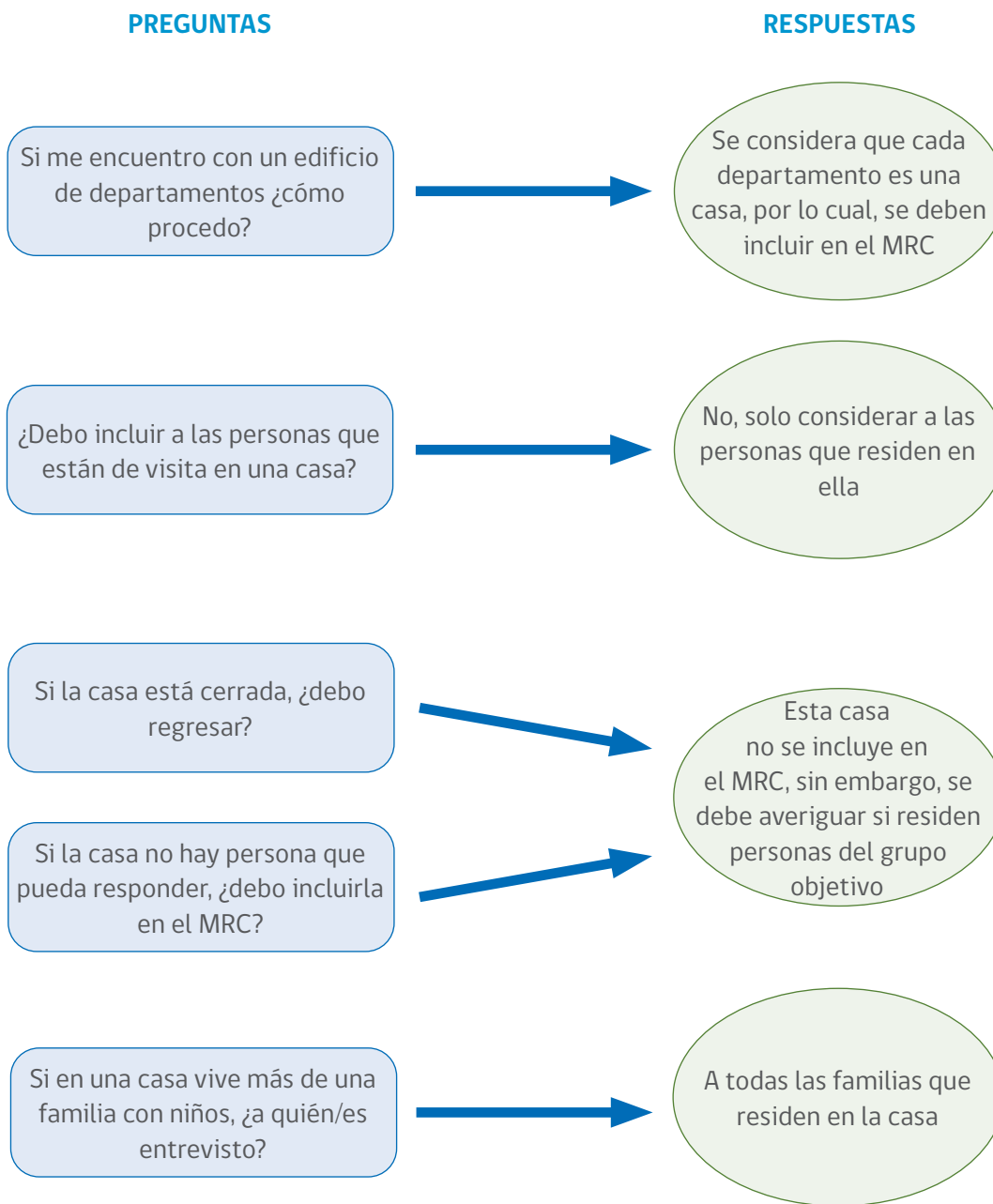
Para registrar los datos de cada casa se deben realizar las siguientes acciones:

- Explicar el motivo de la visita y solicitar algún medio de verificación de la vacunación de la población objetivo que viva en la casa, luego seleccionar al azar una de ellas. Si en la casa reside más de una persona de la población objetivo (niñas/os o PM), revisar el estado vacunal de todas ellas y vacunar a las que no lo estén.
- Revisar el comprobante o carnet 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 6 meses a 5 años de edad o PM.
- Si se identifica que en esa casa cerrada residen niños o PM y se pueden obtener sus nombres, se debe verificar en el RNI si están vacunados.
- Si al realizar el MRC se identifica que 2 de los 20 niños o PM no tienen la vacuna anti-influenza, se suspende el monitoreo y se procede de inmediato a vacunar ese barrio, sector o zona.
- Registrar el motivo en caso de encontrar niños/as o PM no vacunados, según las diferentes razones que se indican en el formulario.
- 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:

PREGUNTAS

RESPUESTAS





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°5. 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.

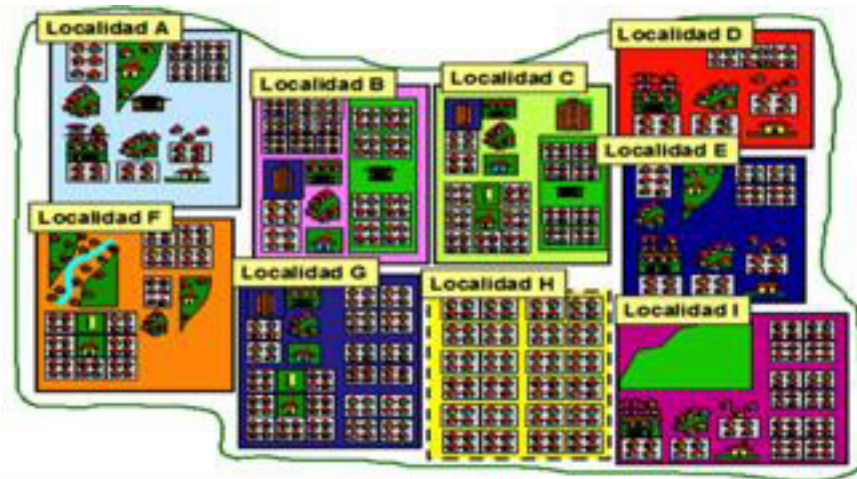


IMAGEN N°2: EJEMPLO DE SELECCIÓN AL AZAR DE UNA MANZANA PARA REALIZAR MRC EN LA LOCALIDAD ADSCRITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

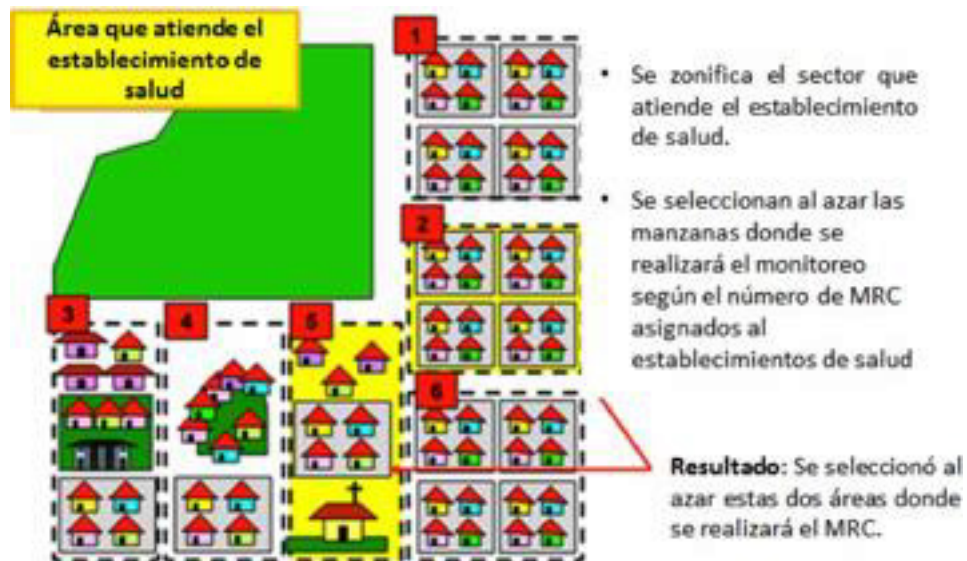
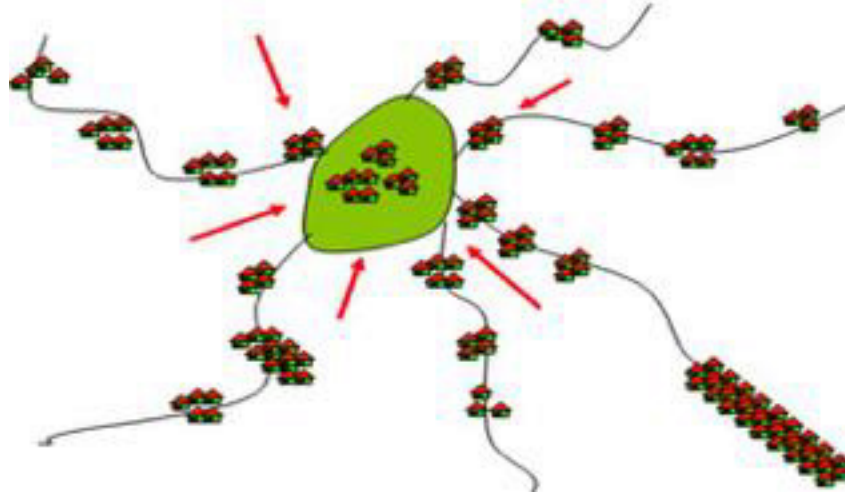


IMAGEN N°3: UBICACIÓN DE LAS CASAS EN COMUNIDADES RURALES PARA REALIZAR EL MRC.

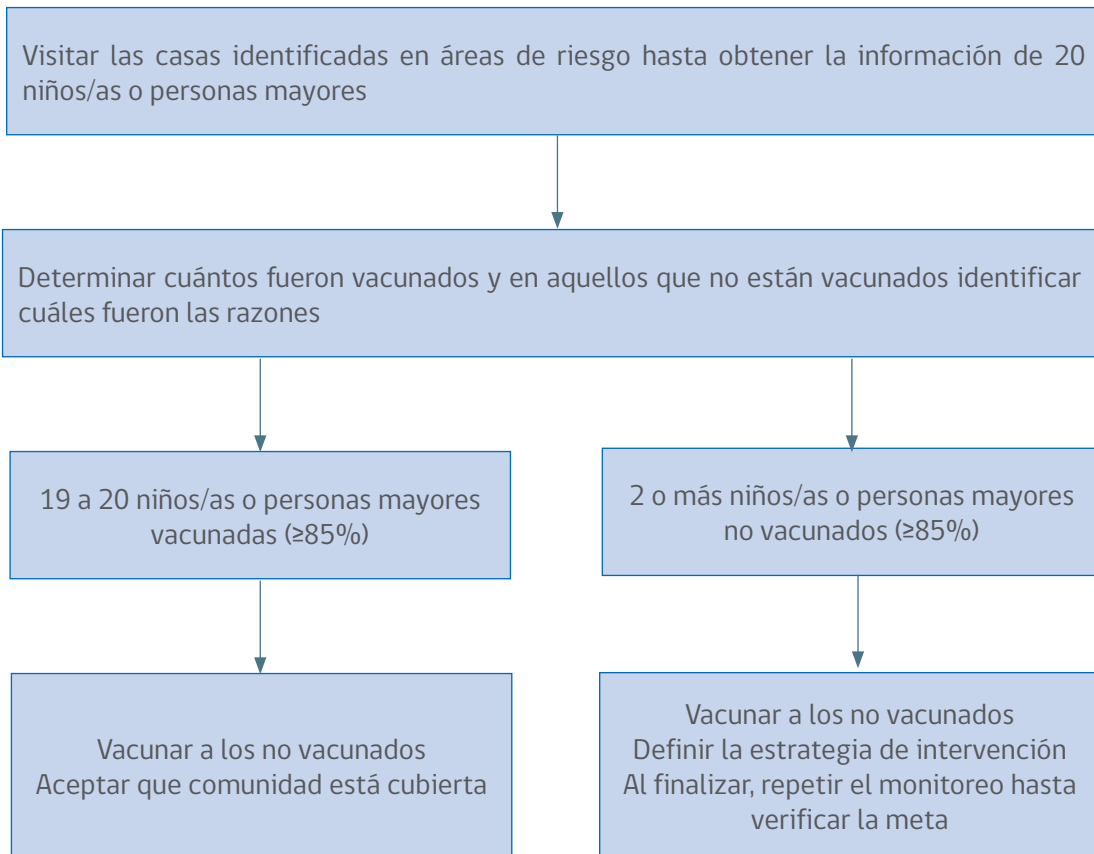


- Identifique el centro de la comunidad, las rutas más importantes de acceso para captar a la población y los grupos prioritarios según etnia, religión, otros.
- Inicie los monitoreos en el centro de la comunidad desplazándose por las diversas rutas hasta completar el número de personas asignadas a cada 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 o PM.
- Si no se encuentran en el mismo piso, pasa al piso siguiente hasta completar los 20 niñas/as o PM que se requiere entrevistar.

IMAGEN Nº5: CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN CON BASE A LOS RESULTADOS MRC EN LA LOCALIDAD

ANEXO N°8: REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

PERSONAL DE SALUD

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
 RUN, con domicilio , perteneciente al _____

Establecimiento _____, por propia voluntad rechazo la vacuna contra la influenza. A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no ser vacunado/a (hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la influenza). He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas a mi cuidado y aseguro haber sido informado/a de que la autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud, por lo que cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi persona y a la población bajo mi cuidado.

MOTIVO DEL RECHAZO:

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

 Usuario/a que rechaza
 RUN y firma

 Funcionario de Salud
 Equipo de vacunación
 RUN y firma

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUN _____ padre/madre o representante legal de _____

con domicilio _____, correspondiente al territorio a cargo del Centro de Salud _____, por propia voluntad rechazo las 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 asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/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 su contacto y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud 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 representado/a 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 Representante Legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN PERSONAS MAYORES

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
 RUN _____ (en caso especial: tutor de _____) con
 domicilio _____, correspondiente al territorio a cargo del
 Centro de Salud _____, rechazo las vacunas:

VACUNAS QUE PROTEGEN CONTRA (Marque con una X)		INDIQUE LA DOSIS
<input type="checkbox"/>	Influenza	
<input type="checkbox"/>	Neumococo	
<input type="checkbox"/>	Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/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 contactos y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi representado/a y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

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

 Usuario/a que rechaza
 RUN y firma

 Funcionario de Salud
 Equipo de vacunación
 RUN y firma

