



Gobierno
de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIVISIÓN JURÍDICA
PDN / ILH / ETS / JHG / SSR / CGC / MOP



**APRUEBA LINEAMIENTOS TÉCNICO-
OPERATIVOS CAMPAÑA INFLUENZA
2020**

EXENTA N°

187

SANTIAGO,

18 MAR 2020

VISTO: estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el D.F.L. N° 725, de 1967, Código Sanitario; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de dicha Secretaría de Estado; en el decreto exento N° 6, de 2010, del Ministerio de Salud, que Dispone Vacunación Obligatoria contra Enfermedades Inmunoprevenibles de la Población del País; en la Resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

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

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

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

4.- Que, en razón de lo anterior, esta Secretaría de Estado dictó el decreto exento N° 6, de 2010, que Dispone la Vacunación Obligatoria contra Enfermedades Inmunoprevenibles de la Población del País, entre las cuales se encuentra la Influenza.

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

6.- Que, en el marco de una estrategia epidemiológica anual, todos los años el Ministerio de Salud determina los grupos de población objetivo que se encuentran obligados a la inmunización contra esta enfermedad.

7.- Que, a raíz de lo anterior, el Departamento de Inmunizaciones, de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, elaboró el instrumento denominado: "Lineamientos Técnico-Operativos Campaña Influenza 2020", que contiene recomendaciones relativas, entre otras materias, a la manipulación, almacenamiento, distribución y administración de la vacuna, así como asignación de responsabilidades en el Nivel Central (Ministerio de Salud), en el nivel regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud) y en el nivel ejecutor (establecimientos de salud y APS).

8.- Que, mediante Memorando B27 / N° 23, de 18 de febrero de 2020, la Jefa (S) de la División de Prevención y Control de Enfermedades, solicita la aprobación del documento singularizado en el considerando anterior.

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

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUÉBASE** el instrumento denominado "Lineamientos Técnico-Operativos Campaña Influenza 2020".

2.- Los "Lineamientos Técnico-Operativos Campaña Influenza 2020" consta en un documento de 101 páginas, incluidos los siguientes Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución:

- _ Anexo N° 1: "Población SENAME".
- _ Anexo N° 2: "Guía para la micro-planificación de la campaña de vacunación".
- _ Anexo N° 3: "Formulario Registro Nacional de Inmunizaciones".
- _ Anexo N° 4: "Esquema de vacunación contra Influenza en niños y niñas".
- _ Anexo N° 5: "Pauta de supervisión puntos de vacunación".
- _ Anexo N° 6: "Cálculo para obtener la capacidad de almacenamiento de vacunas".
- _ Anexo N° 7: "Plan comunicacional regional estrategia de vacunación".
- _ Anexo N° 8: "Guía monitoreo rápido de coberturas".
- _ Anexo N° 9: "Registro de respaldo a rechazo de vacunación".

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

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

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE




DR. JAIME MANALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN

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

LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS VACUNA ANTIINFLUENZA

2020

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



Responsables

Dra. Sylvia Santander Rigollet

Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. Cecilia González Caro

Jefe Departamento de Inmunizaciones, División de Prevención y Control de Enfermedades

Editores

Marcela Avendaño Viguera - Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Pamela Burgos Maldonado - Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Daniela Espinoza Espinoza - Enfermera Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Marcela Rivas Iglesias - Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Juan Rodríguez Santana - Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Rosa Solar Sánchez - Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Leslie Soto Sandoval - Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Camila Rojas González - QF, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Iván Brstilo Cerda - Ing. Civil Matemático, Departamento de Inmunizaciones MINSAL

Felipe Muñoz Pérez - Ing. Comercial, Departamento de Inmunizaciones MINSAL

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	4
II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	5
III. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, 2020 [6]	8
IV. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2020	8
V. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA	11
VI. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	14
VII. FASES Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN	21
VIII. VACUNACIÓN SEGURA	22
IX. CADENA DE FRÍO	32
X. SISTEMA DE INFORMACIÓN	34
XI. COMUNICACIÓN SOCIAL	38
XII. CAPACITACIÓN	40
XIII. SUPERVISIÓN	40
XIV. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURAS	41
XV. EVALUACIÓN	43
XVI. REFERENCIAS	45
ANEXO N°1. POBLACIÓN SENAME	46
ANEXO N°2. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	47
ANEXO N°3. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE IINMUNIZACIONES	50
ANEXO N°4. ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS Y NIÑAS	51
ANEXO N°5. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	52
ANEXO N°6. CÁLCULO PARA OBTENER LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE VACUNAS	54
ANEXO N°7. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	56
ANEXO N°8. GUÍA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS	57
ANEXO N°9. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	63

I. ABREVIATURAS

AM	Adultos Mayores
CAE	Centro Atención Especialidades
CDT	Centro Diagnóstico Terapéutico
CRS	Centro Referencia de Salud
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DT	Director Técnico
DVI	Depósito de Vacunas e Inmunoglobulinas
EPRO	Errores Programáticos
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FFAA	Fuerzas Armadas
FV	Farmacovigilancia
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
ISP	Instituto de Salud Pública
JUNJI	Junta Nacional Jardines Infantiles
MINSAL	Ministerio de Salud
MRC	Monitoreo Rápido de Cobertura
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
POE	Procedimiento Operativo Estandarizado
RAM	Reacciones Adversas Medicamentos
RCE	Registro Clínico Electrónico
REAS	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
RNI	Registro Nacional Inmunizaciones
SDVF	Sub-departamento de Fármaco Vigilancia
SE	Semana Epidemiológica
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
UR	Unidades Refrigerantes
SBG	Síndrome de Guillian Barré

II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

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

Esta enfermedad, es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias, lo cual se traduce en un aumento de la demanda en la atención ambulatoria y hospitalaria, así como en el número de fallecimientos que ocasiona especialmente en los grupos de riesgo, tales como la población infantil, adultos mayores, personas con patologías crónicas y mujeres embarazadas principalmente.

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. El virus infecta a humanos y algunos animales. Los virus de la influenza A son perpetuados en la naturaleza por aves silvestres, predominantemente aves acuáticas. La mayoría de estos virus no son patógenos para sus anfitriones naturales 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 en el ser humano son el A(H1N1) y el A(H3N2). El A(H1N1) también se conoce como A(H1N1)pdm09, pues fue el causante de la pandemia de 2009 y posteriormente 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 ha 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 enfermedad respiratoria. 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 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). El inicio de la fiebre suele ser tan abrupto que el paciente recuerda la hora exacta. 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), 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].

La enfermedad puede ser leve, grave o incluso mortal. La hospitalización y la muerte son más frecuentes en grupos de alto riesgo. Se calcula que las epidemias anuales causan 3 a 5 millones de casos graves y 290.000 a 650.000 muertes [3].

Mecanismos de transmisión

La influenza se transmite principalmente de persona a persona a través de gotitas (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 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 se tocan 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. Hay vacunas seguras y eficaces que se vienen utilizando desde hace más de 60 años. La inmunidad de origen vacunal se atenúa con el tiempo, por lo que se recomienda la vacunación anual. Las más utilizadas en el mundo son las vacunas inyectables con virus inactivados.

En los adultos sanos, la vacunación antigripal 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 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 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 con enfermedades médicas crónicas
- Profesionales de salud.

Las vacunas antigripales 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.

Las medidas generales de prevención de la influenza son:

- Lavarse las manos regularmente.
- Cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo de papel al toser o estornudar o con el antebrazo.
- Ventilar regularmente las habitaciones.
- 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.

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 2020 del hemisferio sur contengan las siguientes cepas [3]:

- A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09-like virus
- A/South Australia/34/2019 (H3N2)-like virus
- B/Washington/02/2019-like (B/Victoria lineage) virus.

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 hospitalizado por infección respiratoria aguda grave (IRAG) por influenza deben 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 antivíricos para ofrecer orientaciones oportunas sobre el uso de estos fármacos en el tratamiento y, posiblemente, la profilaxis.

III. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, 2020 [6]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa la situación influenza a la Semana Epidemiológica (SE) 5, 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, lo siguiente:

- **América del Norte:** la actividad general de la influenza continuó elevada en la subregión. En Canadá, predominó la Influenza A (H1N1) pdm09; Las tasas más altas de hospitalización acumulada se encuentran entre los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 años. En los Estados Unidos predominaron los virus pdm09 de Influenza B / Victoria e Influenza A (H1N1) y los indicadores de hospitalizaciones y muertes están por debajo de los niveles esperados en este punto de la temporada. En México, el virus de la gripe A (H1N1) pdm09 predominó con la gripe A (H3N2), la gripe B / Victoria y B / Yamagata co-circulando; Los casos de influenza confirmados por laboratorio y las muertes acumuladas relacionadas con influenza IRAG/ ETI estuvieron por debajo de los niveles observados en la temporada anterior.
- **América Central:** la actividad de influenza y IRAG se mantuvo en niveles bajos en la subregión.
- **Brasil y Cono Sur:** la actividad de la influenza continuó en niveles inter estacionales en la subregión.

IV. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2020

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 profesionales y técnicos del área de la salud, voluntarios o estudiantes autorizados por el director del centro asistencial o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidad, que desempeñan labores de atención de salud directa a pacientes, todos pertenecientes a establecimientos de salud de los Servicios de Salud del país, experimentales y de Atención Primaria de Salud Municipal, 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; personal que labora en el Ministerio de Salud y en los demás organismos dependientes de ese Ministerio y los que con él se relacionan.
 - Todos los profesionales y técnicos del área de la salud, voluntarios o estudiantes autorizados por el director médico del centro clínico o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidad, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales pri-

vados o institucionales que desarrollen tareas que involucren contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos y en servicios de apoyo clínico.

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:

1. Embarazadas, durante todo el embarazo.
2. Niños y niñas desde los 6 meses hasta 5° año básico.
3. Personas mayores, de 65 y más años.
4. Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos (el propósito de inmunizar a este grupo es evitar un cambio genético de la cepa influenza humana al interactuar directamente con las cepas de influenza de ambas especies).
5. Enfermos crónicos desde los 11 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).
 - Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.
 - Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos y en adolescentes IMC $> +2DE$).
 - Enfermedad autoinmune (lupus, escleroderma, 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 las tres últimas condiciones de riesgo mencionadas 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.

Durante el año 2020 se ha definido la población a vacunar dentro del grupo de "Otras Prioridades":

- Establecimientos de atención cerrada (SENAME, establecimientos psiquiátricos) y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
- Población privada de libertad.

- Gendarmería.
- Personal que trabaja en jardines infantiles.
- Profesores de kínder a 5° año básico.
- Cuidadores y contactos intradomiciliarios de personas postradas.
- Estrategia capullo para prematuros extremos (<de 32 semanas o 1.500 gramos al nacer) y prematuros con patologías definidas en Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patología o situación de riesgo¹.
- Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas (Ejército-Armada-Fuerza Aérea).
- Alumnos de escuelas de formación Fuerza de Orden y Seguridad Pública (Carabineros- PDI).
- Carabineros que trabajan en terreno.
- Personas en situación de calle.
- Trabajadores/as sexuales.
- Bomberos.
- Funcionarios públicos (solicitud de jefatura de la institución y aprobación del Departamento de Inmunizaciones y SEREMI, según corresponda).
- Personas residentes en zonas extremas (sin acceso a un centro de salud, debe contar con autorización de PNI-SEREMI).

Para los grupos señalados, es relevante llevar a cabo las coordinaciones respectivas en los distintos niveles de gestión, realizando todos los esfuerzos para alcanzar a esta población, por ejemplo, a los menores de edad y adolescentes a cargo de SENAME.

La estrategia capullo se extiende hasta que el lactante cumpla los 5 meses 29 días. A partir de los 6 meses debe recibir el esquema inicial de vacunación contra la influenza y no se debe vacunar sus contactos intradomiciliarios.

Cálculo de la población

La población objetivo de la intervención es cercana al 39% de la población total del país. Los grupos objetivos niños de 6 meses a 5 años y adultos mayores de 65 y más años 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 2019.

La población de embarazadas fue calculada según promedio de nacidos vivos inscritos en Chile período 2013-2017 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.

Se adjunta Anexo 1 con población regional SENAME. La población objetivo Campaña Influenza 2020 se enviará a través de un Ordinario.

¹ <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/Recomendaciones-para-la-vacunaci%C3%B3n-de-pacientes-con-necesidades-especiales.pdf>

Meta

Para el año 2020, la meta de vacunación contra influenza es de 85%, a nivel nacional, por grupo objetivo.

Duración de la campaña

La campaña se ejecutará desde el 16 de marzo al 15 de mayo del año 2020.

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.

V. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA

Durante la campaña de vacunación 2020 estará disponible la vacuna contra la Influenza del laboratorio Abbott "Influvac®".

En la siguiente tabla se indican las cantidades de vacunas adquiridas:

TABLA N°1 COMPRA DE VACUNAS INFLUENZA 2020

VACUNA	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	ENVASE SECUNDARIO
Influvac®	6.799.800	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 Organización Mundial de la Salud (OMS) para el hemisferio sur y la decisión de la autoridad competente para temporada 2020.

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

TABLA N°2. PRESENTACIÓN MONODOSIS: "INFLUVAC", LABORATORIO ABBOTT. COMPOSICIÓN EN 0.5ML DE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE INACTIVADOS (HEMAGLUTININA Y NEUROAMINIDASA) DE LAS SIGUIENTES CEPAS*

A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09 cepa que deriva de (A/Brisbane/02/2018, IVR-190)	15 mcg HA**
A/South Australia/34/2019 (H3N2) cepa que deriva de (A/South Australia/34/2019, IVR-197)	15 mcg HA**
B/Washington/02/2019 cepa que deriva de (B/Washington/02/2019, wild type)	15 mcg HA**

* Propagados en huevos fertilizados de gallinas sanas

** Hemaglutinina

Forma farmacéutica

Suspensión para inyección en jeringas prellenadas.

Presentación

El envase secundario contiene 10 jeringas prellenadas de 0.5 mL, de vacuna anti-influenza 2020.

Apariencia

Líquido claro e incoloro. Si presenta algún cambio en su apariencia respecto a lo descrito, notificar al ISP.

Posología

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

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, entre los cuales se encuentran trazas de huevos² (ovoalbúmina), formaldehído, bromuro de cetiltrimetilamonio, polisorbato 80 o gentamicina.

Precauciones

La vacunación deberá ser postergada en personas con estado febril o infección aguda (volver a citar).

Advertencias especiales y precauciones en el uso

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® 2020 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. Es importante que se establezcan procedimientos para evitar lesiones por desmayos.

Si la persona a ser vacunada tiene o ha tenido Síndrome de Guillain Barré (debilidad muscular severa) luego de una vacunación anterior contra la influenza, debe informarlo a su médico o a quien le vaya a administrar la vacuna, de manera de evaluar la conveniencia de esta vacunación.

Pacientes con inmunosupresión endógena o iatrogénica pueden presentar una respuesta inmunológica disminuida.

² En ningún caso la alergia alimentaria contraindica la administración de la vacuna anti-influenza

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 influenza en todo el mundo no indican ningún efecto adverso materno y fetal atribuible a la vacuna.

Lactancia: Se puede administrar durante la lactancia.

Efectos no deseados

Las reacciones adversas más comunes son: cefalea, sudoración, mialgia, artralgia, fiebre, malestar, escalofríos y fatiga. Estas reacciones generalmente desaparecen sin tratamiento después de 1 - 2 días.

Reacciones locales: enrojecimiento, edema, dolor, equimosis e induración.

Además, se han notificado sospechas de reacciones adversas en la fase post-comercialización, las que no necesariamente han presentado una relación causal con la vacuna, entre ellas se mencionan: Trombocitopenia transitoria y linfadenopatía transitoria, anafilaxia, angioedema, neuralgia, parestesia, convulsiones febriles, trastornos neurológicos tales como encefalomiелitis, neuritis y síndrome de Guillain Barré. Reacciones cutáneas generalizadas incluyendo prurito, urticaria y rash no específico. Se han observado casos muy raros de vasculitis asociada con compromiso renal transitorio.

Inmunidad y eficacia [7]

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).

Las vacunas contra la influenza hacen que los anticuerpos se desarrollen en el cuerpo aproximadamente dos semanas después de la vacunación. Estos anticuerpos brindan protección contra la infección por los virus incluidos en la vacuna, esta disminuye con el tiempo, por lo que es necesario recibir una vacuna anualmente.

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

Precauciones especiales en el almacenamiento

- Influvac® debe ser almacenado a temperatura desde +2°C hasta + 8°C.
- No congelar (no almacenar en freezer). El congelamiento de las vacunas desnaturaliza el producto, y afecta la efectividad de la vacuna.
- Conservar en su envase original para proteger de la luz.

Precauciones especiales

Las jeringas vienen en un estuche con prepicado frontal, para su apertura tome el envase por la base y aplique suavemente fuerza 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: 15.2 cms

Largo: 18.8 cms

VI. 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 Central

- Definir los objetivos sanitarios, los procedimientos administrativos, los estándares técnicos, los lineamientos operativos y los indicadores de cumplimiento de la intervención.
- Proveer las vacunas, los insumos y la logística de distribución desde el nivel central hasta el nivel intermedio (regional y provincial).
- Vigilar 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.
- Verificar la trazabilidad de temperaturas tanto de cámaras frías como camiones refrigerados al operador logístico correspondiente, asimismo puede supervisar el cumplimiento de la Norma Técnica N°147/2013 "Buenas prácticas de almacenamiento y distribución".
- Realizar las coordinaciones intra y extra institucionales necesarias para satisfacer los requerimientos de la planificación y la ejecución de la intervención.
- Oficiar a las SEREMI de Salud del país para comprometer su responsabilidad en la gestión de la intervención y el cumplimiento de sus propósitos sanitarios al nivel regional.
- Coordinar con el Instituto de Salud Pública (ISP) las acciones necesarias en caso de Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunas 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" [8].

- Diseñar y proveer el soporte comunicacional de la intervención a nivel nacional para incentivar la demanda y la aceptación de la campaña por parte de la población objetivo.
- Coordinar con el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) el monitoreo y análisis de los datos para alertar al nivel intermedio de posibles errores de registro y se pueda efectuar las gestiones necesarias de corrección con el nivel ejecutor, a fin de obtener información veraz para el cálculo de la cobertura. Monitorear la buena ejecución de la campaña (avance de cobertura, disponibilidad de vacunas, ESAVI y EPRO).
- Entregar reportes con el avance de cobertura alcanzada. Se entenderá por reporte al informe estadístico de las vacunaciones administradas e informadas al Registro Nacional de Inmunizaciones.
- 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.
- Monitorear la calidad del registro en RNI.

SEREMI

- Propiciar la coordinación con cada Servicio de Salud de su región, y con los establecimientos privados en convenio, para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL.
- Fiscalizar al nivel ejecutor para asegurar que la intervención sea conducida conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por MINSAL.
- Coordinar e implementar el Plan de Vacunación Campaña Influenza Regional, según lo solicitado.
- 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 depósitos de vacunas e inmunoglobulinas, 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 de solicitud/entrega de vacunas, registrando siempre la temperatura de salida de las vacunas, cantidades, lotes y establecimiento que retira.
- En caso de realizar distribución de vacunas desde el Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas a establecimientos de salud, debe contar con cajas frías correctamente preparadas, equipadas preferentemente con termómetros de máxima y mínima y además contar con vehículos que protejan las cajas frías de la intemperie y de fuentes de calor directa, verificando la temperatura de las cajas frías antes de cargar las vacunas y al entregarlas al establecimiento de salud respectivo, notificando cualquier quiebre de cadena de frío 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.
- Implementar medidas de monitoreo, balance y cuadratura de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención.
- Vigilar el cumplimiento de las coberturas de vacunación en la Región bajo su jurisdicción y apoyar a las autoridades del nivel ejecutor en la investigación de causas y la implementación de estrategias correctivas, cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida para la campaña.
- 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.
- Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.
- Fiscalizar el cumplimiento de los planes de micro-planificación.
- 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. Resolución Exenta N° 670/2013 del MINSAL.
- Reportar información y/o realizar investigación de ESAVI al nivel central de acuerdo a lo solicitado por el Departamento de Inmunizaciones o Sub-Departamento de Fármaco Vigilancia (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. Resolución Exenta N° 670/2013 del MINSAL.
- Implementar estrategias comunicacionales regionales durante el desarrollo de la campaña, según los lineamientos dispuestos por el MINSAL.
- Monitorear que las vacunas sean ingresadas en el Registro Nacional de Inmunizaciones 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.

Servicios de Salud

- 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.
- Desarrollar acciones dirigidas a comprometer a los directores de los establecimientos de salud de la región para priorizar las actividades de vacunación.
- Realizar reuniones técnicas o de entrenamiento y supervisar al nivel ejecutor para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL.
- Supervisar el cumplimiento de las micro-planificaciones de la red asistencial pública bajo su jurisdicción.
- Supervisar las coberturas de vacunación en los establecimientos asistenciales bajo su jurisdicción, investigar las causas e instruir medidas correctivas, cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida para la campaña.

- Supervisar que los equipos de trabajo estén conformados por personal capacitado para el proceso de vacunación y gestión de la cadena de frío.
- Adherir a los lineamientos y a los contenidos de la campaña de comunicación dispuesta por MINSAL para promover la demanda y aceptación de la vacunación influenza 2020 por parte de la población objetivo.
- Implementar medidas de monitoreo y rendición de cuentas de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención.
- Supervisar que las actividades extramurales cumplan con los estándares técnicos de calidad y seguridad.
- Monitorear los ESAVI/EPRO y supervisar que los planes de acción sean ejecutados.
- Monitorear que las vacunas sean ingresadas en el Registro Nacional de Inmunizaciones en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la inmunización) con el fin de disminuirla latencia del registro manual, disminuir el riesgo de EPRO y mantener coberturas actualizadas.

Nivel Ejecutor

- El Director del establecimiento de salud es quien debe liderar la campaña de vacunación para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL.
- Compromiso de las autoridades y del equipo de salud del establecimiento en el logro de los objetivos de la campaña.
- Priorización de la intervención en el establecimiento.
- Conformar equipos de trabajo con personal capacitado para el proceso de vacunación y gestión de la cadena de frío, reforzando competencias técnicas, con especial énfasis en registro y control de temperaturas, uso adecuado de equipos de refrigeración y contenedores isotérmicos (termos - cajas frías) y acondicionamiento idóneo de vehículos de transporte. Además, se debe capacitar en el uso de RNI u otro sistema acreditado para interoperar, reforzar la calidad del dato y la oportunidad del registro.
- Asegurar el cumplimiento de la cadena de frío, desde que las vacunas están bajo su custodia, hasta que son administradas a la población objetivo, con especial énfasis en las actividades extramurales.
- Coordinar el retiro o recepción de vacunas con su respectivo DVI, para lo cual debe otorgar todos los datos solicitados en formulario respectivo y proveer de personal capacitado, equipamiento idóneo y un móvil que permita trasladar las vacunas protegidas de la intemperie y fuentes de calor directa.
- Detectar quiebres de cadena de frío durante la recepción, almacenamiento o desarrollo de actividades extramurales y notificarlos oportunamente. Hasta la resolución, los productos deben ser almacenados en cadena de frío, rotulados como "cuarentena".
- Implementar estrategias comunicacionales locales.
- 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).
- Al momento de ingresar los datos de la persona al RNI estos deben ser verificados y actualizados si corresponde.

- 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).
- 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. Resolución Exenta N° 670/2013 del MINSAL.
- Cumplir con la Norma General Técnica sobre Procedimientos Operativos Estandarizados (POE) para asegurar la calidad en la ejecución y administración de esta vacuna (RES Ex. N° 973 del 14.10.2010). 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.
- Ante el rechazo de la vacuna, la enfermera (o), encargada (o) del Programa Nacional de Inmunizaciones debe realizar consejería al usuario y la información que entregue debe considerar aspectos tales como: la importancia y seguridad de la vacuna, los riesgos de no vacunarse, la obligatoriedad de esta disposición, el rechazo a la vacunación no trae asociada sanciones legales, sino que, lo que procede en este caso, es que la autoridad de salud respectiva solicite, por vía judicial, alguna medida de protección en favor del beneficiario (a) y de la comunidad en general (por tratarse de una enfermedad altamente transmisible), a fin de que sea la justicia la que determine la medida a aplicar en el caso particular. Con posterioridad a las consejerías se debe proceder a firmar el Registro de Respaldo a Rechazo de Vacunación (Anexo N°9).
- Mantener el stock de vacunas e insumos actualizados de forma diaria.
- Coordinar las actividades de vacunación extramural según POE 03-003
- Monitorear el avance de las coberturas de vacunación, identificando población cautiva o pendiente por vacunar, rechazos y segundas dosis pendientes, ejecutando acciones efectivas de vacunación.

Los establecimientos deben realizar sus micro-planificaciones involucrando a todas las áreas que lo conforman, deben considerar tácticas de captación acordes con las características socio-demográficas de las comunidades asignadas, asociada a una comunicación social efectiva, con la finalidad de asegurar los recursos, la calidad del servicio y la logística requerida para alcanzar coberturas homogéneas $\geq 85\%$, las que requiere de un monitoreo constante.

La micro-planificación debe contemplar:

- Priorización de la intervención en el establecimiento de salud, no solo el vacunatorio.
- Identificar las poblaciones bajo responsabilidad del establecimiento de salud y el municipio, estableciendo las tácticas de vacunación más efectivas, tanto en el establecimiento como extramurales, para captarlas.
- 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 la necesidad y demanda local).
- Nominación de "jefe de campaña" 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.

- Ejecutar 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 de vacunación para derivar en forma correcta y oportuna.
- Asegurar la continuidad de la atención durante campaña.
- Implementar vacunación los días sábado, 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, identificando 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 personas mayores, centros de diálisis, clubes de adultos mayores, iglesias, SENAME, 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

IMAGEN N°2. PASOS DE LA SECTORIZACIÓN

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 delimitar los límites entre los servicios de salud colindante.

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



VII. FASES Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

La primera fase se orienta a la vacunación de poblaciones cautivas en lugares de alta concentración y en establecimientos de salud.

Vacunación a grupos cautivos: Esta fase idealmente durará las cuatro primeras semanas de la campaña. Los pre-escolares en diferentes niveles educativos como salas cunas y jardines infantiles y escolares hasta 5° básico, tanto públicos como privados, establecimientos institucionalizados como centros de larga estadía de personas mayores o establecimientos psiquiátricos, centros de diálisis, clubes de adulto mayor, SENAME, entre otros. De acuerdo a la normativa 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 y puntos de vacunación.

Vacunación de población en tránsito y sitios de alta concentración: 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 una mayor concentración de la población objetivo, como plazas y malls. Se evaluarán los días y horarios más apropiados, acompañando con actividades de promoción y difusión para facilitar la captura de esta población.

Vacunación casa a casa: Podrá efectuarse una vez que se haya concluido el trabajo en grupos cautivos o bien simultáneamente, dependiendo del número de vacunadores disponibles. Se emplea para recorrer el área de responsabilidad en busca de la población "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 servicio de salud, identificando en el croquis las casas que no fueron trabajadas, hasta lograr la cobertura.

VIII. VACUNACIÓN SEGURA

El componente de vacunación segura se desarrolla a fin mantener la vigilancia de la seguridad de las vacunas y del procedimiento de vacunación.

TABLA N°3. PASOS PARA LA VACUNACIÓN SEGURA

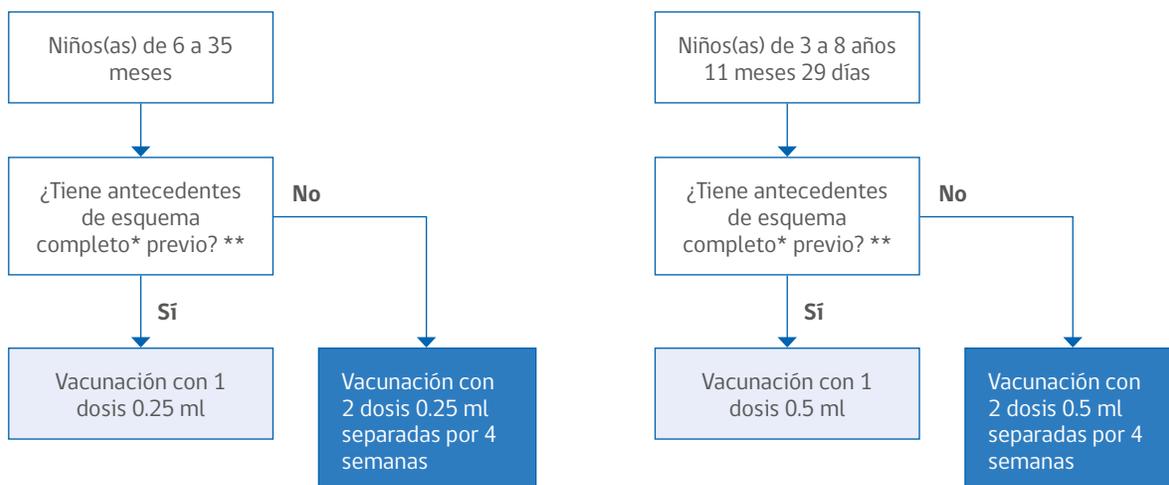
Confirmar la identidad de la persona a vacunar.	A través de forma verbal, carnet de identidad, carnet de control u otro medio verificador confiable.
Confirmar que la persona no haya sido vacunada previamente.	Revisar en RNI o si cuenta con otro medio verificador previo a la vacunación.
Leer atentamente el folleto de la vacuna y verificar que no existen contraindicaciones para administrar la vacuna.	Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna como trazas de huevos (ovoalbúmina, proteína de ave), gentamicina, entre otros (en ningún caso la alergia alimentaria contraindica la administración de la vacuna anti-influenza). El antecedente de Síndrome de Guillain-Barré, asociado a dosis previas de vacuna influenza se considera una precaución para dosis siguientes, no una contraindicación. Para mayor detalle revisar folleto "Influvac®".
Chequear los 7 correctos.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Paciente correcto ▸ Edad correcta ▸ Vacuna correcta ▸ Dosis correcta ▸ Vía correcta ▸ Registro correcto ▸ Verificar alergia a dosis previa o a algún componente de la vacuna.
Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna.	Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes. Revisar coloración y presencia de cuerpo extraño.
Conservar la cadena de frío.	Verificar correcto armado de cajas frías o termos. Se recomienda utilizar termómetro de máxima y mínima. En caso de quiebre de cadena de frío, se debe notificar según Sistema de Notificación de Quiebre de Cadena de Frío, Resolución Exenta N°317/2014, Minsal.
Informar a los usuarios, a los padres o tutores del niño acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación.	Entregar información en base a lo que indica el folleto y a lo indicado por MINSAL
Administrar la vacuna según lo establecido en norma técnica vigente.	Revisar "Norma general técnica sobre procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del PNI" aprobada por Resolución Exenta N°973/2010, Minsal. Procedimiento código 03-004 "Manipulación y administración de vacunas".

Registrar vacunación.	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, según corresponda.
Observar al paciente al menos 30 minutos después de la vacunación.	Verificar posibles eventos adversos y entregar la atención oportuna en caso de ser necesario, según Normativa POE aprobada por Resolución Exenta N°973/2010, Minsal, código 03-001).
Notificar eventos adversos y errores programáticos.	Utilizar formulario de notificación ESAVI-EPRO online o en su defecto, a través de formulario vigente vía correo electrónico a la SEREMI correspondiente.
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación.	Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, 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.

Vacunación a Grupos Objetivos

IMAGEN N°3. ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS (AS) DE 6 MESES HASTA LOS 8 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS



*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 tienen 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.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

TABLA N°4. ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN GRUPO OBJETIVO

Grupos objetivos	Dosis	Número de dosis	Observaciones
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 años 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 ha recibido nunca.
Trabajadores avícolas y de criaderos de cerdo	0.5 mL	1	Independiente del historial de vacunación.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones.

Se adjunta Esquema de vacunación en otro formato, Anexo N°4.

Administración de la vacuna

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

La administración de vacunas por vía intramuscular, se debe realizar de manera rápida y sin aspirar, según la evidencia científica, no existe identificación de riesgo de ingreso de la solución al torrente sanguíneo y evita el dolor por aspiración.

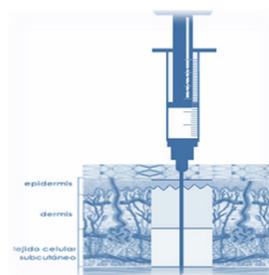
La técnica en personas con alteración de la coagulación [9], debe ser la siguiente:

1. Preferir la vía subcutánea con aguja de pequeño calibre como 25G x1".
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 hielo posterior en la zona recién vacunada.
 - Informar al usuario respecto a la posibilidad de hematoma en el sitio de punción.

Técnicas de administración de vacunas

a. Punción intramuscular

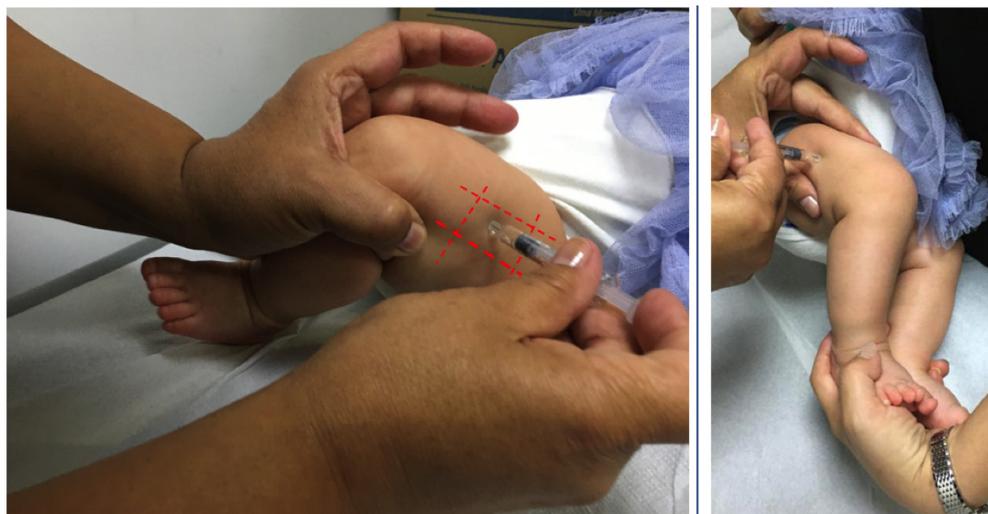
- Ángulo: 90 grados.
- Aguja: Calibre número 23 G o 25 G x 1"



b. Lactantes menores de 12 meses

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

IMAGEN N°5 SITIO DE PUNCIÓN LACTANTES MENORES DE 12 MESES

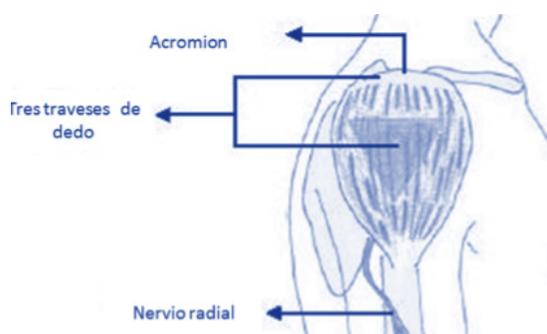


Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones.

b. Lactantes a partir de los 12 meses

Sitio de punción: Brazo: músculo deltoides, 2-4 traveses de dedo bajo el acromion.

IMAGEN N°6 SITIO DE PUNCIÓN LACTANTES DESDE 12 MESES



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.

Dosis 0.25 mL con vacuna laboratorio Abbott "INFLUVAC"

Para la administración de una dosis de 0,25mL 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

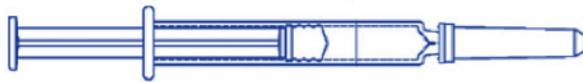


TABLA N°5. SUGERENCIA SITIOS DE PUNCIÓN

Edad	Muslo Derecho	Muslo Izquierdo	Brazo Derecho	Brazo Izquierdo
6 meses	Hexavalente	Neumocócica conjugada* + Influenza		
12 meses			Tres vírica + Meningocócica	Neumocócica conjugada + Influenza
18 meses			Hexavalente	Influenza + Hepatitis A
*Prematuros, menores de 37 semanas. En Isla de Pascua considerar vacuna Fiebre Amarilla en brazo derecho junto a Hexavalente				

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones.

Punción en embarazadas

La vacuna contra la influenza puede ser administrada conjuntamente con otras vacunas (por ejemplo: vacuna dTpa), pero en sitios de punción diferentes. Se sugiere administrar vacuna dTpa en brazo derecho y vacuna influenza en el izquierdo.

Punción simultánea de vacunas en una extremidad:

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

Manipulación de la vacuna

- Lavado de manos.
- Manipular con técnica aséptica.
- Realizar pausa de seguridad con los 7 correctos.
- Preparar la vacuna para su administración.
- Tranquilizar a quien se va a vacunar.
- Tranquilizar e informar del procedimiento a los acompañantes, padres o tutor.
- Técnicas y tips para disminuir el dolor.
- Chequear últimas dudas.
- Observar 30 min post-vacunación.

Vigilancia de ESAVI - EPRO

Se consideran como Eventos Supuestamente Atribuibles Vacunación e Inmunizaciones (ESAVI) 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. Para realizar vigilancia de los ESAVI se han establecido los lineamientos que permiten notificar y realizar el seguimiento de estos eventos relacionado a la vacunación y/o a la ejecución del programa.

Los Errores Programáticos (EPRO) corresponden a los eventos relacionados con los aspectos operativos de la vacunación, por cuanto es importante su notificación oportuna para tomar las medidas necesarias para minimizar la probabilidad de ocurrencia [8].

Seguridad de la vacuna³

Con el fin de realizar vigilancia de los ESAVI y EPRO que se pudieran presentar durante la campaña, es necesario conocer los ESAVIs esperados con la administración de la vacuna influenza.

El Subdepartamento de Farmacovigilancia, del Instituto de Salud Pública (ISP), realizó una búsqueda de las reacciones adversas descritas en los folletos de información al profesional y al paciente del registro sanitario B-1007/15 Inluvac® vacuna anti-influenza suspensión inyectable, en la base de datos institucional GICONA. A continuación, se detallan las reacciones adversas observadas en la fase de estudios clínicos y en la fase de post-comercialización.

Reacciones adversas observadas en estudios clínicos

La seguridad de las vacunas inactivadas trivalentes para la influenza es evaluada en estudios clínicos abiertos, no controlados, realizados como requerimiento de actualización anual, incluyendo al menos 50 adultos (entre 18 y 60 años de edad), y por lo menos 50 adultos mayores (de 61 años o más). La evaluación de seguridad se realiza durante los tres primeros días después de la vacunación.

Los efectos no deseados fueron observados durante los estudios clínicos con las siguientes frecuencias.

Muy común (>1/10); común (\geq 1/100, <1/10); poco común (\geq 1/1000, <1/100).

³ Instituto de Salud Pública. Base de datos institucional GICONA. (Consultada 16/01/2020).

TABLA N°6. RESULTADOS DE ESAVI NOTIFICADOS PARA LAS VACUNAS INFLUENZA

Tipo de trastorno	Muy común	Común	Poco común
Trastornos del sistema nervioso	-	Cefalea *	-
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo	-	Sudoración *	-
Trastornos del tejido musculoesquelético y conectivo	-	Mialgia, artralgia*	-
Trastornos generales y condiciones del sitio de administración	-	Fiebre, malestar, calosfríos, fatiga, reacciones locales, enrojecimiento, edema, dolor, equimosis, induración.	-

*Estas reacciones generalmente desaparecen sin tratamiento después de 1-2 días.

a. Reacciones adversas reportadas en la fase post-comercialización:

Las reacciones adversas reportadas de la vigilancia post-comercialización incluyen, además de las reacciones descritas en los estudios clínicos, las siguientes:

- Trastornos del sistema sanguíneo y linfático: trombocitopenia transitoria y linfadenopatía transitoria.
- Trastornos del sistema inmune: reacciones alérgicas, que en raras ocasiones llegan a shock, angioedema.
- Trastornos del sistema nervioso: neuralgia, parestesia, convulsiones febriles, trastornos neurológicos tales como encefalomiелitis, neuritis y Síndrome de Guillain Barré (SGB).
- Trastornos vasculares: vasculitis asociada en muy raros casos con compromiso renal transitorio.
- Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo: reacciones cutáneas generalizadas incluyendo prurito, urticaria y rash no específico.

En cuanto al SGB algunos estudios han comparado el riesgo de contraer un SGB tras la infección del virus influenza versus la vacunación contra la influenza, mostrando un mayor riesgo de contraer SGB tras la infección contra la influenza (enfermedad), es así como el trabajo de Kwong señala que el riesgo atribuible de contraer SGB por cuadros de influenza es de 17,2 por millón de habitantes, versus un riesgo atribuible de 1,03 en los casos de pacientes vacunados contra influenza por millón de habitantes [10].

Notificación ESAVI- EPRO

Responsabilidades del Nivel Ejecutor (centro asistencial notificador o centro asistencial vacunador público y privado en convenio):

ESAVI

- Detección y notificación de los ESAVI 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, a través del formulario y enviar a correo: esavi@ispch.cl.

- El encargado del Programa Nacional de Inmunizaciones del establecimiento notificador u otro profesional donde se encuentra el usuario, debe realizar el seguimiento del caso y entregar información solicitada por Sub-Departamento de Fármaco Vigilancia (SDFV) y por el Programa Nacional de Inmunizaciones (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.
- Responder a los requerimientos de información solicitados desde SDFV y PNI.
- Difusión de la información de análisis del caso, enviada desde SDFV, al personal de salud involucrado.
- El personal de salud debe informar a la familia del afectado cuando corresponda, en caso que se presente un ESAVI comunicando de forma adecuada 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 un ESAVI.
- 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 (leves y moderados) también deben notificarse, dentro de un plazo de 30 días.
- Recepcionar e implementar los lineamientos clínicos entregados desde la SEREMI, enviados a esta por el PNI.
- Mantener comunicación continua con el usuario, padres o tutores respecto a la evolución del caso, tratando de aportar comentarios clínicos y con base científica para orientarlos dentro de esta situación. 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 a los padres y/o tutores cualquier duda que presenten en cuanto al proceso de la vacunación, posibles ESAVI que se pudieran presentar o que se hayan presentado.
- ESAVI Serios: son los que requieren hospitalización, prolonguen la hospitalización, causen secuela permanente y/o desenlace fatal por lo que se les realiza evaluación de causalidad, análisis desarrollado por el SDFV, en colaboración con el Departamento de Inmunizaciones.
- ESAVI no serios: corresponde a los que requieren tratamiento farmacológico o tomar alguna medida de tipo ambulatorio. No se realiza informe de causalidad de estos eventos.

EPRO

Notificación de Errores Programáticos (EPRO)

- La notificación de los EPRO debe realizarse a través del sistema oficial online <http://esavi.minisal.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 Servicio de Salud correspondiente a su región.
- Para el caso de errores programáticos masivos del mismo evento, se debe enviar un formulario de notificación por cada uno de los afectados.

Prevención de EPRO

- La relevancia de los EPRO radica en el alto impacto en la percepción y confianza de la población frente a las inmunizaciones, además de ser prevenibles en su totalidad.
- Los eventos causados por un EPRO pueden causar manifestaciones que pueden ser leves e incluso graves en el afectado, lo que nos obliga a resguardar la calidad de los procesos que involucra la vacunación y establecer mejoras continuas.
- La ocurrencia de estos eventos aumenta en los períodos de vacunaciones masivas, como lo son las campañas de vacunación, lo que hace fundamental reforzar la capacitación del personal, la supervisión, y el suministro apropiado de equipos para la administración de inyecciones seguras.
- En la siguiente tabla se muestran algunos errores programáticos y sus posibles consecuencias clínicas.

TABLA N°7. POSIBLES ERRORES PROGRAMÁTICOS Y SUS CONSECUENCIAS

Error Programático	Consecuencias
Vacuna no estéril: Presencia de cuerpo extraño en el líquido a inyectar	Infección, tal como absceso localizado en el sitio de la inyección e incluso eventos graves como sepsis.
Transporte o almacenamiento incorrecto de las vacunas	Reacción local por vacuna congelada. Ineficacia de la vacuna.
Desconocer contraindicaciones	Reacción grave evitable, como la anafilaxia.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

Acciones frente a un EPRO

La encargada(o) regional del PNI de la SEREMI de Salud y su contraparte en el Servicio de Salud, a través de un trabajo coordinado deben entregar a los niveles ejecutores las orientaciones respecto a las acciones a realizar ante la ocurrencia del EPRO.

Se deben realizar las siguientes acciones:

- Dar cumplimiento a lo indicado en la "Guía de Vacunación Segura" [8]
- Notificar a través del sistema online, único medio oficial para este efecto. En caso de no poder notificar a través del sistema online, se podrá realizar la notificación los EPRO graves, a través del formulario y enviar a correo a la SEREMI y Servicio de Salud correspondiente a su región.
- Informar a los padres en forma oportuna y veraz, con el fin de disminuir la e incertidumbre de los afectados o de padres o tutores.
- La información a los padres o afectados debe ser individual inclusive en los casos de EPRO masivos.
- Entregar instrucciones claras de los posibles síntomas y signos que pudieran ocurrir.
- Informe al usuario, padres o tutores, que debe acudir al centro asistencial más cercano en caso de que se presente alguna manifestación clínica durante el período indicado.
- 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.
- Indicar seguimiento de todos los eventos de EPRO ya sea presencial, telefónico o visita domiciliaria.
- A los 15 días y de no presentarse manifestaciones, emitir informe de seguimiento y cierre de caso de EPRO.
- Si se presentan manifestaciones, notificar ESAVI.
- Se debe ingresar al RNI las vacunas involucradas en el EPRO.
- Elaborar un Plan de Mejora, el que se debe remitir a SEREMI y Servicio de Salud.
- En el caso de EPRO controversiales o masivos, se debe poner especial atención en indicar la investigación, revisar Guía de Vacunación Segura.
- En los casos de revacunación o administración de vacuna omitida, guiar a los equipos vacunadores en lo que respecta a la información, con el fin de favorecer la adherencia, evitar el rechazo y la desconfianza.
- Si esto ocurriera, contar con un plan que incluya una acción educativa y de sensibilización.

TABLA N°8. TIPO DE EPRO FRECUENTES DURANTE CAMPAÑA INFLUENZA, COMO PROCEDER

Tipo de EPRO	Descripción del evento	Conducta a seguir	Notifica EPRO	Registrar en RNI
Dosis incorrecta	Dosis menor. Se administra dosis de 0.25mL en población de 36 meses o más.	Si se detecta durante el mismo día, administrar 0.25mL	Sí	Sí
		Si se detecta al día siguiente o posteriormente, administrar 0.5mL	Sí	Sí
	Dosis mayor. Se administra dosis de 0.5mL en población menor de 36 meses	No revacunar	Sí	Sí
		Administrar la segunda dosis de 0.25mL en 4 semanas, si correspondiera	Sí	Sí
	Dosis extra	Seguimiento del afectado y si se presentarán manifestaciones notificar como ESAVI	Sí	Sí
Vacuna incorrecta	Se administra otra vacuna, diferente a la anti-influenza.	Administrar la vacuna anti-influenza omitida, lo antes posible	Sí	Sí
Vacuna expuesta a congelación	Se administra dosis de vacuna que estuvo expuesta a congelación.	Citar para revacunar lo antes posible	Sí	Sí
Vacuna vencida	Si se administra vacuna anti-influenza vencida.	Citar para revacunar lo antes posible	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

IX. CADENA DE FRÍO

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

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

- La vacuna contra la influenza es sensible a bajas temperaturas, por lo que se deben almacenar alejadas de las salidas de aire frío.
- Calcular capacidad de almacenamiento de los equipos de refrigeración disponibles en cada establecimiento de salud: refrigeradores, vitrinas o cámaras de frío (Anexo N°6). Lo anterior para no sobrepasar la carga térmica de los equipos, que podría ocasionar un quiebre de la cadena de frío.
- Aquellos establecimientos que cuenten con refrigeradores acondicionados (domésticos), deben conocer su comportamiento según cantidad de “masas frías”, (botellas y unidades refrigerantes). Un aumento del número de botellas o unidades refrigerantes, puede disminuir la temperatura al interior del equipo, pudiendo llegar a la congelación de las vacunas.
- Se recomienda, tanto para equipos de refrigeración de menor capacidad (refrigeradores o vitrinas) como para contenedores isotérmicos (cajas frías o termos), el uso de termómetros de máxima y mínima, ya que nos permite verificar el rango de temperaturas registradas en un determinado periodo de tiempo.
- Se debe contar con registro de temperatura al menos 2 veces al día (mañana y tarde) en el nivel local.
- Los refrigeradores o vitrinas deben ser de uso exclusivo y estar conectados a una red ininterrumpida de energía eléctrica (grupo electrógeno o UPS).
- Para el traslado de vacunas desde el DVI, se debe proveer caja fría con capacidad suficiente y correctamente preparada, cuyo traslado debe hacerse en un móvil acondicionado para tales fines; limpio, que proteja las vacunas contra la intemperie (no trasladar en pickup) y alejadas de fuentes de calor directo (idealmente en cabinas con aire acondicionado).
- Todo quiebre de cadena de frío detectado en cualquier punto de la cadena, debe ser notificado de inmediato, resguardando los productos afectados en cadena de frío, rotulados como “cuarentena” hasta la resolución correspondiente.

Preparación de termos o cajas frías

- El termo o caja fría debe estar en buen estado en su parte interna, externa y manillas. Debe ser de uso exclusivo para vacunas.
- El termo o caja fría debe estar limpio y seco previo a su uso, para evitar la aparición de hongos que pueden contaminar las vacunas.
- Sacar unidades refrigerantes (UR) desde el congelador y esperar que éstas manifiesten signos de descongelamiento. Secarlas antes de introducir las al termo.
- Cargar el termo con las unidades refrigerantes que rodeen las vacunas. Cerrar y esperar 15 minutos.
- Verificar que la temperatura esté entre +2°C y +8°C y solo entonces cargarlo con las vacunas.
- El termómetro se debe colocar entre las vacunas. No debe estar en contacto directo con las UR. Es altamente recomendable el uso de termómetros de máxima y mínima.

- Colocar las vacunas separadas de las unidades refrigerantes con una lámina aislante de plástico resistente (ejemplo: policarbonato), para evitar que se dañen las etiquetas con la humedad.
- Mantener el termo cerrado, a la sombra y lejos de fuente de calor directa.
- Verificar la temperatura del termo cada vez que se abra.
- Siempre debe permanecer con las unidades refrigerantes necesarias para mantener la temperatura normada. De ser necesario, éstas deben ser cambiadas por otras UR frías para conservar la temperatura óptima dentro del termo.
- Al final de la jornada, las vacunas deben ser devueltas al refrigerador si cumplen con la cadena de frío.

Distribución de vacunas desde DVI a establecimientos de salud.

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

Entrega de vacunas en DVI

- El establecimiento de salud debe realizar la solicitud de vacunas a través del formulario correspondiente, completando todos los datos solicitados.
- El DT del DVI (o quien este designe), debe verificar la solicitud y realizar los ajustes pertinentes.
- El operador del DVI debe cargar la caja fría con vacunas, verificando su estado general y temperatura antes y después de cargar los productos. Es altamente recomendable el uso de termómetros de máxima y mínima.
- El representante del establecimiento de salud debe verificar las condiciones del termo, cantidades y temperatura en que se lleva las vacunas, firmando formulario respectivo y llevándose una copia.
- El establecimiento de salud es el responsable del traslado de las vacunas desde el DVI, para lo cual debe proporcionar un vehículo acondicionado para ello: limpio, que proteja las vacunas

contra la intemperie (no trasladar en pickup) y alejadas de fuentes de calor directo (idealmente en cabina con aire acondicionado).

- Al llegar al establecimiento, se debe verificar condiciones y temperatura de las vacunas, almacenando en refrigeradores en cadena de frío.
- En caso de ocurrir quiebre de cadena de frío durante el traslado, notificar de inmediato y almacenar las vacunas en cadena de frío rotuladas como “cuarentena” hasta la resolución del caso.
- El DT del DVI, tiene la autoridad para suspender una entrega si considera que las condiciones de retiro no son las idóneas para el resguardo de las vacunas.
- Todo movimiento de vacunas desde el DVI, debe quedar registrado en el sistema de inventario.

X. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Contar con información confiable y oportuna en los distintos niveles, permite monitorear el avance de las metas y programar actividades complementarias de acuerdo a las debilidades identificadas.

El registro de vacunación a utilizar durante la campaña es el siguiente:

Registro Nacional de Inmunizaciones

- Plataforma informática que permite el registro nominal de personas vacunadas en establecimientos públicos y privados en convenio con el Ministerio de Salud. Este sistema también interoperará con otros sistemas locales de Registro Clínico Electrónico (RCE), en cuyo caso se comporta como un repositorio de vacunas.
- El registro es responsabilidad exclusiva del profesional o técnico que administró la vacuna.
- En caso de que el registro sea asistido por otra persona, la calidad y veracidad de los datos seguirá siendo responsabilidad del vacunador.
- Previo al ingreso del registro se debe verificar el historial de vacunación del usuario.
- El registro debe ser caso-a-caso, el sistema RNI cuenta con alertas para apoyar la selección de criterios de elegibilidad (condición o característica de una persona para ser inmunizado con cierta vacuna), previo a la administración de la vacuna.
- Posterior a la administración de cada dosis, en presencia de la persona recién vacunada, se debe completar y guardar el registro.
- El registro debe permitir la trazabilidad del individuo vacunado, comuna de residencia (comuna donde vive el usuario), el vacunador (debe estar registrado en el sistema), lote de vacuna administrada (combinación distintiva de números y/o letras, que dan una identificación única), establecimiento donde se realizó la vacunación, dosis y fecha de vacunación.
- El registro en el sistema RNI se debe realizar en el módulo de “vacunas campaña” y posteriormente acceder a Influenza 2020.
- Una vez ubicado en “Influenza 2020” en sistema RNI, seleccionar el RUN, Pasaporte u otro, continuar con lo siguiente:
- Verificar los datos personales del usuario.
- Verificar comuna de residencia con el usuario y actualizar si corresponde (dato relevante para la cobertura), ya que el sistema muestra la comuna registrada en la última vacunación.

- Lote o serie de la vacuna administrada, seleccionar el utilizado.
- Vacunador, seleccionar del listado desplegable el nombre del funcionario que administró la vacuna.

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).
 - Intramural
 - Extramural
- Escolares de 1° a 5° año básico.
 - 1° básico
 - 2° básico
 - 3° básico
 - 4° básico
 - 5° básico
- Embarazadas.
- Enfermos crónicos de 11 a 64 años de edad.
 - 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).
 - Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.
 - Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos y en adolescentes $> +2DE$).
 - Enfermedad autoinmune (lupus, esclerosis, 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).
- Personas mayores, de 65 y más años
 - Intramural
 - Extramural

- Personal de salud
 - Público
 - Privado
 - FFAA y de orden
 - Alumnos en práctica sistema público
 - Alumnos en práctica sistema privado
 - Voluntario, sistema público
 - Voluntario, sistema privado
- Trabajadores avícolas y de criaderos de cerdo
- Otras prioridades
 - Establecimientos de atención cerrada (SENAME, establecimientos psiquiátricos) y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
 - Población Privadas de Libertad.
 - Gendarmería.
 - Personal que trabaja en jardines infantiles
 - Profesores de kínder a 5º año básico.
 - Cuidadores y contactos intradomiciliarios de población objetivo.
 - Estrategia capullo para prematuros extremos (<32 semanas o 1.500 gramos al nacer) y prematuros con patologías definidas en Vacunas especiales.
 - Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas (Ejército-Armada-Fuerza Aérea).
 - Alumnos de escuelas de formación Fuerza de Orden y Seguridad Pública (Carabineros-PDI).
 - Carabineros que trabajan en terreno.
 - Personas en situación de calle.
 - Trabajadores/as sexuales.
 - Bomberos.
 - Funcionarios públicos (solicitud de jefatura de la institución y aprobación SEREMI).
 - Personas residentes en zonas extremas (sin acceso a un centro de salud, deben contar con autorización de PNI-SEREMI).
- Vacunación privada (No es población objetivo).

En la población infantil (hasta los 5 años, incluye población que cursa kínder) y de adulto mayor se incluyó el criterio intramural (dentro del establecimiento de salud) y extramural (fuera del establecimiento de salud) con el objetivo de conocer donde se realizan las estrategias de vacunación, información que a futuro será útil para la distribución de recursos.

El criterio vacunación privada (No es población objetivo) puede ser utilizado solo por vacunatorios privados. 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.

Cuando 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 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 cumplirán 65 años.

- Cuando se presenta un usuario cuya edad puede está 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
- Personal de salud público, personal de salud de FFAA y de orden, 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".
- Dosis, en la población hasta los 35 meses se debe registrar si corresponde a 0,25mL (única, primera o segunda dosis). En la población de 36 meses hasta los 8 años, inclusive, se debe registrar si la dosis corresponde a 0,5mL (única, primera o segunda dosis). Recordar que el intervalo entre la primera y segunda dosis son 4 semanas.
- Completado todos los campos anteriores hacer click 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 SEREMI y Servicio de Salud, procedimiento establecido en el Ordinario B52 N° 4028, que formaliza el "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.

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 vacunación). Ver Anexo N°3.

Registro en Cuaderno/Agenda de Salud

El cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años cuenta con un calendario de vacunación, donde se debe registrar la vacuna Influenza, en "otras vacunas". En el caso del adulto y adulto mayor se debe registrar en su carnet de control, al igual que en agenda de salud de la mujer. 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.

Sistema de reporte

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

<http://www.deis.cl/estadisticas-inmunizaciones/>

XI. COMUNICACIÓN SOCIAL

Plan comunicacional regional

La SEREMI de Salud y Servicios de Salud de cada región, deben elaborar un Plan Comunicacional (Anexo N°7) de la campaña que debe basarse en los lineamientos comunicacionales nacionales y que involucre los siguientes aspectos:

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

Etapas del plan comunicacional regional

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, 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 entrega de material impreso a la comunidad y a los medios de comunicación.
- Realización de entrevistas a las autoridades regionales y puntos de prensa.
- Verificar que todos los puntos estratégicos cuenten con material de comunicación destinados para esta campaña (vacunatorios, jardines infantiles, colegios, hogares de ancianos, hogares de menores, municipalidades, y otros lugares de afluencia masiva de público).

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.
- Buscar espacios de concurrencia masiva deportiva, artística, de entretenimiento, entre otros, para difundir la campaña de vacunación.

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 es el encargado de la distribución del material según la planificación entregada previamente por el Departamento de Inmunizaciones.

Se debe coordinar con los equipos los siguientes puntos:

- Día en que deben amanecer los afiches instalados de forma simultánea para generar impacto.
- 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.

XII. CAPACITACIÓN

Encargadas (os) del PNI de los Servicios de Salud deben realizar las reuniones técnicas o de entrenamiento basada en el presente documento con los equipos locales, quienes deben replicar en cada establecimiento de salud.

Gerentes de PNI de las SEREMI de salud deben realizar las reuniones técnicas basadas en el presente documento con los vacunatorios privados en convenio, quienes deben replicar en cada establecimiento de salud.

Para facilitar el acceso a la información se utilizarán videoconferencias a nivel nacional y con las macro-zonas con el fin de mantener informado a los equipos.

Este documento estará disponible en la página web vacunas.minsal.cl en el banner Marco Legal.

XIII. SUPERVISIÓN

La supervisión de la campaña se realizará en diferentes momentos, durante la etapa de organización y planificación, durante la ejecución y finalmente, los supervisores también participan en el proceso de verificación de coberturas de campaña, como se describe a continuación. Se adjunta "Pauta de Supervisión a Puntos de Vacunación" en Anexo N°5.

- **Durante la organización y planificación** la supervisión se realiza con la finalidad de verificar si los niveles regionales y locales han logrado una adecuada organización, están capacitados, disponen de los recursos necesarios, verificación de la realización de la programación de las tácticas de vacunación y cuentan con la logística necesaria para alcanzar la meta.
- **Durante la ejecución** la supervisión es básicamente operacional. Se dirige a observar "in situ" las prácticas de vacunación, analizar con el equipo local el avance de la campaña mediante la revisión del cumplimiento de la micro-planificación y el cronograma de actividades.

- **Al concluir la campaña**, aunque no es estrictamente una actividad de supervisión, es necesario acompañar a las regiones y niveles locales en el análisis de coberturas de campaña, complementando los datos administrativos del Registro Nacional de Inmunizaciones, con la realización de Monitorización Rápida de Cobertura (MRC) para verificar el logro de la meta de cobertura en el grupo objetivo de niñas (os) de 6 meses a 5 años y en el grupo de adultos mayores.

Por lo tanto, los supervisores realizan las siguientes funciones:

- Participar activamente en las reuniones y entrenamientos 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.
- Supervisa 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 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.

XIV. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURAS

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

Este reporte incluye:

- Dashboard Campaña Influenza 2020, 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 2020 - 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

País	Resumen	Cobertura	Población objetivo	Vacunas administradas por mes			
				Total	2019/Jan	2019/Feb	2019/Mar
	Resumen	89,0%	5.988.904	5.329.072	9	79	1.667.747
	Embarazadas, a partir de la 13ª semana de gestación	94,0%	123.463	116.000	0	0	39.639
	Enfermos crónicos de 6 a 64 años de edad	115,3%	1.387.621	1.600.401	0	37	408.890
	Mayores de 65 años	68,3%	2.166.648	1.480.408	0	24	628.675
	Niños de 6 meses a 5 años de edad	84,4%	1.372.162	1.158.324	0	5	275.326
	Otras prioridades	107,4%	532.252	571.736	9	13	86.221
	Privado, personal de salud	99,7%	87.860	87.624	0	0	51.250
	Público, personal de salud	96,4%	287.245	276.911	0	0	169.710
	Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo	119,0%	31.653	37.668	0	0	8.036

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

- Campaña Influenza 2020 - 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.

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, de 65 y más años. Se adjunta Guía de MRC, Anexo N°8.

XV. EVALUACIÓN

La evaluación contempla la cobertura de vacunación a nivel país, región y comuna por grupo objetivo, también se evaluará por MRC (solo para la población infantil y adulto mayor).

TABLA N°9. MONITOREO DE INDICADORES

Indicador	Construcción del Indicador	Fuente de indicador
Cobertura en niñas y niños de 6 meses a 5 años	(N° de niñas y niños de 6 meses a 5 años vacunadas (os) /Población niñas y niños de 6 meses a 5 años)*100	RNI INE 2013-2020 (residencia)
Cobertura de población escolar, 1° a 5° básico	(N° de escolares de 1° a 5° básico vacunados /Alumnos matriculados de 1° a 5° básico)*100	RNI MINEDUC (ocurrencia)
Cobertura en embarazadas.	(N° de embarazadas vacunadas / Población de embarazadas)*100	RNI DEIS (residencia)
Cobertura en personas mayores, de 65 y más años.	(N° de personas mayores, de 65 años y más vacunados /Población de personas mayores, de 65 años y más)*100	RNI INE 2013-2020 (residencia)
Cobertura en trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos	(N° de trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos vacunados / Población trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos)*100	RNI DEIS (ocurrencia)
Cobertura en enfermos crónicos desde los 11 años a los 64 años	(N° de enfermos crónicos desde 11 hasta 64 años vacunados /Población enfermos crónicos desde 11 hasta 64 años)*100	RNI DEIS (residencia)
Cobertura en personal de salud sistema público	(N° de personas del sistema de salud público vacunadas/Personal de salud del sistema público) *100	RNI DEIS (ocurrencia)
Cobertura en personal de salud sistema privado	(N° de personas del sistema de salud privado vacunadas /Personal de salud del sistema privado)*100	RNI DEIS (ocurrencia)

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones.

Informe Regional Campaña Influenza 2020

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 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. Número de supervisiones realizadas.
- XIII. Número de fiscalización realizadas
- XIV. Gastos estimados durante el desarrollo de la campaña.
- XV. Experiencia y lecciones aprendidas.
- XVI. Conclusiones y recomendaciones.

Se enviará, vía correo, formato para completar los ítems del V al VIII del Informe Regional Campaña Influenza 2020.

XVI. REFERENCIAS

- [1] CDC, «Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases,» 2015. [En línea]. Available: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>. [Último acceso: enero 2020].
- [2] WHO, «Gripe (estacional),» noviembre 2018. [En línea]. Available: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)). [Último acceso: enero 2020].
- [3] WHO, «Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2020 southern hemisphere influenza season,» 27 septiembre 2019. [En línea]. Available: https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2020_south/en/. [Último acceso: enero 2020].
- [4] MINSAL, «Guía de Práctica Clínica Uso ambulatorio de Oseltamivir para personas con sospecha o diagnóstico de Influenza,» 2015. [En línea]. Available: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA_INFLUENZA_2015_07_21.pdf. [Último acceso: enero 2020].
- [5] MINSAL, «Guía de Práctica Clínica Influenza,» 2018. [En línea]. Available: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Resumen-ejecutivo_INFLUENZA-2018_2-26.pdf. [Último acceso: 13 febrero 2020].
- [6] PAHO, «Influenza - Situation Report,» febrero 2020. [En línea]. Available: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352:influenza-situation-report&Itemid=2469&lang=en. [Último acceso: enero 2020].
- [7] CDC, «Influenza (gripe) estacional,» [En línea]. Available: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm>. [Último acceso: 13 febrero 2020].
- [8] MINSAL, «Guía de vacunación segura “Sistema de notificación, evaluación e investigación de ESAVI - EPRO”, Departamento de Inmunizaciones, Ministerio de Salud,» 2013. [En línea]. Available: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/06/norma-N%20b0670-Gu%30ada-Vacunacion-Segura-8-oct-2013.pdf>.
- [9] MINSAL, Ord. B27 N°1024 21 de abril, 2015 basado en la Guía Clínica Hemofílica, Santiago, 2013.
- [10] P. V. M. C. S. H. K. W. L. R. e. a. J.C. Kwong, «Risk of Guillain-Barré syndrome after seasonal influenza vaccination and influenza health-care encounters: a self-controlled study,» *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, n° 9, pp. pp. 769-776, septiembre 2013.

ANEXO N°1. POBLACIÓN SENAME

NNAJ vigentes en Programas residenciales SENAME, por región y rango etario.

País/Región	Rangos de edad				Total
	6 a 35 meses	3 a 5 años	6 a 10 años	11 a 28 años	
País	430	493	1.119	3.715	5.757
DE ARICA Y PARINACOTA	8	10	7	71	96
DE TARAPACÁ	13	10	9	84	116
DE ANTOFAGASTA	16	17	26	90	149
DE ATACAMA	6	20	25	50	101
DE COQUIMBO	20	27	41	128	216
DE VALPARAÍSO	47	44	168	542	801
METROPOLITANA DE SANTIAGO	118	131	338	983	1.570
DEL L. GRAL. BERNARDO O'HIGGINS	10	8	23	91	132
DEL MAULE	58	51	125	348	582
DE ÑUBLE	7	22	35	91	155
DEL BIOBÍO	58	64	136	563	821
DE LA ARAUCANÍA	24	32	72	289	417
DE LOS RÍOS	15	17	27	98	157
DE LOS LAGOS	22	26	73	252	373
DE AYSÉN DEL GRAL. CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO	2	2	5	19	28
DE MAGALLANES Y DE LA ANTÁRTICA CHILENA	6	12	9	16	43

Fuente: SENAINFO - DEIS Base de datos al 30/01/2020

Esta tabla será actualizada mensualmente durante los meses de marzo, abril y mayo y será enviada a la gerente PNI de cada Seremi de Salud.

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
- ¿Adonde? Tácticas
- ¿Quiénes? Responsables
- ¿Cuándo? Tiempo
- ¿Con qué? Recursos

La microprogramación debe ser:

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

La siguiente tabla resume los pasos de la micro-planificación.

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO N°4. ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS Y NIÑAS

Los niños/as que NO han recibido 2 dosis o tienen 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.

Se considera "esquema completo" cuando se administran 2 dosis el mismo año de vacuna influenza.

Grupos	Edad	Dosis	Número de dosis	Intervalo entre dosis	Observaciones
Niños (as) de 6 meses a 8 años 11 meses 29 días	6 a 35 meses	0.25 mL	2	4 semanas	Sin antecedentes de vacunación previa.
		0.25 mL	2	4 semanas	Los niños/as que NO han recibido esquema completo, 2 dosis durante el mismo año, deben recibir este año 2 dosis de vacuna contra la Influenza, con un intervalo de 4 semanas, para optimizar su respuesta inmune.
		0.25 mL	1	No aplica	Con antecedentes de vacunación completa previa.
	3 a 8 años 11 meses 29 días	0.5 mL	2	4 semanas	Sin antecedentes de vacunación previa.
		0.5 mL	2	4 semanas	Los niños/as que NO han recibido esquema de 2 dosis durante el mismo año, deben recibir este año 2 dosis de vacuna contra la Influenza, con un intervalo de 4 semanas, para optimizar su respuesta inmune.
		0.5 mL	1	No aplica	Con antecedentes de vacunación completa previa.

ANEXO N°5. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN

Región: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre Profesional que supervisa: _____

Nombre del entrevistado: _____

Instrucciones de llenado:

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

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

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

Nombre y firma del profesional supervisor: _____

Nombre y firma del entrevistado: _____

ANEXO N°6. CÁLCULO PARA OBTENER LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE VACUNAS

1. Cálculo de volumen de las vacunas

Fórmula:

Multiplíquese las dimensiones: LARGO X ANCHO X ALTO

Ej. Largo (18,8cms) x ancho (15,2cms) x alto (1,7cms) = 486cc

IMAGEN N°1. MEDIDAS ENVASE SECUNDARIO INFLUVAC®



¿Cómo calcular el espacio que ocupa una dosis de vacuna?

Dividir volumen total que ocupa la caja por el número de dosis que contiene la caja:

VOLUMEN TOTAL ÷ N° DE DOSIS

Ej. 486cc ÷ 10 dosis = 49cc por dosis

2. Cálculo de capacidad de almacenamiento en los refrigeradores

IMAGEN N°2. MEDIDAS DEL REFRIGERADOR QUE SE CONSIDERAN PARA EL CÁLCULO DE ALMACENAMIENTO



Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones

Fórmula

- Multiplicar dimensiones internas del refrigerador de cada bandeja (Largo x Alto x Ancho).

Ej.

$$\text{Bandeja N}^\circ 1: 16\text{cm (Alto)} \times 50,5\text{cm (Ancho)} \times 29,5\text{cm (Fondo)} = 23.836\text{cc}$$

$$\text{Bandeja N}^\circ 2: 18,5\text{cm (Alto)} \times 50,5\text{cm (Ancho)} \times 29,5\text{cm (Fondo)} = 27.560\text{cc}$$

$$\text{Bandeja N}^\circ 3: 19,5\text{cm (Alto)} \times 50,5\text{cm (Ancho)} \times 29,5\text{cm (Fondo)} = 29.050\text{cc}$$

$$16\text{cm} \times 50,5\text{cm} \times 29,5\text{cm} = 23.836\text{cc (Dividir por 1.000 para transformar a litros).}$$

Equivalente a 24 litros total. (corresponde a una bandeja)

- Realizar este cálculo por cada bandeja
- Sumar el resultado del cálculo de todas las bandejas

Ej.

$$\text{Bandeja 1 (24Lt)} + \text{Bandeja 2 (27.5Lt)} + \text{Bandeja 3 (29Lt)} = 80.5 \text{ cc}$$

- Se puede utilizar el 50% de espacio útil

Ej.

$$80.5 \text{ Lt} \div 2 = 40.2 \text{ Lt (siempre se utiliza el 50\% del espacio total para permitir circulación de aire frío).}$$

- Para el cálculo dosis se debe dividir el espacio útil del refrigerador por las dosis

Ej.

$$1 \text{ dosis} = 49\text{cc} \div 1.000 = 0.049 \text{ litros}$$

Espacio útil (40.2 litros) ÷ 1 dosis (0.049 litros) = 820 dosis

En resumen:

En un refrigerador con un espacio útil de 40.2 litros sería posible almacenar 820 dosis aprox.

ANEXO N°7. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN

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

ANEXO N°8. 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 adultos mayores (AM) 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 adulto mayor de 65 años y más, solo se selecciona al azar uno de ellos que será analizado y registrada en el formulario de MRC. Aunque solo se incluye un niño/a o AM de cada casa, se deben revisar las cédulas del resto de los niños/as y aprovechar la oportunidad para completar el esquema de vacunación de aquellos que lo requieran. En áreas muy dispersas con poca población, se puede analizar el criterio anterior y seleccionar todos los niños/as de la casa que está en la población meta.

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

- Explicar el motivo de la visita y solicitar algún medio de verificación de la vacunación de la población objetivo que vivan en la casa, luego seleccionar al azar una de ellas. Si en la casa reside más de una persona de la población objetivo (niñas/os o AM), revisar el estado vacunal de todas ellas y vacunar a las que no lo estén.
- Se revisa el comprobante o carné de salud independiente que esté o no la persona.
- Si se encuentran casas cerradas se toma nota de la casa para revisar con los responsables locales si en esa vivienda residen niños de 6 meses a 5 años de edad o AM. Si se identifica que en esa casa cerrada residen niños o AM y se pueden obtener sus nombres, se debe verificar en el RNI están vacunados.
- Si al realizar el MRC se identifica que 2 de los 20 niños o AM no tienen la vacuna anti-influenza, se suspende el monitoreo y se procede de inmediato a revacunar ese barrio, sector o zona.
- Registrar el motivo en caso de encontrar niños/as o AM no vacunados, según las diferentes razones que se indican en el formulario (Anexo 10).
- Aprovechar toda oportunidad para hacer preguntas sobre conocimientos y prácticas de las familias sobre vacunación, además de informar y aclarar conceptos e información errónea.
- Durante la recolección de información, pueden surgir algunas preguntas como las siguientes, que se responden a continuación:
 - ¿Cómo procedo si no encuentro 20 niños o AM del grupo de edad objetivo en la comunidad? Se debe continuar con la manzana o vereda contigua, siempre que pertenezca a la misma zona de adscripción al establecimiento de salud, hasta completar el número de niños o AM.
 - ¿Cómo procedo si al continuar me encuentro con un área ya monitoreada? Se debe continuar con la manzana o vereda contigua a la ya monitoreada, siempre que pertenezca a la misma.
 - Área de adscripción al establecimiento de salud, hasta completar el número de niños o AM. Si en una casa reside más de un niño o AM, ¿A cuál(es) selecciono? Se debe seleccionar un niño o AM al azar para incluir en el MRC, pero se debe aprovechar la oportunidad para revisar todos los carnés de vacunación y vacunar a los no vacunados.
 - Si hay un jardín infantil o un establecimiento educacional o de larga estadía, ¿Incluyo a esos niños o AM? El MRC se realiza casa por casa y no abarca ese tipo de establecimiento.
 - Si se trata de un edificio de apartamentos, ¿Cómo procedo? En ese tipo de edificio residen familias con niños o AM, por lo cual, es necesario incluirlo en el monitoreo. Se considera que cada departamento corresponde a una casa, en la cual pueden habitar personas del grupo de edad que se monitorea.
 - ¿Incluyo también a los niños o AM que no residen en la zona pero que están de visita en las casas? No, solo se incluye a los niños o AM que residen en el área.
 - Si la casa está cerrada, ¿Debo regresar? Para efectos del MRC esta casa NO se incluye en el MRC. Sin embargo, para los propósitos de la campaña de vacunación, es conveniente averiguar si en esa casa residen niños de 6 meses a 5 años o AM verificar en el RNI que estén vacunados.
 - Si en una casa no hay una persona que pueda responder, ¿Qué hago? Para efectos del MRC, esta casa no se incluye. Sin embargo, para efectos de los programas, esas casas deberán señalarse con el fin de que los responsables de la zona verifiquen si los niños de 6 meses a 5 años y AM que residen en esa casa están vacunados.

- Si en una casa vive más de una familia con niños, ¿A quién/es entrevisto? Se entrevista a todas las familias que residen en esa casa. El monitoreo es casa por casa, pero en realidad corresponde a un monitoreo de hogares.
- Al concluir el MRC de la localidad seleccionada, el equipo de monitoreo tabula los datos y calcula la cobertura de vacunación del área que se visitó. Con base en ese análisis aplica los criterios de decisión que se describen en la Imagen N°8. A continuación, se esquematizan los pasos para realizar el MRC y tomar decisiones con base en sus resultados.

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

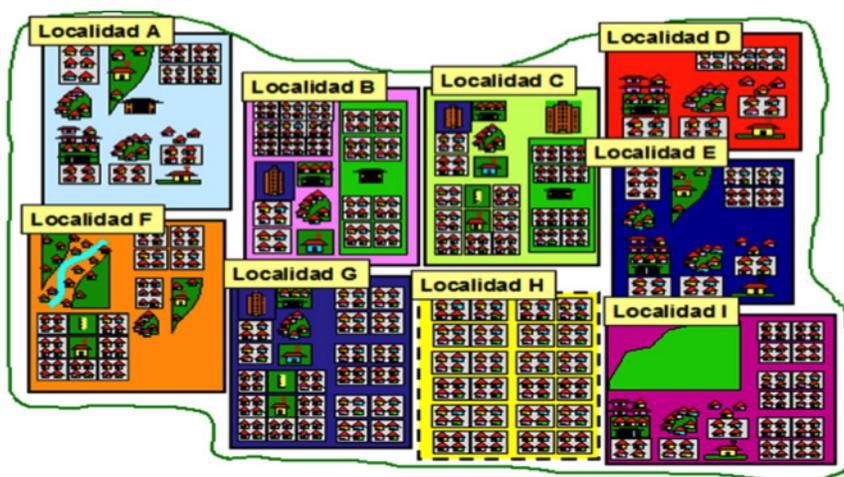


IMAGEN N°2. EJEMPLO DE SELECCIÓN AL AZAR DE UNA MANZANA PARA REALIZAR MRC EN LA LOCALIDAD ADSCRITA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

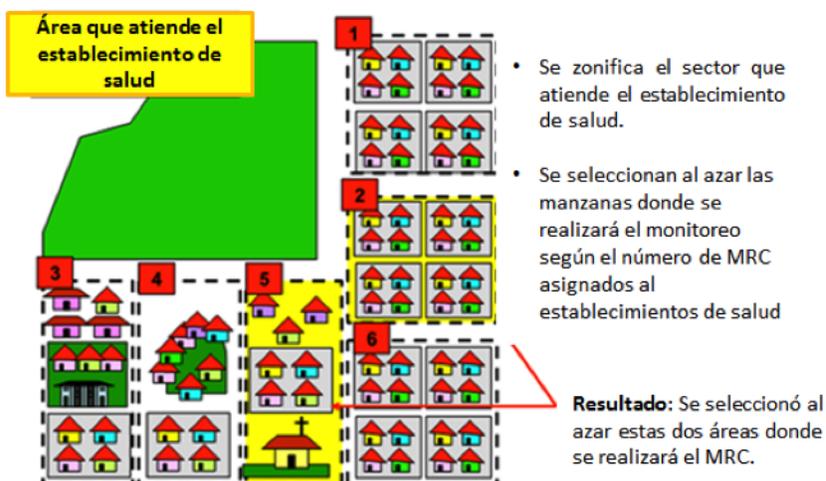
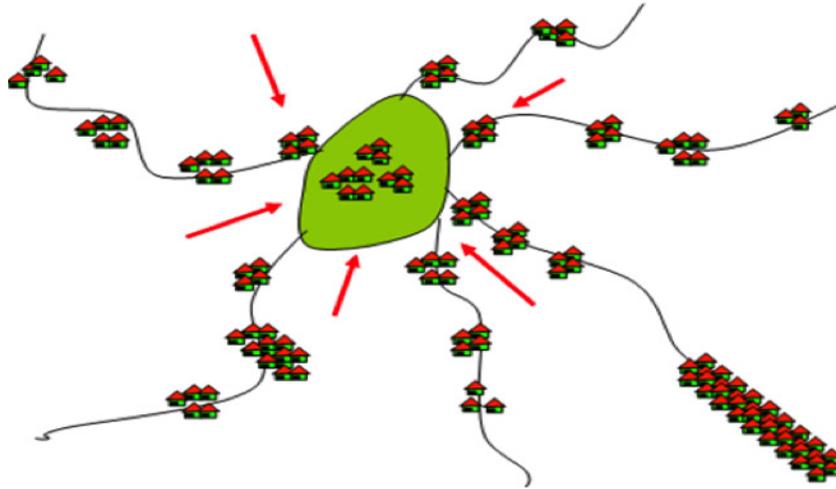
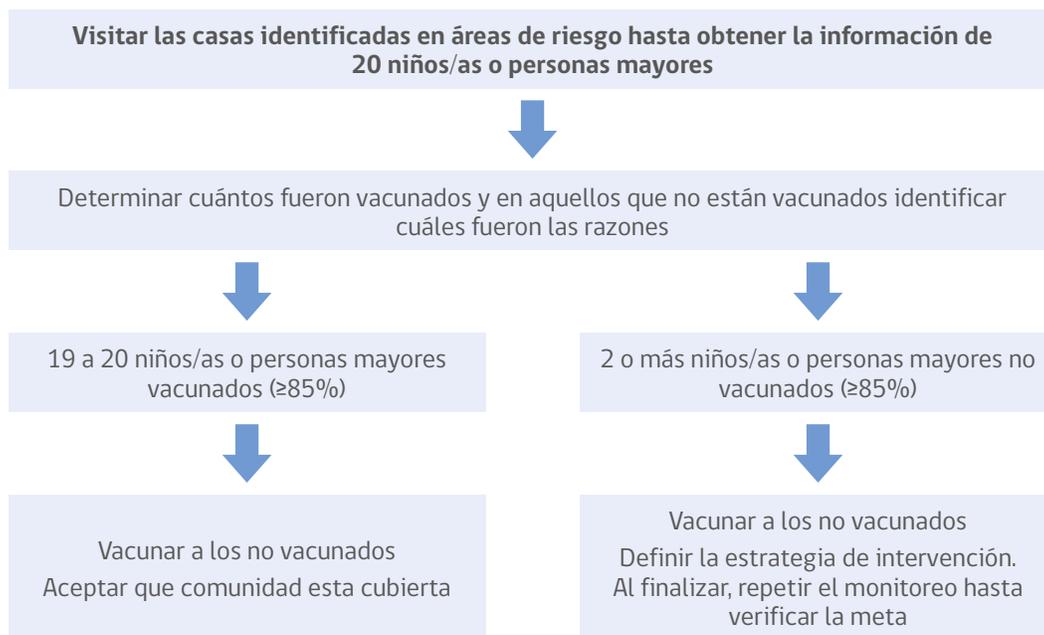


IMAGEN N°3. UBICACIÓN DE LAS CASAS EN COMUNIDADES RURALES PARA REALIZAR EL MCR.

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

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

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

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

ANEXO N°9. 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 las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N° 725 del Código Sanitario, 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

Funcionario de Salud que Rechaza
RUN y firma

Funcionario de Salud
RUN y firma

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL LACTANTE O NIÑA(O)

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

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

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

MOTIVO DEL RECHAZO:

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

Padre/Madre o Tutor
 RUN y firma

Funcionario de Salud
 RUN y firma

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
 RUN _____, con domicilio _____,
 correspondiente al territorio a cargo del Centro de Salud _____, por propia volun-
 tad 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 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 otras personas y aseguro haber sido informado/a de que las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N°725 del Código Sanitario, por lo que cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi persona y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

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

Usuario que Rechaza
 RUN y firma

Funcionario de Salud
 RUN y firma

