



**APRUEBA LINEAMIENTOS TÉCNICOS  
OPERATIVOS VACUNACIÓN  
ANTIINFLUENZA.**



GABINETE MINISTRO DE SALUD  
DIVISIÓN JURÍDICA  
MTVB / JCRB / ETS / CMV / CGC / JHG / YVB

**SANTIAGO,** 10 MAR 2022

**RESOLUCIÓN EXENTA N°** 377 /

**VISTO**, lo dispuesto en el artículo 19 N° 1 y N° 9 de la Constitución Política de la República; en el Código Sanitario, en el artículo 1, 4 N° 10 y 14, y 9 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en los artículos 6°, 7°, y 25 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Cartera de Estado; en el decreto exento N° 50 de 16 de septiembre de 2021 del Ministerio de Salud que dispone la vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país; en resolución exenta N° 973 de 14 de diciembre de 2010 que aprueba Norma General Técnica sobre procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del Programa Nacional de Inmunizaciones; lo solicitado en Memorandum N° 27 N° 120 de 9 de febrero de 2022, de 24 de enero de 2018 de la Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades; y 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, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.
2. Que, la influenza es una enfermedad respiratoria aguda de origen viral, que es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias, mediante la posibilidad de intercambio genético entre los virus de origen humano y animal, lo cual se traduce en un aumento de la demanda en la atención extra e intrahospitalaria, así como en el número de fallecimientos que ocasiona especialmente en los grupos de riesgo, principalmente la población infantil, personas de 65 años y más, personas de todas las edades con patologías crónicas y mujeres embarazadas.
3. Que, la forma más eficaz de prevenir la enfermedad es la vacunación por campaña.

4. Que, es necesario establecer protocolos técnicos y operativos para el desarrollo de la campaña de vacunación antiinfluenza 2022 en la población definida como objetivo, fortaleciendo las acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
5. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** el documento denominado “Lineamientos técnicos operativos vacunación antiinfluenza”, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 90 páginas, todas ellas visadas por la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

El texto aprobado se mantendrá en poder del Departamento de Inmunizaciones de la División de Prevención y Control de Enfermedades, la que deberá asegurar que sus copias y reproducciones sean idénticas al texto original que se aprueba por este acto.

2. **PUBLÍQUESE**, por el Departamento de Inmunizaciones, el texto íntegro de los “Lineamientos técnicos operativos vacunación antiinfluenza”, y el de la presente resolución en el sitio [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), a contar de la total tramitación de esta última.
3. **REMÍTASE** un ejemplar de “Lineamientos técnicos operativos vacunación antiinfluenza”, a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

## ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



**DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA**  
**MINISTRO DE SALUD**

### DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Jefe de División de Prevención y Control de Enfermedades
- Jefe de División de Gestión de la Red Asistencial
- División Jurídica
- Oficina de Partes



# LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS **VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA**

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

**2022**



## Responsables

### **Dra. Sylvia Santander Rigollet**

Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades

### **Dra. Cecilia González Caro**

Jefe Departamento Inmunizaciones

División de Prevención y Control de Enfermedades

## Autores

Marcela Avendaño Viguera	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Iván Brstilo Cerda	- Ing. Civil Matemático, Departamento de Inmunizaciones MINSAL
Carolina De Pablo Manríquez	- Químico Farmacéutico, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Daniela Espinoza Espinoza	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Camila Fernández Muñoz	- Químico Farmacéutico, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Cedin Maldonado Oliva	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Felipe Muñoz Pérez	- Ing. Comercial, Departamento de Inmunizaciones MINSAL
Marcela Rivas Iglesias	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Juan Rodríguez Santana	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Camila Rojas González	- Químico Farmacéutico, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Christián Saavedra Gajardo	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Rosa Solar Sánchez	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Leslie Soto Sandoval	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

## Editor

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

# ÍNDICE

<b>I. ABREVIATURAS</b>	<b>4</b>
<b>II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES</b>	<b>5</b>
a) Generalidades	5
b) Situación Epidemiológica Mundial	8
c) Situación Epidemiológica en Chile	9
<b>III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2022</b>	<b>10</b>
<b>IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA</b>	<b>13</b>
<b>V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>VI. FASES Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN</b>	<b>23</b>
<b>VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN</b>	<b>25</b>
a) Vigilancia de ESAVI	28
b) Vigilancia de EPRO	30
c) Vía de administración y sitio de punción	35
d) Manejo de reacciones post vacunación	41
<b>VIII. CADENA DE FRÍO</b>	<b>47</b>
<b>IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN</b>	<b>50</b>
<b>X. COMUNICACIÓN SOCIAL</b>	<b>54</b>
<b>XI. CAPACITACIÓN</b>	<b>56</b>
<b>XII. SUPERVISIÓN</b>	<b>57</b>
<b>XIII. FISCALIZACIÓN</b>	<b>58</b>
<b>XIV. ABASTECIMIENTO</b>	<b>59</b>
<b>XV. CONTROL DE STOCK</b>	<b>62</b>
<b>XVI. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURA</b>	<b>63</b>
<b>XVII. REFERENCIAS</b>	<b>65</b>
<b>XVIII. ANEXOS</b>	<b>67</b>
ANEXO N° 1. POBLACIÓN OBJETIVO	68
ANEXO N°2. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	69
ANEXO N°3. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES	72
ANEXO N°4 PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	73
ANEXO N°5. CONFIGURACIÓN CALIFICADA CIP MINSAL	75
ANEXO N°6. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	79
ANEXO N°7. GUÍA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS	80
ANEXO N°8. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	87

## I. ABREVIATURAS

<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>CAE</b>	Centro Atención Especialidades
<b>CDT</b>	Centro Diagnóstico Terapéutico
<b>CIP</b>	Contenedor isotérmico pasivo
<b>CRS</b>	Centro Referencia de Salud
<b>DEIS</b>	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
<b>DT</b>	Director Técnico
<b>DVI</b>	Depósito de Vacunas e Inmunoglobulinas
<b>EPRO</b>	Errores Programáticos
<b>ESAVI</b>	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación
<b>ETI</b>	Enfermedad Tipo Influenza
<b>FFAA</b>	Fuerzas Armadas
<b>FV</b>	Farmacovigilancia
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>IRAG</b>	Infección Respiratoria Aguda Grave
<b>ISP</b>	Instituto de Salud Pública
<b>JUNJI</b>	Junta Nacional Jardines Infantiles
<b>MINSAL</b>	Ministerio de Salud
<b>MRC</b>	Monitoreo Rápido de Cobertura
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PM</b>	Personas Mayores
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Inmunizaciones
<b>POE</b>	Procedimiento Operativo Estandarizado
<b>RAM</b>	Reacciones Adversas Medicamentos
<b>RCE</b>	Registro Clínico Electrónico
<b>REAS</b>	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
<b>RNI</b>	Registro Nacional Inmunizaciones
<b>SDFV</b>	Subdepartamento de Fármaco Vigilancia
<b>SE</b>	Semana Epidemiológica
<b>SEC</b>	Superintendencia de Electricidad y Combustibles
<b>SENAMA</b>	Servicio Nacional del Adulto Mayor
<b>SENAME</b>	Servicio Nacional de Menores
<b>SEREMI</b>	Secretaría Regional Ministerial
<b>SMVRG</b>	Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe
<b>UR</b>	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 anti influenza 2022 en la población definida como objetivo, fortaleciendo las acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

### a. Generalidades

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda altamente infecciosa, causada por el virus influenza, de ARN monocatenario, de forma helicoidal, perteneciente a la familia *Orthomyxoviridae* [1].

Esta enfermedad respiratoria aguda de origen viral, es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias, mediante la posibilidad de intercambio genético entre los virus de origen humano y animal, lo cual se traduce en un aumento de la demanda en la atención extra e intrahospitalaria, así como en el número de fallecimientos que ocasiona especialmente en los grupos de riesgo, principalmente la población infantil, personas de 65 años y más, personas de todas las edades con patologías crónicas y mujeres embarazadas.

Hay cuatro tipos de virus influenza: A, B, C y D. Los causantes de las epidemias estacionales son los virus tipo A y B [1].

La influenza A causa enfermedad moderada a severa y afecta a todos los grupos de edad, la mayoría de estos virus no son patógenos para sus anfitriones naturales (aves acuáticas) y no cambian ni evolucionan. Los virus tipo A se clasifican en subtipos en función de las combinaciones de dos proteínas de su superficie: la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA). Los subtipos actualmente circulantes y que afectan al ser humano son el A(H1N1) y el A(H3N2). El A(H1N1) también se conoce como A(H1N1)pdm09, causante de la pandemia de 2009 que sustituyó al virus de la gripe estacional A(H1N1) que circulaba hasta entonces. Todas las pandemias conocidas han sido causadas por virus gripales de tipo A.

La influenza B generalmente causa una enfermedad más leve que la del tipo A y afecta solo a los humanos, principalmente a los niños. La influenza B es más estable que la influenza A, con menos variación antigénica y con la consiguiente estabilidad inmunológica. Los virus de tipo B no se clasifican en subtipos, pero los circulantes actualmente pueden dividirse en dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria.

Los virus de tipo C rara vez se informan como una causa de enfermedad humana, probablemente porque la mayoría de los casos son subclínicos. No se han asociado con enfermedad epidémica, por lo que carecen de importancia desde el punto de vista de la salud pública.

Los virus de tipo D afectan principalmente al ganado y no parecen ser causa de infección ni enfermedad en el ser humano [2].

La nomenclatura para describir el subtipo de virus de la influenza se expresa en este orden: 1) tipo de virus, 2) origen geográfico donde se aisló por primera vez, 3) número de cepa, 4) año de aislamiento y 5) subtipo de virus.



Típicamente en una epidemia, las tasas de ataque de influenza son más bajas que en las pandemias. El mayor impacto se observa en la morbilidad, con altas tasas de ataque y tasas excesivas de hospitalización, especialmente para adultos con enfermedades respiratorias. El ausentismo del trabajo y la escuela es alto, y aumentan las visitas a proveedores de atención médica. Las epidemias generalmente ocurren a fines del otoño y continúan hasta principios de la primavera [1].

### Signos y síntomas

La influenza se caracteriza como manifestación clínica por la aparición brusca de fiebre, mialgia, dolor de garganta, tos no productiva y dolor de cabeza. La fiebre suele ser de 38° a 39° C, y se acompaña de postración (en cama). Las mialgias afectan principalmente los músculos de la espalda. Se cree que la tos es el resultado de la destrucción del epitelio traqueal. Los síntomas adicionales pueden incluir rinorrea (secreción nasal), dolor de cabeza, ardor subesternal y síntomas oculares (p. Ej., dolor ocular y sensibilidad a la luz).

Los síntomas sistémicos y la fiebre generalmente duran de 2 a 3 días, rara vez más de 5 días [1].

### Mecanismos de transmisión

La influenza se transmite principalmente de persona a persona a través de gotitas de saliva (gotitas de Pflügge) cargadas de virus que se generan cuando las personas infectadas tosen o estornudan. Estas gotitas (partículas de más de 5 micras de diámetro) pueden adherirse a las superficies mucosas de las vías respiratorias superiores de las personas susceptibles o expuestas que están cerca (a menos de 1 metro) de personas infectadas. La transmisión también 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 los ojos, la nariz o la boca. Los adultos pueden transmitir la influenza desde el día anterior al inicio de los síntomas hasta aproximadamente 5 días después de que comienzan. Los niños pueden transmitir la gripe a otros por 10 días o más [1].

### Medidas de prevención

La forma más eficaz de prevenir la enfermedad es la vacunación por campaña. Hay vacunas seguras y eficaces que se vienen utilizando desde hace más de 60 años, y las más utilizadas son las inyectables que contienen virus inactivados. La vacunación contra la influenza se realiza de forma anual debido a que la inmunidad de origen vacunal disminuye con el tiempo y a que los virus de la influenza cambian constantemente, siendo importante que la vacuna se actualice según las cepas circulantes.



En los adultos sanos, la vacunación contra la influenza es protectora, incluso cuando los virus circulantes no coinciden exactamente con los virus vacunales. No obstante, en las personas mayores la vacunación puede ser menos eficaz para prevenir la enfermedad, aunque reduce la gravedad de la enfermedad y la incidencia de complicaciones y muertes. La vacunación es especialmente importante en personas con alto riesgo y en quienes las atienden o viven con ellas.

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

- 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 médicas crónicas.
- Residentes de hogares de ancianos y otras instalaciones de larga estadía.
- Profesionales de salud.

Las vacunas contra la influenza son más eficaces cuando hay gran coincidencia entre los virus circulantes y los virus vacunales. Debido a la naturaleza cambiante de los virus influenza, el SMVRG –un sistema mundial de Centros Nacionales de Gripe y Centros Colaboradores de la OMS– hace un seguimiento continuo de los virus circulantes en la población humana y actualiza la recomendación de las cepas virales que deben ser incluidas en las vacunas contra la influenza para las temporadas de influenza del hemisferio norte y sur.

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 2022 del hemisferio sur contengan las siguientes cepas [3]:

- Un virus tipo **A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09**
- Un virus tipo **A/Darwin/9/2021 (H3N2)**
- Un virus tipo **B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria lineage)**

Las medidas generales de prevención de la influenza son:

- Lavarse las manos regularmente y/o higienización de manos.
- Cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con un pañuelo de papel o con el antebrazo (higiene respiratoria)
- Ventilar regularmente los espacios comunes de trabajo y habitacionales.
- Evitar los cambios abruptos de temperaturas.
- Evitar besar en la boca a los niños.
- Evitar el contacto directo con personas que estén enfermas.
- Evitar aglomeraciones y mantener el distanciamiento social.

## Tratamiento

El virus es susceptible al tratamiento con medicamentos antivirales específicos del grupo de los inhibidores de la neuraminidasa, como oseltamivir, especialmente cuando este medicamento se administra dentro de las primeras 48 horas de iniciados los síntomas. La efectividad de estos tratamientos es baja y su indicación se reserva a casos de alto riesgo [4].

Es así como los adultos y niños con factores de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave cuyo cuadro clínico corresponda a un caso sospechoso o confirmado de influenza se recomendaría tratamiento antiviral antes de 48 horas desde la aparición de los síntomas. Los niños o adultos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (IRAG) por influenza debe recibir tratamiento antiviral lo antes posible [5].

El tratamiento se centra en el alivio de los síntomas, como la fiebre. Si el estado del paciente se deteriora, debe buscar atención médica.

El sistema mundial OMS de vigilancia y respuesta a la gripe (SMVRG) vigila la resistencia de los virus gripales circulantes a los antivirales para ofrecer orientaciones oportunas sobre el uso de estos fármacos en el tratamiento y, posiblemente, la profilaxis.

### b. Situación Epidemiológica Mundial

Según la OMS, la tasa de ataque anual de la influenza a nivel mundial es del 5% a 10% en adultos, y del 20% a 30% en niños. La enfermedad genera como consecuencia la hospitalización y/o muerte, más aún en los grupos de mayor riesgo en todas las edades. Estas epidemias anuales causan en todo el mundo unos 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave y unas 250.000 a 500.000 muertes [6].

La mayoría de las muertes relacionadas con la influenza corresponden a mayores de 65 años, siendo el grupo etario más afectado. Las epidemias no solo influyen en la morbimortalidad de la población, sino que además pueden causar ausentismo laboral y escolar, además disminución en la productividad de cada país.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa la situación epidemiológica de influenza a la Semana Epidemiológica (SE) 50 del año 2021, 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 Miembros[7]:

**América del Norte:** la actividad de la influenza se mantuvo baja pero en aumento. En Canadá, el virus de la influenza A y B circularon concurrentemente con los virus influenza A(H3N2) y A(H1N1) pdm09 en las muestras a las que se les determinó el subtipo; En México, predominó el virus influenza A(H3N2), con la circulación concurrente de B. En los Estados Unidos, predominó la influenza A(H3N2), las hospitalizaciones y muertes se mantuvieron elevadas. La actividad del virus respiratorio sincitial se mantuvo alta en Canadá y México.

**Caribe:** la influenza se mantuvo en niveles bajos de actividad. Haití y Guayana Francesa reportaron algunas detecciones en las últimas semanas con predominio de influenza B/Victoria y A(H3N2) en esta última. En Surinam, la actividad del SARSCoV-2 e IRAG disminuyó a niveles bajos.

**América Central:** la actividad de la influenza continuó baja. En Guatemala, la actividad de la influenza aumentó con el predominio de la influenza A(H3N2) y la actividad del SARS-CoV-2 aumentó, mientras que la actividad del VRS se mantuvo elevada en Honduras.

**Andina:** en general, la actividad de la influenza se mantuvo baja; sin embargo, Bolivia y Perú informaron un aumento de la actividad de la influenza asociada con las detecciones de A(H3N2). La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene elevada en Bolivia y Ecuador, y en Bolivia, la actividad de IRAG se registró en niveles extraordinarios.

**Brasil y Cono Sur:** la actividad de la influenza aumentó a niveles pre-pandémicos y la actividad del SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos. Las detecciones de influenza A(H3N2) continúan aumentando en Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. La mayor parte de la actividad y las detecciones crecientes de A(H3N2) se registran en Brasil y Uruguay. Actualmente, debido a la contingencia y pandemia mundial la temporada de gripe 2020-2021 coincidirá con la continua o recurrente circulación del SARS-CoV-2 (el nuevo coronavirus asociado con la enfermedad del coronavirus 2019 [COVID-19]).

La vacunación antigripal de las personas de  $\geq 6$  meses para reducir la prevalencia de enfermedades causadas por la gripe reducirá los síntomas que podrían confundirse con los de COVID-19 [6].

### c. Situación Epidemiológica en Chile

Los distintos tipos de virus de la influenza circulan en épocas templadas y estacionales, en Chile, la enfermedad se presenta con un aumento estacional que llega a su máximo en temporada de otoño e invierno.

Durante el 2021 (SE 1-46) según información preliminar, se notificaron 8.649 episodios de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en los hospitales centinela, superior en un 48% respecto a lo observado en el 2020 (n=5.862), con predominio de SARS-CoV-2. En las SE 1-46 de 2021, según información de los hospitales centinela, se han confirmado 3.875 casos IRAG asociados a SARS-CoV-2, de los cuales un 46% corresponden a personas de 60 años. Un 37% corresponden a adultos de 40 a 59 años. Del total de IRAG asociadas a SARS-CoV-2 un 73% tiene factores de riesgo. Se observó, en las últimas dos semanas una disminución en las notificaciones en todos los grupos etarios.

En la SE 45, la notificación de ETI en atención primaria alcanzó 3 casos por 100.000 habitantes, manteniéndose en niveles bajo lo esperado. Se detectó 1 caso de VRS y 2 casos de Parainfluenza en los centinelas de Metropolitana, Talcahuano y Concepción (n=31 muestras a nivel nacional).

Durante el 2021 en la semana 12 se detectó 1 caso IRAG asociado a influenza B (Concepción) y 206 casos de VRS (principalmente Tarapacá y RM). Se observó, además circulación de Rinovirus y Parainfluenza. El virus predominante a la SE 46 fue el SARS-CoV-2 con 15 casos seguido por VRS con 10 casos y Rinovirus con 2 casos IRAG asociados a este virus.

En los hospitales centinela para la vigilancia IRAG en las SE 45 y 46 de un total de 135 y 107 IRAG analizadas se detectaron 39 y 15 casos asociados a SARS-CoV-2 respectivamente, con tendencia al alza en las últimas tres semanas en la positividad dentro las IRAG. La positividad observada en la SE 46 fue de un 40.5%. [8].

### III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2022

#### Objetivos

1. Prevenir mortalidad y morbilidad grave, 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 sus 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 sus 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 hasta los 64 años, portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:

- Enfermedad pulmonar crónica (asma bronquial, 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  $\geq 30$  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.**
- 6. Estrategia capullo para prematuros con patologías definidas en Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patología o situación de riesgo,** aprobada por Resolución Exenta N° 1237 del 18 de diciembre de 2018.
- 7. Trabajadores de la educación preescolar y escolar hasta 5° año básico.**
- 8. Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos.**

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 2022 se ha definido la población a vacunar dentro del grupo de *"Otras Prioridades"*:

- Establecimientos de atención cerrada (SENAME y Servicio Mejor Niñez, ELEAM, establecimientos psiquiátricos) y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
- Cuidadores y contactos intradomiciliarios de personas postradas.
- Estrategia capullo de menores de 6 meses (NANEAS e inmunocomprometidos).
- 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
- 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).

### **Cálculo de la población**

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

La población escolar de 1° a 5° básico corresponde a la población objetivo matriculada, entregada por el Ministerio de Educación.

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 2021.

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 2022 se enviará a través de un Ordinario (ANEXO N°1, contiene cifras preliminares).

### **Meta**

Para el año 2022, 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 16 de marzo al 16 de mayo del año 2022 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

Durante la campaña de vacunación anti influenza 2022 estará disponible la vacuna contra la Influenza del laboratorio Abbott "Influvac®".

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

**TABLA N°1: COMPRA DE VACUNAS INFLUENZA 2022**

VACUNA	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	ENVASE SECUNDARIO
Influvac® 2022	7.700.000 millones	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 2022.

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

**TABLA N°2:PRESENTACIÓN MONODOSIS: "INFLUVAC®", LABORATORIO ABBOTT. COMPOSICIÓN EN 0,5 ML DE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE INACTIVADOS (HEMAGLUTININA Y NEUROAMINIDASA) DE LAS SIGUIENTES CEPAS\*:**

A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09 cepa que deriva de (A/Victoria/2570/2019, IVR-215)	15 mcg HA**
A/Darwin/9/2021 (H3N2) cepa que deriva de (A/Darwin/6/2021, IVR-227)	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.

## Presentación

El envase secundario contiene 10 jeringas prellenadas de 0,5 mL, de vacuna anti influenza 2022.

## 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 36 meses y mayores: 0,5 mL.
  - » Niños desde 6 meses a 35 meses: 0,25 mL.\*  
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.
  - » Niños de menos de 6 meses: No se encuentra establecida la seguridad y eficacia de la vacunación en esta población.

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

## 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

- La vacunación deberá ser postergada en personas con estado febril o infección aguda (volver a citar).
- 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® 2022 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 o fatiga y dolor de cabeza.

La mayoría de estas reacciones desaparecen dentro de 1-2 días sin tratamiento. En raras casos, 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 (usted o quien está a su cargo) tiene o ha tenido Síndrome de Guillain-Barré (debilidad muscular severa) luego de una vacunación anterior contra la influenza, debe informarlo a su médico.

## Inmunidad y eficacia

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, realiza cada año estudios para determinar la protección de la vacuna contra la influenza. Si bien la efectividad puede variar cada año, estudios recientes demuestran que la vacunación contra influenza reduce el riesgo de la enfermedad entre 40% y 60%. 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)[9].

Los anticuerpos generados por la vacuna contra la influenza, se desarrollan dos semanas después de la vacunación, aproximadamente. Estos anticuerpos brindan protección contra la infección por los virus de influenza circulantes[10].

## 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.

IMAGEN N°1: 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
<b>NIVEL CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Asesorar autoridades del MINSAL en temas técnicos operativos relacionados con PNI</li> <li>▸ Definir los objetivos sanitarios, los procedimientos administrativos, los estándares técnicos, los lineamientos operativos y la cobertura a alcázar.</li> <li>▸ Definir estándares de calidad en el marco del Sistema de Gestión de calidad y Norma ISO 9001-2015 desde la Planificación de compras, distribución, recepción y control de stock de vacunas en DVI.</li> <li>▸ Realizar monitoreo del stock de vacunas</li> <li>▸ Proveer las vacunas, los insumos y la logística de distribución desde el nivel central hasta el nivel intermedio (regional y provincial).</li> <li>▸ 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 "Para el almacenamiento y transporte de medicamentos refrigerador y congelados".</li> <li>▸ Realizar las coordinaciones intra y extra institucionales necesarias para satisfacer los requerimientos de la planificación y la ejecución de la intervención.</li> <li>▸ 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.</li> <li>▸ 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 "Guía de Vacunación Segura" [12].</li> <li>▸ 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.</li> <li>▸ Monitorear la buena ejecución de la campaña (avance de cobertura, disponibilidad de vacunas, ESAVI y EPRO).</li> <li>▸ Entregar reportes con el avance de cobertura alcanzada. Se entenderá por reporte al informe estadístico de las vacunaciones administradas e informadas al Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).</li> <li>▸ El DEIS, en su calidad de entidad responsable de recolectar y analizar las estadísticas de producción de servicios asistenciales de los diversos establecimientos de la red asistencial (pertenecientes y no pertenecientes), debe entregar un reporte de coberturas con los datos validados.</li> <li>▸ Monitorizar y retroalimentar respecto a la calidad del registro en RNI en la red pública y privada.</li> <li>▸ Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.</li> </ul>

### 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.
- 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 o entrega de vacunas.
- Cumplir con procedimiento de recepción y control de stock en DVI, según lo establecido por el Sistema de Gestión de Calidad.
- Quienes realicen entrega de vacunas en el DVI, deben velar por el correcto acondicionamiento de cajas frías y el registro completo del "Formulario pedido-entrega de productos biológicos PNI".
- En caso de realizar distribución de vacunas desde el DVI a establecimientos de salud, debe contar con cajas frías calificadas, correctamente preparadas, equipadas con termógrafos calibrados y además contar con vehículos acondicionados que protejan las cajas frías 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, distribución y entrega que se realiza a cada establecimiento.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Implementar medidas de monitoreo, balance y cuadratura de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención.</li> <li>▫ 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.</li> <li>▫ 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.</li> <li>▫ Asegurar que los establecimientos privados que participan en la estrega de servicios del PNI cuenten con convenios vigentes y fiscalizar el cumplimiento de los mismos.</li> <li>▫ Cuando corresponda, delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.</li> <li>▫ Reportar al nivel central la notificación, evaluación e investigación de los EPRO de su región de acuerdo a lo instruido en la “Guía de Vacunación Segura”: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático aprobado por Resolución Exenta N° 670 de 2013 del MINSAL..</li> <li>▫ 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 “Guía de Vacunación Segura”: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático aprobado por Resolución Exenta N° 670/2013 del MINSAL.</li> <li>▫ 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.</li> <li>▫ Implementar estrategias comunicacionales regionales durante el desarrollo de la campaña, según los lineamientos dispuestos por el MINSAL.</li> </ul>
<b>Servicios de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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.</li> <li>▫ Solicitar las Microplanificaciones de cada establecimiento de salud. (esta actividad solo corresponde a los establecimientos públicos de la red asistencial).</li> <li>▫ 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.</li> <li>▫ Supervisar que los equipos de trabajo estén conformados por personal capacitado para el proceso de vacunación y gestión de la cadena de frío.</li> <li>▫ Adherir a los lineamientos y a los contenidos de la campaña de comunicación dispues ta por MINSAL para promover la demanda y aceptación de la vacunación influenza 2022 por parte de la población objetivo.</li> <li>▫ Implementar medidas de monitoreo y rendición de cuentas de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención.</li> <li>▫ Supervisar que las actividades extramurales cumplan con los estándares técnicos de calidad y seguridad.</li> <li>▫ Monitorear e investigas los ESAVI de la campaña Influenza.</li> <li>▫ Monitorear los EPRO y supervisar que los planes de acción sean ejecutados.</li> <li>▫ Monitorear que el registro de las inmunizaciones en el Registro Nacional de Inmunizaciones 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.</li> <li>▫ 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 y referencia de las personas destinatarias.</li> </ul>

<p><b>Nivel ejecutor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Los establecimientos de APS son los responsables de planificar, coordinar y ejecutar la vacunación.</li> <li>▸ El director del establecimiento de salud es quien debe asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos conforme a los dispuestos en el Decreto Vacunación Obligatoria.</li> <li>▸ Monitorear el cumplimiento de la normativa vigente respecto a la administración, manipulación de las vacunas.</li> <li>▸ Conformar equipos de trabajo con <b>personal capacitado</b> para el proceso de vacunación y gestión de la cadena de frío, reforzando competencias técnicas, con especial énfasis en registro y control de temperaturas, uso adecuado de equipos de refrigeración y contenedores isotérmicos (termos - cajas frías) y acondicionamiento idóneo de vehículos de transporte.</li> <li>▸ Capacitar en el uso de RNI u otro sistema acreditado para interoperar, reforzar la calidad del dato y la oportunidad del registro.</li> <li>▸ Asegurar el cumplimiento de la cadena de frío, desde que las vacunas están bajo su custodia, hasta que son administradas a la población objetivo.</li> <li>▸ 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 <b>personal capacitado</b>, equipamiento idóneo y un móvil que permita trasladar las vacunas protegidas de la intemperie y fuentes de calor directa.</li> <li>▸ 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”.</li> <li>▸ Realizar el registro en línea (RNI) de las vacunas administradas y cumplir con los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas desde la inmunización).</li> <li>▸ Al momento de ingresar los datos al RNI estos deben ser verificados y actualizados si corresponde.</li> <li>▸ Si no se dispone del sistema en el momento de la vacunación, se debe utilizar planilla manual completando cada campo con letra legible y traspasar los datos al RNI en los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas desde la vacunación).</li> <li>▸ Detectar y notificar los ESAVI y EPRO que se presenten durante el desarrollo de la actividad, realizar investigación y seguimiento de los casos de acuerdo a lo instruido en la “Guía de vacunación segura”: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático, aprobada por Resolución Exenta N° 670 del 2013 del MINSAL.</li> <li>▸ Cumplir con la Norma General Técnica (POE) 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.</li> <li>▸ 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.</li> <li>▸ Monitorear el cumplimiento de las coberturas, informar oportunamente a su jefatura cuando estas se ubiquen bajo lo establecido.</li> <li>▸ Identificar población cautiva, pendiente por vacunar o rechazos (ANEXO N°8), ejecutando acciones efectivas de vacunación.</li> </ul>
------------------------------	--

La micro planificación debe contemplar:

- Priorización de la intervención en el establecimiento de salud, no solo el vacunatorio.
- Identificación de las poblaciones bajo responsabilidad del establecimiento de salud y el municipio, estableciendo las estrategias de vacunación más efectivas, tanto intra como extramurales. Estimar las poblaciones a vacunar y gestionar los recursos necesarios para ejecutar las acciones requeridas para alcanzar coberturas  $\geq 85\%$  en todas las áreas.
- Conformación de equipos con **personal capacitado** para el proceso de vacunación y registro (según necesidad y demanda local).
- Nominación del encargado de campaña y del equipo de trabajo, con horas exclusivas para el desarrollo de la gestión de la campaña, que informe diariamente sobre los avances y brechas al equipo de salud local.
- Instalación de puntos transitorios de vacunación en el establecimiento, con el objetivo de disminuir congestión de público en el vacunatorio y dar fluidez al proceso.
- Ejecución de las acciones de vacunación de las poblaciones bajo responsabilidad del establecimiento de salud y municipio garantizando la logística apropiada, la disponibilidad de los recursos, la oportunidad y la calidad del servicio.
- Instalación de puntos transitorios de vacunación en el establecimiento, con el objetivo de disminuir congestión de público en el vacunatorio y dar fluidez al proceso.
- Todo el personal debe conocer la población objetivo y ubicación de los puntos para derivar en forma correcta y oportuna.
- Asegurar la continuidad de la atención durante campaña.
- Implementación de la vacunación los fines de semana de acuerdo a disponibilidad, obedeciendo a la demanda local.
- Mantener horarios extendidos de vacunación en los establecimientos de salud.
- Vacunación de población objetivo en: Hospitales al momento del alta, CAE, CRS y CDT.
- Intensificar las acciones dirigidas a disminuir el rechazo del personal de salud mediante estrategias educativas sanitarias.
- Convocar activamente a padres, madres, cuidadores y población objetivo que están bajo control a concurrir a vacunarse, sin esperar la fecha de su próxima citación.
- Coordinar con referentes del control perinatal para la derivación de embarazadas.
- Realizar las acciones de movilización y comunicación social necesarias para facilitar la ejecución y logro de los objetivos.
- Realizar una supervisión efectiva que garantice el cumplimiento de la normativa y los lineamientos del programa de vacunación.
- Evaluar el desempeño del programa de vacunación.
- Identificar experiencias exitosas y lecciones aprendidas que promuevan la mejora continua.
- La micro planificación requiere de un censo de las instituciones donde los equipos se desplazarán a vacunar, por lo cual, es necesario iniciarla con tiempo suficiente para disponer de listas completas de salas cunas, jardines infantiles, establecimientos educacionales, establecimientos de larga estadía de adultos mayores (ELEAM), centros de diálisis, clubes de adultos mayores, iglesias, Servicio Mejor Niñez, entre otros, así como sus direcciones, responsables y contactos en cada sitio.
- Mediante la micro planificación se estiman los recursos humanos, materiales y logísticos necesarios para llevar las tácticas de vacunación a la práctica. Un elemento esencial es sectorizar o agrupar geográficamente los barrios o localidades a cargo de cada establecimiento de salud. En ese proceso, la participación del nivel municipal es esencial para acompañar a los establecimientos de salud y verificar que no queden "tierras de nadie". La imagen N°2 describe los pasos de la sectorización.

## 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.

Se adjunta Guía para la Micro planificación, ANEXO N°2.



IMÁGEN N°2: PASOS DE LA SECTORIZACIÓN



## VI. FASES Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Las fases y 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.

La primera fase se orienta a la vacunación de poblaciones cautivas en lugares de atención cerrada y en establecimientos de salud según el dinamismo de la situación sanitaria.

**Vacunación a grupos cautivos (extramural):** Esta fase idealmente durará las cuatro primeras semanas de la campaña. Los preescolares en diferentes niveles educativos como salas cunas y jardines infantiles y escolares hasta 5° básico, tanto públicos como privados, 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 [13]. De acuerdo a la normativa "Procedimientos Operativos Estandarizados" (POE), 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 y contraindicaciones.

**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 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. 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 2021 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, centros SENAME y residencias Mejor Niñez).
4. Puntos de vacunación móvil en diferentes sectores de la 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 CAE.
11. Vacunación 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 la autoridad sanitaria.

## 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 de vacunación con el que se administran a la población objetivo; asimismo, se debe considerar la preparación necesaria para atender cualquier motivo de preocupación del público.

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

Las recomendaciones generales, son:

**TABLA N°3: RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS**

Realizar pausa de seguridad con “los correctos” de vacunación.
Manipular con técnica aséptica.
Lavado de manos, antes de preparar la vacuna.
La vacuna debe ser administrada por quien la prepara.
Tranquilizar e informar del procedimiento al usuario antes de la vacunación.
Utilizar técnicas para disminuir el dolor.
Los usuarios siempre deberán estar sentados o en camilla para evitar caídas o desmayos.
La administración de vacunas por vía intramuscular, se debe realizar de manera rápida y 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 2020

TABLA N°4: PASOS PARA LA VACUNACIÓN SEGURA

<b>Confirmar la identidad de la persona a vacunar.</b>	Se realizará de forma verbal, carnet de identidad, carnet de control u otro medio verificador confiable.
<b>Confirmar que la persona no haya sido vacunada previamente.</b>	Previo a la vacunación, revisar RNI o si cuenta con otro medio verificador. En el caso que corresponda dos dosis y debe tener una primera registrada y verificar los intervalos definidos para cada vacuna.
<b>Leer atentamente el folleto de la vacuna y verificar que no existen contraindicaciones para administrar la vacuna.</b>	<p>Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna como trazas de huevos (ovoalbúmina, proteína de ave), gentamicina, entre otros (La alergia alimentaria no contraindica la administración de la vacuna anti-influenza).</p> <p>El antecedente de Síndrome de Guillain-Barré, asociado a dosis previas de vacuna influenza se considera una precaución para dosis siguientes, no una contraindicación.</p> <p>Para mayor detalle revisar folleto "Influvac®".</p>
<b>Chequear los 7 correctos.</b>	<p>Paciente correcto Edad correcta Vacuna correcta Dosis correcta Vía correcta Registro correcto</p> <p>Verificar alergia a dosis previa o a algún componente de la vacuna.</p>
<b>Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna.</b>	<p>Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes.</p> <p>Si aparece día/mes/año, el vencimiento es el día que se indica.</p> <p>Revisar coloración y presencia de cuerpo extraño.</p>
<b>Conservar la cadena de frío.</b>	<p>Verificar correcto armado de cajas frías o termos.</p> <p>Utilizar siempre termómetro de máxima y mínima.</p> <p>En caso de quiebre de cadena de frío, se debe notificar según normativa vigente.</p>
<b>Informar a los padres o representantes legales del niño, niña o adolescente o persona a cuyo cuidado se encuentren, acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación.</b>	Entregar información en base a lo que indica el folleto y a lo indicado por MINSAL.

<b>Administrar la vacuna según lo establecido en norma técnica vigente.</b>	Revisar "Norma general técnica POE para asegurar la calidad en la ejecución del PNI" aprobada por Resolución Exenta N°973/2010, MINSAL. Procedimiento código 03-004 "Manipulación y administración de vacunas".
<b>Registrar vacunación.</b>	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 completar el Formulario Registro Nacional de Inmunizaciones (ANEXO N°3).  Registrar en el cuaderno de salud de niñas y niños, en el carnet de control del adulto y adulto mayor y en la agenda de salud de la mujer.
<b>Observar al paciente al menos 30 minutos después de la vacunación.</b>	Verificar posibles eventos adversos y entregar la atención oportuna en caso de ser necesario, de acuerdo con el POE. aprobado por Resolución Exenta N°973/2010, MINSAL, código (03-001).
<b>Notificar ESAVI y EPRO.</b>	Utilizar formulario notificación ESAVI-EPRO online o en su defecto, a través de formulario vigente vía correo electrónico a la SEREMI correspondiente.
<b>Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación.</b>	Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, en conformidad al Decreto Supremo N° 6 del Ministerio de Salud, año 2009 "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención en Salud (REAS)".  No re-capsular.  Dar uso correcto a los contenedores de residuos especiales, respetando el nivel de llenado y rotulación correcta.

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones.

Es importante realizar el debido proceso de inducción a los equipos de salud, para reforzar las medidas necesarias que eviten los Errores Programáticos (EPRO) durante la vacunación.

## a. VIGILANCIA DE ESAVI

Los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacuna e Inmunizaciones (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.

Para su vigilancia se han establecido los lineamientos que permiten notificar y realizar el seguimiento de estos y garantizar la seguridad de las vacunas con una estrecha monitorización lo que permite mantener la confianza en la vacunación y una correcta aceptación de las campañas de vacunación y obtener el máximo beneficio para toda la población.

### ESAVI:

Para realizar vigilancia de los ESAVI, se han establecido lineamientos que permitan notificar y realizar el seguimiento de estos eventos relacionados a la vacunación y/o a la ejecución del programa, los que se pueden encontrar en los siguientes link:

<http://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/farmacovigilancia-en-vacunas>  
<https://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/vacunas/profesionales-de-salud/>

### Clasificación:

- **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.

### 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 informe 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.**

### 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) creado por Resolución Exenta N° 01777 del 15 de julio del 2020. Producto de esto se genera un informe de causalidad.
- El informe de causalidad está destinado al equipo de salud como un aporte al monitoreo de la relación beneficio/riesgo de las vacunas administradas en el país, y para la toma de decisiones clínicas en caso de que sea necesario. El informe es enviado al equipo notificador del ESAVI, mediante correo electrónico en caso de que corresponda a un ESAVI serio de relevancia, resguardando la comunicación de datos sensibles conforme lo dispone el artículo 12 y 13 de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada.

### Notificación ESAVI

La notificación de un ESAVI es una de las responsabilidades del Nivel Ejecutor, el profesional de salud que detecte un ESAVI, ya sea de un centro asistencial público o privado en convenio, debe realizar la notificación según protocolo definido.

- Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la “Guía de Vacunación Segura” (MINSAL, 2013) en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de ESAVI, en todos los niveles, antes de iniciar cualquier estrategia de vacunación, especialmente en caso de vacunas nuevas en el programa de vacunación.
- La notificación de un ESAVI se debe realizar por medio del formulario ESAVI-EPRO en línea a través de la página web: <http://esavi.minsal.cl/>
- Cuando no se pueda notificar a través del sistema online, de forma excepcional se podrá realizar la notificación del ESAVI serio (donde se pone en riesgo la vida, se presentaron secuelas permanentes, casos fatales o donde se requirió la hospitalización), a través del formulario manual, descargándolo de la página [vacunas.minsal.cl](http://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/farmacovigilancia-en-vacunas/), link: <http://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/farmacovigilancia-en-vacunas/>
- Esta notificación se debe enviar al correo del ISP: [esavi@ispch.cl](mailto:esavi@ispch.cl), con copia a la referente del PNI en la SEREMI de Salud correspondiente.
- El formulario de notificación no puede contener datos personales, tal como nombre, RUN, teléfono y dirección. La identificación se realizará mediante las iniciales de su nombre y apellidos, y el establecimiento de vacunación que realiza la notificación.
- Es importante que al realizar la notificación se llenen 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 a 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. Pero se sugiere que en este contexto la notificación se realice lo antes posible.

- El encargado del PNI del establecimiento notificador u otro profesional donde se encuentran, debe realizar el seguimiento del caso y entregar información solicitada por Subdepartamento de Farmacovigilancia (SDFV) y por 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 personal del centro de salud, debe informar al padre/madre, representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentre, en caso que se presente un ESAVI específico, según corresponda, el beneficio que aporta la vacunación en la protección de la salud del afectado, los factores que podrían propiciar la aparición de un ESAVI y en que consiste éste.
- 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 siendo estos pertenecientes a las vacunas del PNI, estimando si el evento está relacionado a la vacunación. Este documento debe ser utilizado por el personal de salud como herramienta para elaborar la información que se entrega a padres o usuarios.
- El centro de salud vacunador debe recepcionar e implementar los lineamientos clínicos entregados desde la SEREMI de Salud, enviados a esta por el PNI.
- El equipo de salud, debe mantener comunicación continua con familia 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.

## b. VIGILANCIA DE EPRO

**EPRO:** Corresponden a los eventos relacionados con los aspectos operativos de la vacunación, por cuanto es importante su notificación oportuna y tomar las medidas necesarias a fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia.

- La notificación de los EPRO se debe realizar a través del sistema oficial online <http://esavi.minsal.cl/>
- En caso de no poder notificar a través del sistema online, se podrá realizar la notificación de los EPRO, a través del formulario y enviar a correo a la SEREMI y/o Servicio de Salud correspondiente a su región.
- Para el caso de EPRO masivos del mismo evento, se debe enviar un formulario de notificación por cada uno de los afectados.

### 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 padre/madre, representante legal, persona a cuyo cuidado se encuentre o usuario 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 padre/madre, representante legal, persona a cuyo cuidado se encuentre o usuario, que debe 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 al padre/madre, representante legal, persona a cuyo cuidado se encuentre o usuario, debe ser individual, inclusive en los casos de EPRO masivos.
- Iniciar seguimiento de todos los eventos de EPRO ya sea presencial, telefónico o visita domiciliaria.
- El Encargado de PNI de establecimientos de Salud pública y de los privados en convenio, deben realizar seguimiento del caso y entregar información solicitada por SEREMI o los Servicios de Salud.
- Recepcionar e implementar los lineamientos clínicos y técnicos entregados desde la SEREMI o desde el nivel Central, según corresponda.
- Cumplir con la primera evaluación médica dentro de las 24 horas después de ocurrido el EPRO.
- En caso de que en la evaluación médica no se encuentren hallazgos, el seguimiento lo puede continuar un profesional de enfermería.
- A los 15 días, de no presentarse manifestaciones, emitir informe de seguimiento y cierre de caso de EPRO.
- Si se presentan manifestaciones, notificar ESAVI.
- Asegurar el registro en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) la/las vacunas involucradas en el EPRO.
- Elaborar Plan de Mejora, el que se debe remitir a SEREMI y Servicio de Salud.

### **Nivel intermedio**

- La/el referente 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" (MINSAL, 2013) en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de EPRO y Cierre de caso.
- Evaluar si los formularios contienen la información necesaria, en caso contrario solicitar datos o información relevante faltante en el formulario de notificación ESAVI-EPRO.
- 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.
- En el caso de EPRO controversiales o masivos, se debe poner especial atención en indicar la Investigación, para lo cual hacer uso del anexo IV de la "Guía de Vacunación Segura" (MINSAL, 2013).
- Enviar revisión documental de casos controversiales y/o solicitados, elaborado desde PNI al centro asistencial notificador y/o vacunador.
- En caso de requerir sugerencia sobre el manejo clínico, se debe gestionar mediante consulta al PNI.
- En un trabajo coordinado con el Servicio de Salud, hay que asegurar que el nivel ejecutor realice el seguimiento y cierre de casos cumpliendo con los plazos establecidos.
- Solicitar Plan de Mejora, el que se debe remitir a SEREMI y Servicio de Salud.
- Verificar en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) el registro correcto de las vacunas involucradas en el EPRO.
- Mantener consolidados de las notificaciones y reforzar la importancia del seguimiento y cierre de cada caso.
- Coordinar en conjunto con los Servicios de Salud la capacitación del personal del nivel ejecutor.
- Fomentar e intencionar con los Servicios de Salud, notificación de error programático a nivel ejecutor.

### 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.
- Elaborar revisión documental de casos controversiales y/o solicitados por la autoridad ministerial.
- Mantener consolidados de las notificaciones, seguimiento y cierre de cada caso.
- Administrar la base de datos de notificación y registrar todos los EPRO de vacunas pertenecientes al PNI.
- Informar a las SEREMI y Servicios de Salud (nivel intermedio) sobre alertas de seguridad relacionadas con los ESAVI o EPRO, a través de los medios que estime conveniente y recalcar su difusión hacia nivel local.
- Fomentar e intencionar notificación y gestión oportuna de los EPRO a nivel SEREMI y Servicios de Salud.
- Realizar capacitaciones en temas relacionados con la prevención y vigilancia de EPRO, para que sea difundido a la red.

### 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 vacunaciones masivas, la capacitación del personal, la supervisión y el suministro apropiado vacunas e insumos.
- En el siguiente cuadro se muestran algunos EPRO y sus posibles consecuencias clínicas, demostrando la importancia para evitar su ocurrencia.

**TABLA N°5: POSIBLES ERRORES PROGRAMÁTICOS Y SUS CONSECUENCIAS**

ERROR PROGRAMÁTICO	CONSECUENCIAS
Inyección no estéril:	
Reutilización de una jeringa o aguja descartable.	Infección, tal como absceso localizado en el sitio de la inyección, sepsis síndrome de shock tóxico o muerte.
Esterilización inadecuada de una jeringa o aguja.	Infección transmitida por la sangre, como la hepatitis o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
Utilización de vacuna o diluyentes contaminados.	Ineficacia de la vacuna.
Uso de vacunas liofilizadas por más del tiempo indicado.	

<p>Error de reconstitución:</p> <p>Reconstitución con el diluyente incorrecto.</p> <p>Reemplazo de la vacuna o el diluyente por otro fármaco.</p>	<p>Ineficacia de la vacuna.</p> <p>Absceso local por agitación indebida.</p> <p>Evento adverso asociado al fármaco administrado; por ejemplo, insulina</p> <p>Reacción grave evitable</p>
<p>Transporte o almacenamiento fuera de rango de temperatura.</p>	<p>Reacción local por vacuna congelada (las que contienen aluminio).</p> <p>Ineficacia de la vacuna.</p>
<p>Desconocer contraindicaciones.</p>	<p>Reacción grave evitable.</p>

TABLA N°6: INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL MANEJO DE EPRO

Tipo de EPRO	Descripción del evento	Conducta a seguir	Notifica EPRO	Registrar en RNI
<b>Dosis incorrecta</b>	<p><b>Dosis menor</b> Ejemplo: Se administra dosis de 0.25 mL en población de 36 meses o más.</p> <p>No se esperan reacciones de mayor magnitud a las descritas en folleto del fabricante.</p> <p>Para asegurar la protección se debe proceder según conducta a seguir.</p>	Si se detecta durante el mismo día, administrar 0.25 mL.	Si	Si
		Si se detecta al día siguiente o posteriormente, administrar 0.5 mL.	Si	Si
	<p><b>Dosis mayor</b> Ejemplo: Se administra dosis de 0.5 mL en población menor de 36 meses</p> <p>Se pueden presentar aumento de la reactogenicidad local.</p> <p>La protección no se ve afectada.</p>	Administrar la segunda dosis de 0.25mL en 4 semanas, si correspondiera.	Si	Si
	<p><b>Dosis extra</b></p>	Seguimiento del afectado y si se presentaran manifestaciones notificar como ESAVI.	Si	Si
<b>Vacuna incorrecta</b>	<p>Se administra otra vacuna, diferente a la anti influenza.</p> <p>No se esperan reacciones de mayor magnitud a las descritas en folleto del fabricante.</p>	Administrar la vacuna anti influenza omitida, lo antes posible.	Si	Si
<b>Vacuna vencida</b>	Se administra vacuna anti influenza posterior a su fecha de vencimiento (vigencia 2021).	Revacunar	Si	Si
		Citar en 1 semana partir de la fecha de ocurrido el EPRO, para que reciba la vacuna anti influenza.	Si	Si

### c. VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y SITIO DE PUNCIÓN

**TABLA N°7: TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA**

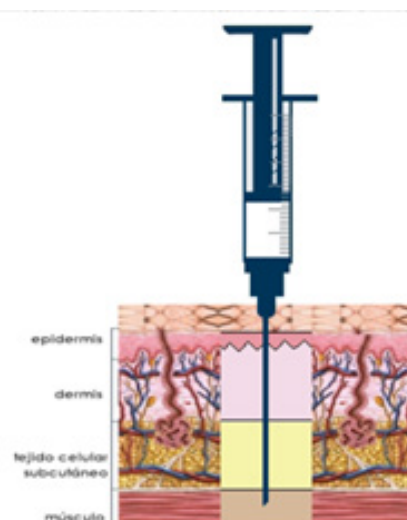
<b>VÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR</b>	
Ángulo	90° grados
Jeringa y aguja	Jeringa prellenada con aguja 23G x 1"
Presentación de la vacuna	La vacuna viene en presentación de jeringa prellenada, verificar indemnidad del envase y de la aguja, junto con observar características de la solución (presencia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

Al administrar una dosis de 0,25mL o 0,5mL se debe considerar que la burbuja es una forma de sello (tapón) que impide que el líquido interior se devuelva al término de la inyección. La burbuja viaja por gravedad hacia la parte posterior de la jeringa cuando se inclina para su administración, por lo que no se debe eliminar.

**IMAGEN N°3:PUNCIÓN INTRAMUSCULAR**

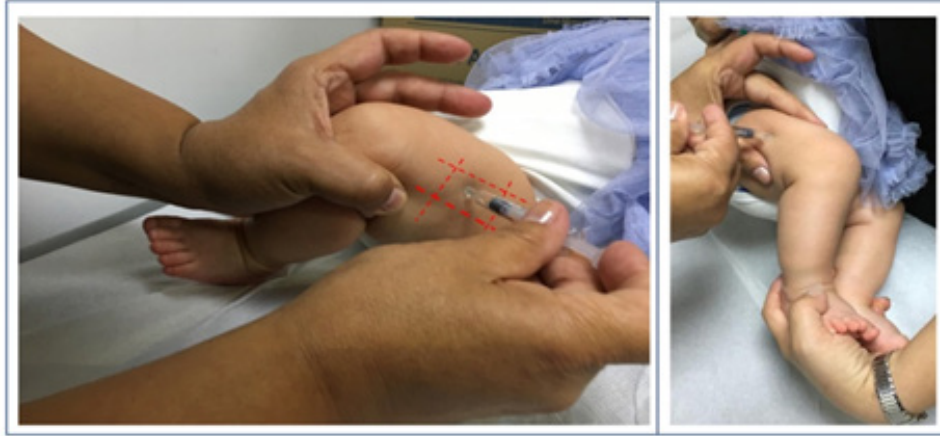
#### **Punción intramuscular**

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



- 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.

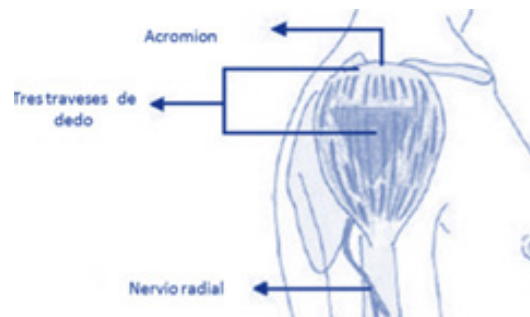
**IMAGEN N°4:SITIO DE PUNCIÓN LACTANTES MENORES DE 12 MESES**



Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones.

- 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, 2-4 traveses de dedo bajo el acromion.

**IMAGEN N°5:SITIO DE PUNCIÓN A PARTIR DE 12 MESES DE EDAD**



Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones.

- iii. Personas con alteración de la coagulación  
Deben seguir las recomendaciones indicadas para pacientes hemofílicos [11]:
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.

## iv. Coadministración de vacunas

La vacuna contra la influenza puede ser administrada conjuntamente con otras vacunas del PNI (hexavalente, neumocócica conjugada, vacuna SRP, hepatitis A, dTpa en el caso de las embarazadas), pero en sitios de punción diferentes.

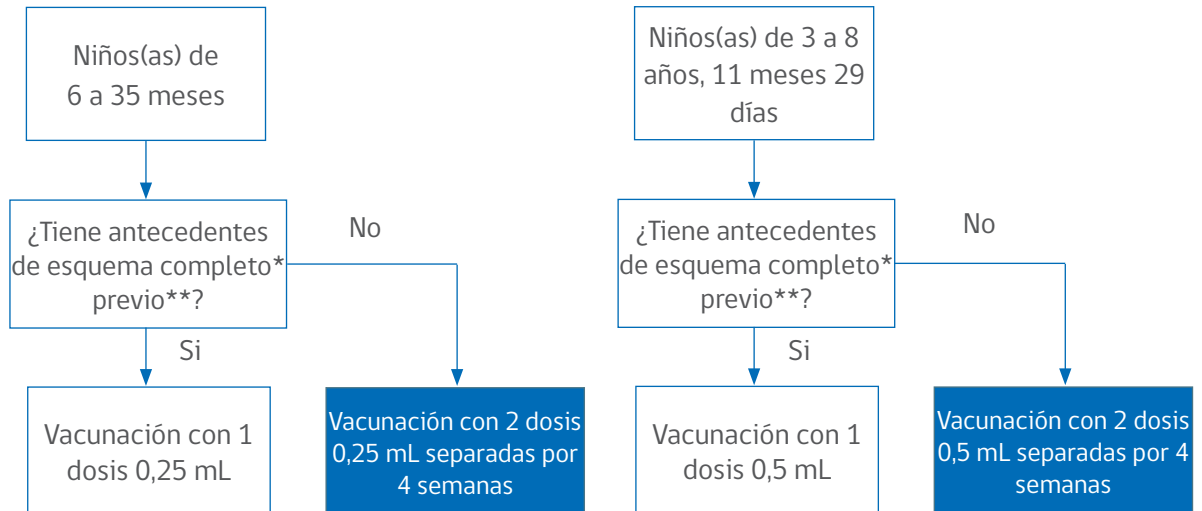
Punción simultánea de vacunas en una extremidad:

1. Iniciar la inmunización con la vacuna menos dolorosa.
2. Aplicar la vacuna intramuscular rápidamente y sin aspirar.
3. La madre puede dar pecho durante y después de la vacunación, incluso si se administró vacuna rotavirus.
4. Al administrar 2 vacunas simultáneamente en la misma extremidad verificar que exista 2,5 cm de separación entre una y otra.

## v. 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.
- 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.

#### IMAGEN N°6: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.

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

\*\*Los niños (as) que NO han recibido 2 dosis o tiene esquema incompleto durante las campañas de vacunación anteriores, el presente año deben recibir 2 dosis, con un intervalo de 4 semanas para optimizar su respuesta inmune.

Para la administración de una dosis de 0,25 mL a partir de una jeringa de 0,5mL monodosis, empuje la parte delantera del émbolo exactamente hasta el borde de la marca para eliminar la mitad del volumen; Un volumen de 0,25 mL de la vacuna permanece en la jeringa, para la adecuada administración.

**IMAGEN N°7: JERINGA MONODOSIS**





TABLA N°8: 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.

TABLA N°9: ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN GRUPO OBJETIVO

GRUPOS OBJETIVO	DOSIS	NÚMERO DE DOSIS	OBSERVACIONES
Niños(as) de 6 a 35 meses	0,25 mL	2	Sin antecedentes de vacunación previa - Quienes no hayan recibido 2 dosis durante una temporada anterior
	0,25 mL	1	Con antecedente de vacunación completa previa
Niños(as) de 3 a 8 años, 11 meses 29 días	0,5 mL	2	Sin antecedentes de vacunación previa - Quienes no hayan recibido 2 dosis durante una temporada anterior
	0,5 mL	1	Con antecedente de vacunación completa previa
Niños(as) de 9 años en adelante	0,5 mL	1	Independiente del historial de vacunación
Personal de salud públicos y privados	0,5 mL	1	Independiente del historial de vacunación
Embarazadas	0,5 mL	1	Independiente del historial de vacunación

Enfermos crónicos desde los 11 hasta los 64 años de edad	0,5 mL	1	Independiente del historial de vacunación
Personas mayores, de 65 y más años	0,5 mL	1	Independiente del historial de vacunación. Aprovechar la oportunidad para aplicar vacuna contra neumococo si no la he recibido nunca
Trabajadores avícolas y de criaderos de cerdo	0,5 mL	1	Independiente del historial de vacunación

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones.

## d. MANEJO DE REACCIONES POST VACUNACIÓN

Es fundamental conocer las reacciones esperadas con la administración de cada vacuna para poder realizar el tratamiento oportuno. Cabe destacar que, los beneficios que estas aportan a nivel de la comunidad, son mucho mayores que las manifestaciones asociadas a su uso, las que son en gran mayoría leves y generalmente transitorias.

Como en cualquier proceso de vacunación, el equipo de salud a cargo debe estar alerta a las potenciales reacciones adversas que esta instancia conlleva. Esto significa: detectar, analizar y tratar de manera oportuna y correcta las manifestaciones, las cuales pueden ir desde una reacción local hasta una manifestación post inmunización de carácter grave que ponga en riesgo la vida del usuario.

En base al POE del PNI, con la finalidad de pesquisar una reacción anafiláctica post-inmunización, se recomienda 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 tipo [14].

**TABLA N°10: CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD**

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

**TABLA N°11: REACCIONES POST-VACUNACIÓN**

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

**TABLA N°12:CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANAFILAXIA**

<b>SE CONSIDERA QUE LA ANAFILAXIA ES MUY PROBABLE SI SE CUMPLEN LOS TRES CRITERIOS SIGUIENTES:</b>	
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**

<b>ÍTEM</b>	<b>REACCIÓN VASO-VAGAL</b>	<b>ANAFILAXIA</b>
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:DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE REACCIÓN VASO-VAGAL Y ANAFILAXIA**

<b>FRENTE AL SHOCK ANAFILÁCTICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contactarse rápidamente con el médico del establecimiento, SAPU o a un teléfono previamente coordinado.</li> <li>- Evaluar ABC: vía aérea permeable, ventilación y circulación.</li> <li>- Posición Fowler. Uso de oxígeno con mascarilla de alto flujo con reservorio (no reinhalación) para saturación sobre 95%. Controlar con saturómetro.</li> <li>- Administrar adrenalina vía intramuscular, indicado para el tratamiento del shock.</li> <li>- Si es factible instalar vía venosa (calibre 18-20), con el objetivo de administrar medicamentos o aportar volumen.</li> <li>- Si la hipotensión persiste posterior a dosis de adrenalina, administrar suero fisiológico (10 a 20 ml/kg).</li> <li>- Adrenalina y oxígeno son los agentes terapéuticos más importantes a utilizar.</li> <li>- Si no responde a las medidas básicas, iniciar maniobra de reanimación cardiopulmonar.</li> </ul>
<b>TRASLADO A CENTRO ASISTENCIAL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamar al SAPU o SAMU al número 131 para coordinar traslado</li> <li>- Esencial en pacientes inestables o que no responden a terapia inicial.</li> <li>- El coordinador permanece al lado del paciente hasta la llegada de la ambulancia del SAPU o SAMU o del médico del establecimiento, y le administra apoyo ventilatorio manual con ambú, si fuera necesario.</li> <li>- Una vez entregado el paciente al SAPU o SAMU o al médico del establecimiento, el coordinador reporta lo sucedido a su jefatura, asegurando que quede constancia de la reacción en la ficha clínica.</li> <li>- Continuar con el protocolo establecido para ESAVI y realizar seguimiento posterior al evento</li> </ul>

### 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% (epinerfrina)	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 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> y 23 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>
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 pato		Tela adhesiva
Caja material desechos cortopunzantes		Guantes de procedimiento
Riñones para preparación de medicamentos		

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2019

TABLA N°16:FICHA TRATAMIENTO VASOCONSTRICTOR (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>&gt; 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, 2021

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 15lts/min, para asegurar una FIO2 de 50 %.

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2021

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	<p>1 ampolla de 10mg/1mL</p> 																
Indicación	<p>Dosis pediátrica: 0,2 mg/kg, sin diluir.</p> <p>En adultos o niños con peso mayor a 30 kg., se debe administrar 0.5 mL (1/2 ampolla) intramuscular en muslo.</p> <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>																
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>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>25 kg</td> <td>0,3 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>35 kg</td> <td>0,5 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	0,2 mL	25 kg	0,3 mL	30 kg	0,4 mL	35 kg	0,5 mL	40 kg	0,8 mL	45 kg y más	1,0 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA																
10 kg	0,2 mL																
20 kg	0,2 mL																
25 kg	0,3 mL																
30 kg	0,4 mL																
35 kg	0,5 mL																
40 kg	0,8 mL																
45 kg y más	1,0 mL																

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2021



## 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.



La red de Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas (DVI) del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), se rige bajo estrictos estándares de calidad asociados al aseguramiento de la cadena de frío, por lo que 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:

- Se recomienda que todo establecimiento cuente con instalación eléctrica acorde a normativa de la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (SEC).
- Se recomienda que todo vacunatorio cuente con sistema de respaldo de energía eléctrica, que permita mantener energizados los refrigeradores que almacenan vacunas, ante cortes del suministro eléctrico.
- 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.

### 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.
- Se recomienda el uso de instrumentos calibrados.
- El rango de medición de los instrumentos de termometría debe ser entre  $-30^{\circ}\text{C}$  y  $+50^{\circ}\text{C}$ , lo que permitirá su uso para todas las áreas que exigen control y registro de temperaturas.
- Deben contar con resolución de  $0.1^{\circ}\text{C}$ , es decir, que se lea al menos 1 decimal.
- Se recomienda utilizar equipos con exactitud de  $0.5^{\circ}\text{C}$  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), es altamente recomendable disponer de un termógrafo en los equipos de almacenamiento. Lo anterior permitirá realizar un mejor análisis ante eventuales excursiones de temperatura.

### 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.
- La instalación y puesta en marcha de refrigeradores clínicos debe ser realizada por personal técnico calificado.
- Los refrigeradores domésticos deben ser acondicionados de acuerdo con normativas técnicas vigentes.
- Deben mantener distancia del techo y paredes, según recomendación del fabricante.
- Deben ser instalados sobre una superficie nivelada.
- Deben utilizar enchufe exclusivo, sin alargadores y señalizado "NO DESENCHUFAR"
- La temperatura ambiente en que se instalan debe mantenerse entre  $18^{\circ}\text{C}$  y  $25^{\circ}\text{C}$  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 contenedores isotérmicos pasivos (CIP) para el transporte de vacunas:

- Se debe utilizar CIP calificados 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 (reellenas 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.

### De los vehículos para transporte de vacunas:

- Está prohibido transportar vacunas en vehículos abiertos (pickup de camionetas).
- 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.
- Temperatura de acondicionamiento de unidades refrigerantes "refrigeradas"
- Temperatura de acondicionamiento de unidades refrigerantes "congeladas"
- Temperatura de almacenamiento de vacunas en los equipos de refrigeración.
- 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 extramural, se deberá registrar temperaturas del CIP a la salida del vacunatorio y al llegar al punto de vacunación, además de verificar (sin registrar) temperaturas permanentemente durante toda la jornada. En caso de quedar productos al interior del CIP, se deberá registrar temperaturas al finalizar la jornada y al llegar al vacunatorio previo a su almacenamiento en el refrigerador.

## IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Contar con información confiable y oportuna en los distintos niveles, permite monitorear el avance y cobertura de las metas que permitan programar actividades complementarias y estratégicas para la inmunización. El sistema de registro de vacunación a utilizar durante la campaña son los siguientes:

### Registro Nacional de Inmunizaciones

- 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 2022.
- Una vez ubicado en "Influenza 2022" en sistema RNI, seleccionar el RUN, Pasaporte u otro, continuar con lo siguiente:
  - Verificar los datos personales del usuario.
  - Verificar comuna de residencia con el usuario y actualizar si corresponde (dato relevante para la cobertura), ya que el sistema muestra la comuna registrada en la última vacunación.
  - Lote o serie de la vacuna administrada, seleccionar el utilizado.
  - Vacunador, seleccionar del listado desplegable el nombre del funcionario que administro la vacunación.

Chequear que el usuario cumpla con una de las siguientes características definida con mayor detalle en el punto IV, población objetivo, la finalidad es contar con información más precisa al momento de hacer análisis de la información.

- Niños de 6 meses a 5 años (incluye población que cursa kínder).
- Escolares de 1º a 5º año básico.
- Embarazadas.
- Enfermos crónicos de todas las edades (11 a 64 años de edad).
- P. de salud: Público.
- P. de salud: Alumnos en práctica sector público.

- P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector público.
- P. de salud: Privado.
- P. de salud: Alumnos en práctica, sector privado.
- P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector privado.
- P. de salud: Fuerzas Armadas (FFAA) y de Orden y Seguridad Pública.
- P. de salud: Adm. apoyo no clínico FFAA y de Orden y Seguridad Pública.
- Personas en centros cerrados: Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores (ELEAM).
- Personas en centros cerrados: SENAME y Servicio Mejor Niñez.
- Personas en centros cerrados: Establecimientos de internación de Salud Mental.
- Personas en centros cerrados: Población privada de libertad.
- P. en Serv. Esenciales: Administración del Estado.
- P. en serv. Esenciales: Atención directa a la Ciudadanía.
- P. en serv. Esenciales: Carabineros -PDI.
- P. en serv. Esenciales: Fuerzas Armadas.
- P. en serv. Esenciales: Personal de Gendarmería.
- P. funciones en ONEMI, CONAF, Bomberos.
- Profesores y Parvularios.
- Cuidadores y contactos intradomiciliarios postrados.
- Capullo para prematuros.
- P. funciones en empresas de servicios básicos.
- P. funciones en empresas de transporte de personas.
- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo
- Trabajadores/as sexuales.
- Personas en situación de calle.
- Personas residentes en zonas extremas.
- Vacunación privada (No población objetivo).
- Personas mayores de 65 años y más.
- 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 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 pediátrica o adulto, primera o segunda dosis pediátrica o adulto, recordar que la dosis pediátrica corresponde a 0,25mL y se administra a los menores de 3 años y la dosis de adulto corresponde a 0,5mL y se administra desde los 3 años en adelante. 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 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 desde la inmunización). 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 2022 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 y SEREMI, 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

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.

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.

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.

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

## XII. SUPERVISIÓN

La supervisión de la campaña se realizará en diferentes momentos, durante la etapa de organización y planificación, durante la ejecución y finalmente, los supervisores también participan en el proceso de verificación de coberturas de campaña, como se describe a continuación. Se adjunta “Pauta de Supervisión a Puntos de Vacunación” en ANEXO N°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 2022 se realizó la compra por 7.700.000 dosis de Vacuna Influenza, el proceso comenzó en el mes de agosto 2021 con el llamado a través de la licitación pública N°621-700-LR21, el cual finalizó en el mes de septiembre 2021.

La totalidad de las dosis fue adjudicada al proveedor Laboratorio Recalcine S.A., 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 2022.

En este proceso, se han definido las siguientes entregas:

**TABLA N°19: CANTIDAD TOTAL DE VACUNAS ADQUIRIDAS AÑO 2022**

Disponibilidad para MINSAL	Cantidad (dosis)
23-02-2022	2.520.000
09-03-2022	2.520.000
16-03-2022	2.040.000
18-04-2021	620.000
<b>Total: 7.700.000</b>	

En general, la distribución se desarrollará con salidas en rutas terrestres y aéreas para llegar a los Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas (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 públicas[15], 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 Registro Nacional de Inmunizaciones 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.

- **Generar el balance regional de vacunas:** a través del cruce de bases de datos provenientes de las fuentes anterior, 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 2022

Fechas de distribución estimadas		25-02-22	04-03-22	11-03-22	28-03-22	04-04-22	11-04-22	18-04-22	Total
REGIÓN	DVI	Dist.1	Dist.2	Dist.3	Dist.4	Dist.5	Dist.6	Dist.7	Total
Arica y Parinacota	Arica	18.000	12.600	12.600	18.000	9.600	9.600	10.300	90.700
Iquique	Tarapacá	24.000	21.600	21.600	24.000	14.400	14.400	13.800	133.800
Antofagasta	Antofagasta	33.600	43.200	43.200	33.600	31.200	31.200	19.300	235.300
Atacama	Copiapó	14.400	10.800	10.800	14.400	8.400	8.400	8.300	75.500
Atacama	Vallenar	4.800	4.320	4.800	4.800	2.400	2.400	2.800	26.320
Coquimbo	Coquimbo	31.800	36.000	36.000	32.400	26.400	26.400	18.300	207.300
Coquimbo	Ovalle	12.000	25.200	25.200	12.000	18.000	18.000	6.900	117.300
Coquimbo	Los Vilos	7.200	7.200	7.200	7.200	6.000	6.000	4.100	44.900
Valparaíso	San Felipe	15.600	54.000	54.000	15.600	38.400	38.400	9.000	225.000
Valparaíso	Viña del Mar	96.000	129.600	129.600	96.000	92.400	92.400	55.100	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	407.800
Maule	Talca	66.000	108.000	108.000	66.000	75.600	75.600	37.900	537.100
Ñuble	Chillán	25.200	32.040	32.400	25.200	22.800	22.800	14.500	174.940
Bio-Bío	Los Ángeles	21.600	25.200	25.200	21.600	18.000	18.000	12.400	142.000
Bio-Bío	Concepción	60.000	72.000	72.000	60.000	51.600	51.600	34.400	401.600
Araucanía	Angol	12.000	21.600	21.600	12.000	14.400	14.400	6.900	102.900
Araucanía	Temuco	43.200	44.640	45.600	43.200	31.200	31.200	24.800	263.840
De los Ríos	Valdivia	21.600	25.200	25.200	21.600	18.000	18.000	12.400	142.000
De los Lagos	Osorno	15.600	18.000	18.000	15.600	12.000	12.000	9.000	100.200
De los Lagos	Puerto Montt	21.600	36.000	36.000	21.600	26.400	26.400	12.400	180.400
De los Lagos	Castro	10.200	12.240	12.600	10.800	9.600	9.600	5.900	70.940
Aisén	Coyhaique	7.200	5.400	5.400	7.200	3.600	3.600	4.100	36.500
Magallanes	Punta Arenas	10.800	9.000	9.000	10.800	7.200	7.200	6.200	60.200
Metropolitana	Santiago (Lourdes)	228.000	324.000	324.000	228.000	230.400	230.400	130.700	1.695.500
Metropolitana	Santiago (Sur/B. Luco)	108.000	144.000	144.000	108.000	103.200	103.200	62.000	772.400
Metropolitana	Santiago (3º punto)	108.000	144.000	144.000	108.000	97.200	97.200	62.000	760.400
		<b>1.080.000</b>	<b>1.440.000</b>	<b>1.440.000</b>	<b>1.080.000</b>	<b>1.020.000</b>	<b>1.020.000</b>	<b>620.000</b>	<b>7.700.000</b>

## 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 2022, 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 2022 - 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.

**IMAGEN N°8: 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	Dosis Única		Primera dosis		Segunda dosis	
			Total	Total	Total	Total		
<b>Total</b>		<b>6.753.180</b>	<b>6.141.939</b>		<b>369.942</b>			
1° básico	>	202.520	166.049		35.456			
2° básico	>	184.399	154.294		29.988			
3° básico	>	183.659	160.925		12.251			
4° básico	>	184.591	183.697		688			
5° básico	>	192.240	192.240		—			
Campaña para embarazadas	>	2.091	2.091		—			
Cuidadores y contactos intradomiciliares postados	>	36.260	36.260		—			
Embarazadas	>	135.422	135.422		—			
Enfermos crónicos de 11 a 64 años	>	1.640.075	1.640.075		2			
CGS	>	1.663	1.676		12			
Ley Ricarte Soto	>	642	595		31			
Niños de 6 meses a 5 años de edad	>	1.251.854	729.927		307.135			
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	>	11.054	11.054		—			
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	>	52.279	52.279		—			
P. en serv. Esenciales: Atención directa a la Ciudadanía	>	53.026	53.026		—			
P. en serv. Esenciales: Carabineros - PDI	>	26.985	26.985		—			

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

- Campaña Influenza 2022 - 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 2022

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, vía correo, formato para completar los ítems del V al VIII del Informe Regional Campaña Influenza 2022.

## XVII. REFERENCIAS

1. Center for Disease Control and Prevention. The Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases [Internet]. 14th edition 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>
2. World Health Organization. Influenza (Seasonal) [Internet]. 06 noviembre 2018 [citado el 21 enero 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
3. World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2022 southern hemisphere influenza season [Internet]. 24 septiembre 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2022-southern-hemisphere-influenza-season>
4. Ministro de Salud. Guía de Práctica Clínica Uso ambulatorio de Oseltamivir para personas con sospecha o diagnóstico de Influenza [Internet]. Julio 2015. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA\\_INFLUENZA\\_2015\\_07\\_21.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA_INFLUENZA_2015_07_21.pdf)
5. Ministerio de Salud. Resumen Ejecutivo: Guía de Práctica Clínica Influenza [Internet]. 2018. Disponible en: [https://diprece.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2019/02/Resumen-ejecutivo\\_INFLUENZA-2018\\_2-26.pdf](https://diprece.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2019/02/Resumen-ejecutivo_INFLUENZA-2018_2-26.pdf)
6. Center for Disease Control and Prevention. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2020–21 Influenza Season [Internet]. 21 agosto 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6908a1.htm>
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Semanal: Reporte de Influenza SE 50 [Internet]. 28 diciembre 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55468/InfluRep28Dec2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Departamento de Epidemiología- Ministerio de Salud. Situación de Influenza y Virus Respiratorios en contexto de SARS-CoV-2 Informe SE 46 de 2021 [Internet]. 25 noviembre 2021. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/11/Informe\\_SE\\_01\\_46\\_Influenza.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/11/Informe_SE_01_46_Influenza.pdf)
9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. La efectividad de la vacuna: ¿qué tan bien funcionan las vacunas contra la influenza?: Preguntas y respuestas [Internet]. 2021 [citado el 21 enero 2022]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm>
10. Center for Disease Control and Prevention. Key Facts About Seasonal Flu Vaccine [Internet]. 2021 [citado el 21 enero 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/prevent/keyfacts.htm>
11. Departamento de Inmunizaciones-Ministerio de Salud. Ordinario B27 N°1024: Recomendaciones de administración de vacunación para pacientes hemofílicos. 21 de abril 2015.
12. 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>
13. 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-COVID-19-versión-24-03-2020-correcto-última-página.pdf>

14. 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-POE-Completa.pdf>
15. 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>

## **XVIII. ANEXOS**

**ANEXO N°1: POBLACIÓN OBJETIVO (\*)**

Población objetivo campaña Influenza 2022, 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
<b>Total país</b>	<b>1.299.031</b>	<b>1.280.429</b>	<b>2.579.460</b>	<b>2.560.621</b>	<b>1.657.413</b>	<b>2.602</b>	<b>204.800</b>	<b>277.079</b>	<b>87.677</b>	<b>144.612</b>	<b>37.707</b>	<b>334.060</b>	<b>7.886.031</b>
<b>Arica y Parinacota</b>	17.599	18.267	35.866	31.329	20.437	43	2.838	5.137	1.054	1.842	796	6.679	<b>106.021</b>
<b>Tarapacá</b>	31.785	30.646	62.431	34.899	33.998	29	4.748	6.204	980	2.711	419	11.420	<b>157.839</b>
<b>Antofagasta</b>	51.526	49.542	101.068	59.481	50.138	36	7.845	6.592	3.509	3.961	69	21.885	<b>254.584</b>
<b>Atacama</b>	22.918	24.490	47.408	36.817	31.374	1	3.671	3.749	580	2.402	97	5.853	<b>131.952</b>
<b>Coquimbo</b>	56.033	61.663	117.696	117.599	76.946	62	8.610	11.045	1.543	8.625	638	11.904	<b>354.668</b>
<b>Valparaíso</b>	120.500	125.824	246.324	310.401	178.079	247	19.021	28.119	8.289	15.619	5.409	37.315	<b>848.823</b>
<b>Metropolitana</b>	557.526	513.859	1.071.385	978.160	566.934	628	86.641	97.001	51.769	40.332	9.134	108.197	<b>3.010.181</b>
<b>O'Higgins</b>	64.632	67.156	131.788	144.217	105.615	489	10.172	13.041	3.611	10.488	9.321	19.712	<b>448.454</b>
<b>Maule</b>	75.058	76.459	151.517	168.677	137.034	588	11.803	17.111	2.689	15.093	3.159	22.803	<b>530.474</b>
<b>Ñuble</b>	30.677	32.423	63.100	83.345	66.574	28	4.983	8.674	983	5.322	886	8.506	<b>242.401</b>
<b>Biobío</b>	103.414	108.489	211.903	232.592	152.084	133	16.982	30.714	4.295	12.948	976	24.293	<b>686.920</b>
<b>La Araucanía</b>	67.115	69.534	136.649	149.009	95.191	59	11.217	17.130	2.702	9.179	1.413	15.046	<b>437.595</b>
<b>Los Ríos</b>	24.788	25.952	50.740	59.676	46.462	43	3.988	7.099	1.807	3.290	2.548	10.592	<b>186.245</b>
<b>Los Lagos</b>	57.210	57.494	114.704	117.904	71.606	188	9.387	17.762	2.742	9.836	2.659	15.166	<b>361.954</b>
<b>Aysén</b>	7.458	7.780	15.238	12.423	7.917	23	1.135	2.772	349	1.782	74	3.879	<b>45.592</b>
<b>Magallanes</b>	10.792	10.851	21.643	24.092	17.024	5	1.759	4.929	775	1.182	109	10.810	<b>82.328</b>

(\*) Datos preliminares 2022

## 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
<b>Paso 1.</b> Organización de datos	¿Qué información requiero?
<b>Paso 2.</b> 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?
<b>Paso 3.</b> Mapeo y sectorización	¿Dónde, a quién y cuántos?
<b>Paso 4.</b> Definición de tácticas de vacunación	¿Cuáles son las tácticas más efectivas para captar a la población objetivo?
<b>Paso 5.</b> Cálculo de requerimientos	¿Con qué y cuánto?
<b>Paso 6.</b> Operacionalización de la programación	¿Cuándo y con quién realizo las actividades que requiero implementar para alcanzar la meta de cobertura de 85% y más?
<b>Paso 7.</b> Monitoreo de coberturas	¿Cuánto he avanzado y cuánto me falta?
<b>Paso 8.</b> 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?
<b>Paso 9.</b> Supervisión	¿Estoy cumpliendo con la normativa y parámetros establecidos?
<b>Paso 10.</b> Evaluación	¿Cuáles son mis resultados y lecciones aprendidas? ¿Qué requiero mejorar?

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

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

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

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



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

Al ser un proceso participativo, la 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		

**Criterios de Elegibilidad (CE) en RNI**

- 1- Niños de 6 meses a 5 años.  
2- 1º básico.  
3- 2º básico.  
4- 3º básico.  
5- 4º básico.  
6- 5º básico.  
7- Embarazadas.  
8- Enfermos crónicos de 11 a 64 años.  
9- P. de salud: Público.  
10- P. de salud: Alumnos en práctica sector público.  
11- P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector público.  
12- P. de salud: Privado.  
13- P. de salud: Alumnos en práctica, sector privado.
- 14- P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector privado.  
15- P. de salud: FFAA y de orden.  
16- P. de salud: Adm. apoyo no clínico FFAA y de Orden y Seg. Pública.  
17- Personas en centros cerrados: ELEAM.  
18- Personas en centros cerrados: SENAME y Servicio Mejor Niñez.  
19- Personas en centros cerrados: Instituciones de Salud Mental.  
20- Personas en centros cerrados: Población privada de libertad.  
21- P. en serv. Esenciales: Administración del Estado.  
22- P. en serv. Esenciales: Atención directa a la Ciudadanía.  
23- P. en serv. Esenciales: Carabineros -PDI.  
24- P. en serv. Esenciales: Fuerzas Armadas.  
25- P. en serv. Esenciales: Farmacias y laboratorios.  
26- P. en serv. Esenciales: Personal de Gendarmería.  
27- P. funciones en ONEMI, CONAF, Bomberos.
- \* Marcar con una X donde corresponda**
- 28- P. funciones en empresas de servicios básicos.  
29- P. funciones en empresas de transporte de personas.  
30- P. funciones en Transporte de productos críticos.  
31- Cuidadores y contactos intradomiciliarios postrados.  
32- Capullo para prematuros.  
33- Profesores/as y Parvularios/as.  
34- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.  
35- Trabajadores/as sexuales.  
36- Personas en situación de calle.  
37- Personas residentes en zonas extremas.  
38- Vacunación privada (No población objetivo).  
39- Personas mayores de 65 años y más.  
40- Ley Ricarte Soto.  
41- 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, escribala en el casillero observaciones.

	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>Punto vacunatorio</b>			
El lugar donde se encuentra el punto de vacunación es accesible			
Dispone de área limpia definida			
El lugar se encuentra limpio y ordenado			
Cuenta con depósito de eliminación de basura común			
Cuenta con depósito de eliminación de desechos (caja de bioseguridad)			
Cuenta con mesa de trabajo			
Cuenta con silla para el usuario			
Cuenta con alcohol gel			
Cuenta con toalla desechable			
<b>Cadena de frío</b>			
Cuenta con unidades refrigerantes de repuesto			
El termómetro se encuentra bien ubicado			
La temperatura del termo se encuentra dentro de los rangos (+2 - +8°C)			
Las vacunas están separadas de la unidad refrigerante			
El termo se encuentra en buenas condiciones			
<b>Técnica de administración</b>			
Informa al usuario sobre la vacuna			
Verifica que el usuario sea parte de la población objetivo			
Verifica que la vacuna y la fecha de vencimiento sean correctas			
Administra la vacuna por vía IM			
Informa al usuario sobre las reacciones post vacunales			
<b>Logística</b>			
Cuenta con dosis suficientes para la población objetivo definida			
Cuenta con la población objetivo asignada			
Cuenta con planificación de la campaña			
<b>Capacitación</b>			
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			
<b>Supervisión</b>			
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?			
<b>Comunicación</b>			
El punto de vacunación está identificado			
Se hace promoción en el área			
Dispone de afiches o material gráfico para educación a los usuarios			
<b>Sistema de registro</b>			
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

### INSTRUCTIVO DE ARMADO CONTENEDOR ISOTÉRMICO PASIVO (CIP) 35 LITROS MINSAL CONFIGURACIÓN INVIERNO

#### **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.

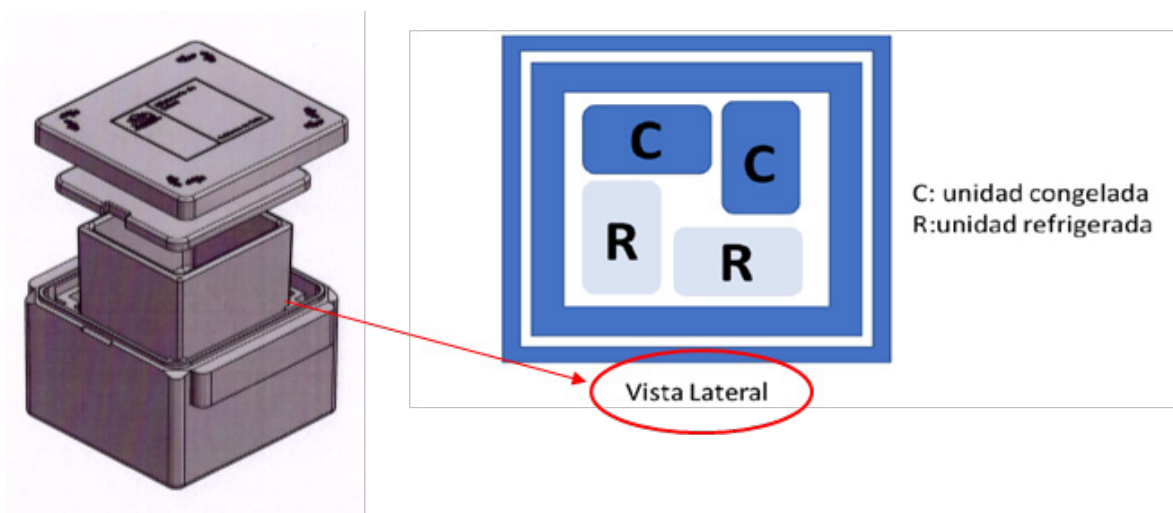
#### **Armado del CIP:**

Se debe armar el CIP a temperaturas de refrigeración (2° 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.

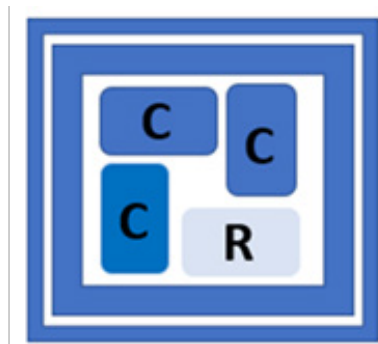
UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperatura ambiente inferior a 25°C.

### **Armado del CIP:**

Idealmente armarlo a temperaturas de refrigeración (2° 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° 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.

## INSTRUCTIVO DE ARMADO CONTENEDOR ISOTÉRMICO PASIVO (CIP) 70 LITROS MINSAL CONFIGURACIÓN INVIERNO

### 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.

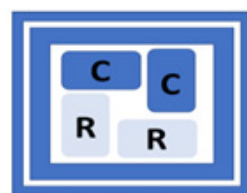
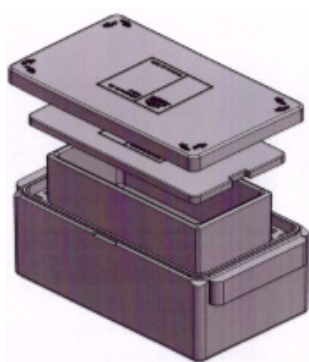
### Armado del CIP:

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

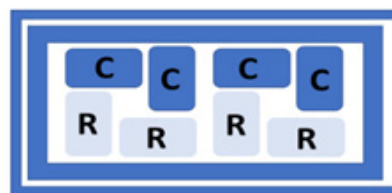
De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente inferior a 25°C.

### 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.

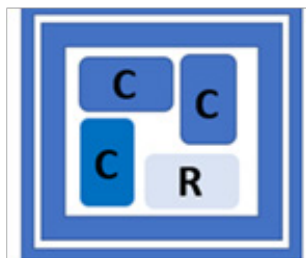
UR congeladas: almacenadas por al menos 24 horas entre -15°C a -20°C y acondicionadas por 30 minutos a temperatura ambiente inferior a 25°C.

### **Armado del CIP:**

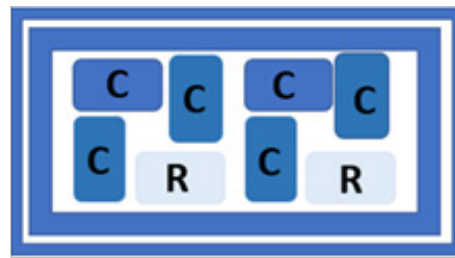
Idealmente armarlo a temperaturas de refrigeración (2° a 8°C). De no poder realizar lo anterior, se debe armar a temperatura ambiente inferior a 25°C y esperar a que alcance temperaturas de 2° a 8°C en su interior (se recomienda usar un visor externo de temperatura para evitar apertura de CIP)

### **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.



## 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°4). Se debe garantizar que cada centro de salud realice mínimamente un MRC.

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

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

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

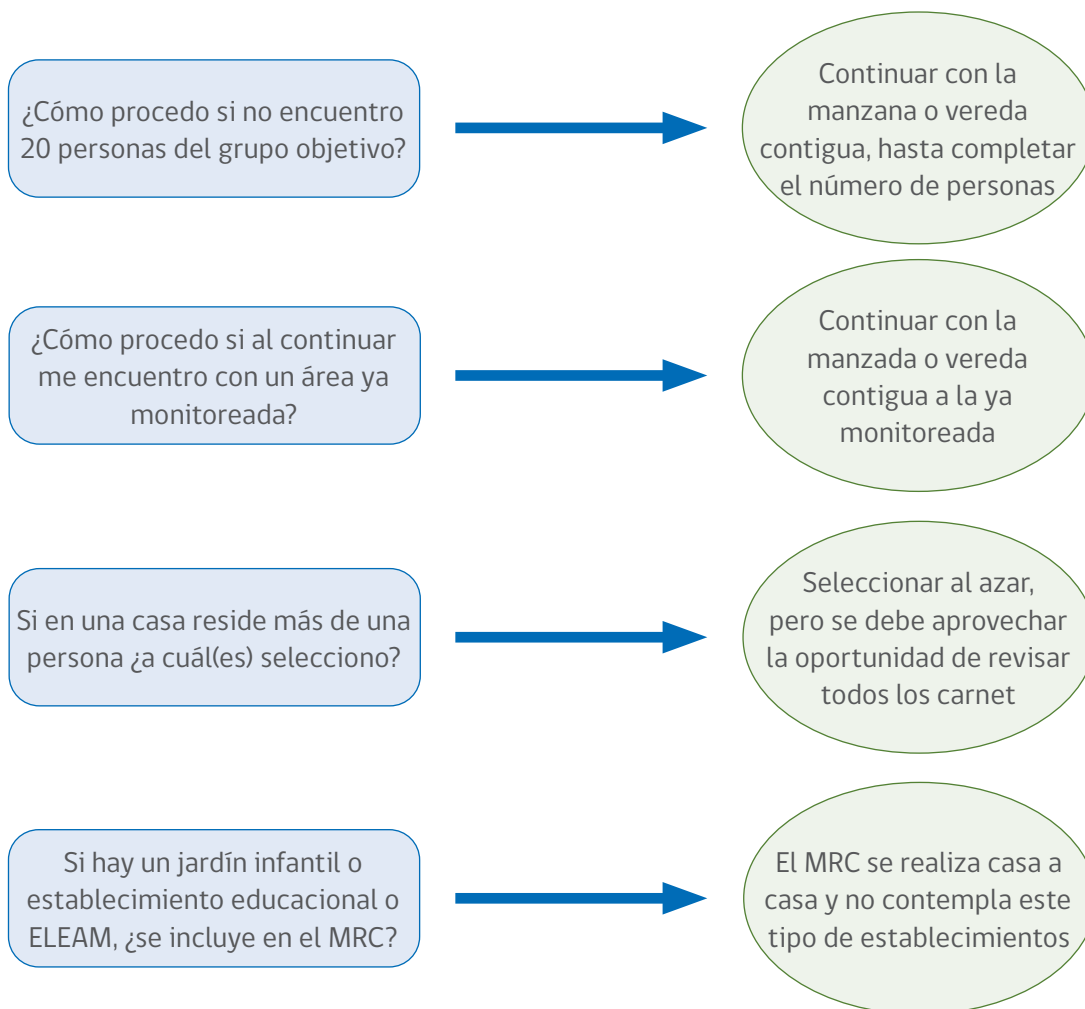
Si en la casa reside más de un niño/a de 6 meses a 5 años de edad o persona mayor de 65 años y más, solo se selecciona al azar uno de ellos que será analizado y registrado en el formulario de MRC. Aunque solo se incluye un niño/a o personas mayores de cada casa, se deben revisar las cédulas del resto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

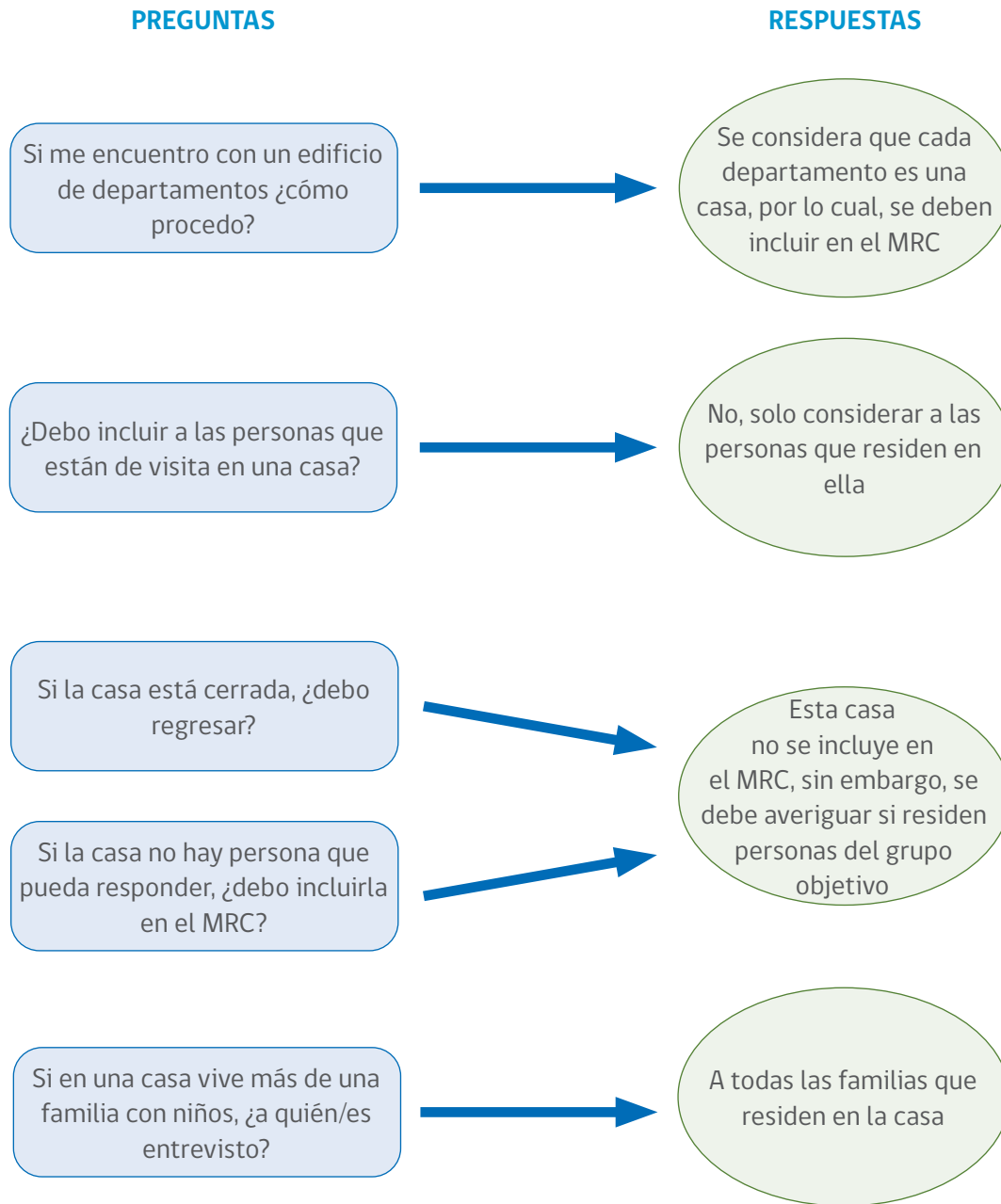
Para registrar los datos de cada casa se deben realizar las siguientes acciones:

- 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°8. A continuación, se esquematizan los pasos para realizar el MRC y tomar decisiones con base en sus resultados.

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

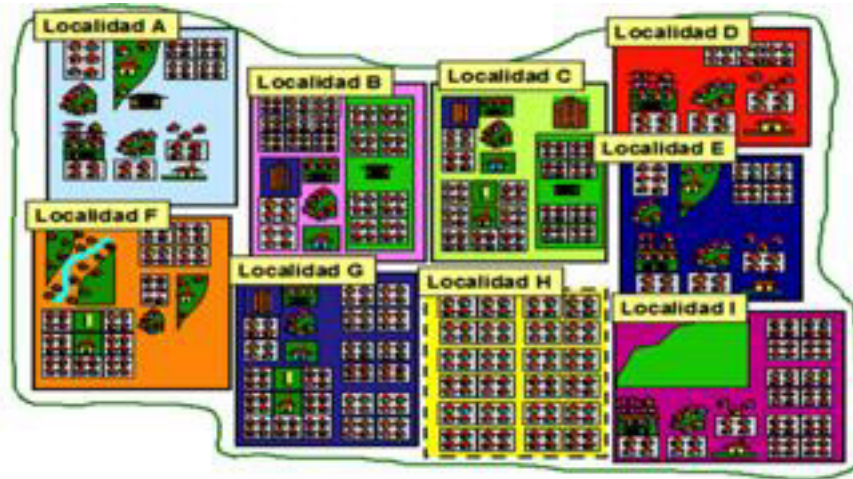
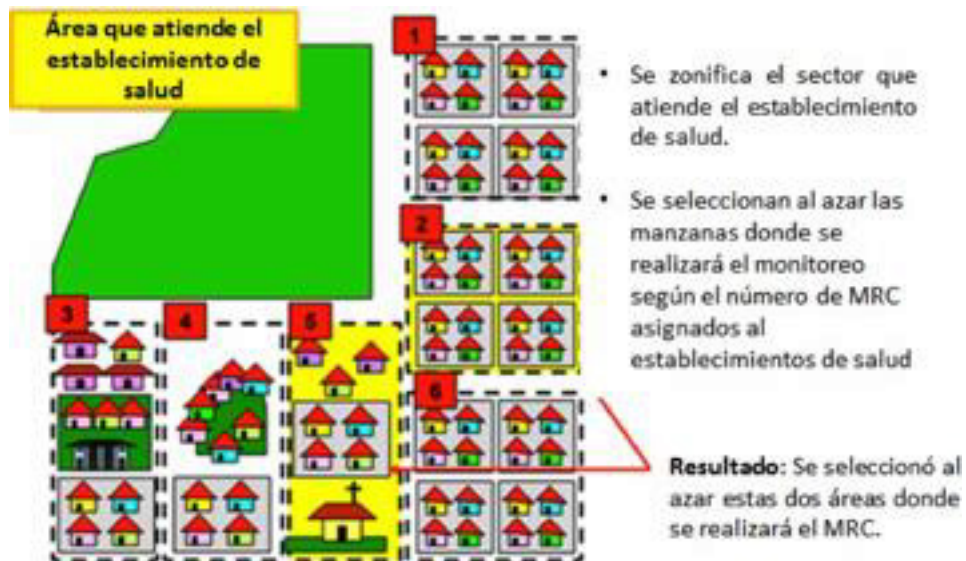
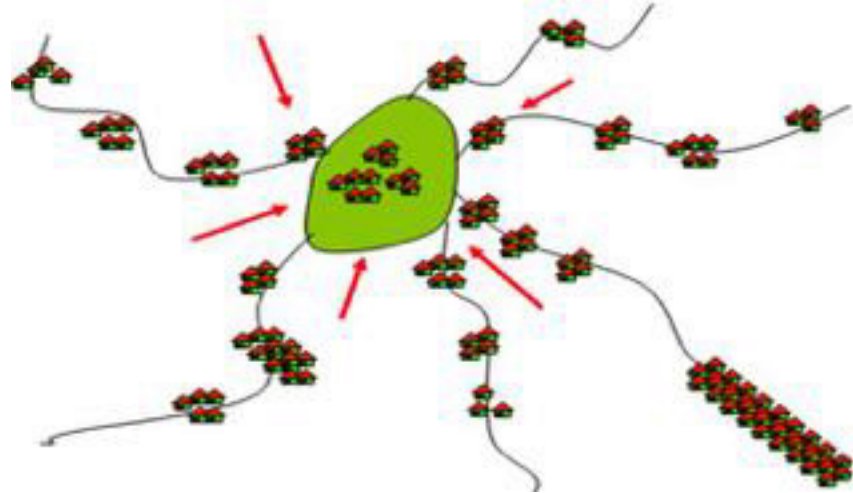


IMAGEN N°2: EJEMPLO DE SELECCIÓN AL AZAR DE UNA MANZANA PARA REALIZAR MRC EN LA LOCALIDAD ADSCRITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

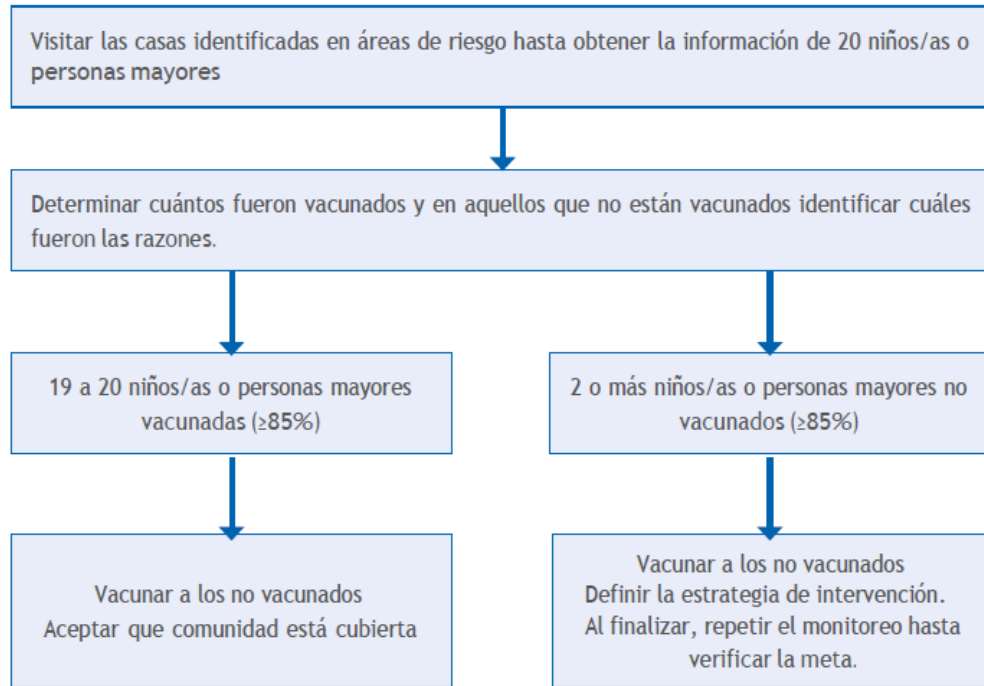


**IMAGEN N°3: UBICACIÓN DE LAS CASAS EN COMUNIDADES RURALES PARA REALIZAR EL MRC.**

- 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 N°5: CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN CON BASE A LOS RESULTADOS MRC EN LA LOCALIDAD**

## Formulario de monitoreo rápido de coberturas de la campaña antiinfluenza 2022

Región: \_\_\_\_\_

Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Comuna donde se realizó MRC: \_\_\_\_\_

(A) No, de casa	(B) No, de niños/as de 1 a 5 años o adultos mayores que viven en la asa	(C) Datos del niño/AM seleccionado para incluir en el MRC			(D) Si, se vacunó contra la influenza	(E) Fuente de verificación del estado vacunal		(F) No se vacunó contra la influenza	(G) Motivos por el cual no fue vacunado																									
		Nombre	RUT	Edad		Carné	Registro Nacional de Inmunizaciones		1	2	3	4	5	6	7	8	9																	
<b>TOTAL</b>																																		
<b>ESPACIO PARA TABULAR LOS DATOS (este espacio se utiliza para tabular los datos del MRC)</b>																																		
%		de niños o AM vacunados con Influenza (D/Total niños*100)																																
%		de niños o AM no vacunados con Influenza (F/Total de niños*100)																																
Para los niños no vacunados, tabule los motivos (G):		1			2			3			4			5			6			7			8			9			TOTAL NO VACUNADOS					
Motivo por el cual no fue vacunado contra la influenza																																		
Nombre del responsable del MRC																																		
Firma																																		
Fecha																																		



## 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 inmunizado/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
	Influenza	
	Hepatitis B	
	Meningococo	
	Hepatitis A	
	SRP	
	Neumococo	
	Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser inmunizado/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 inmunizado/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

