

Gobierno
de Chile

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIVISIÓN JURÍDICA
FDN / JCRB / ETS / JHG / SSR / CGC / MOP



**APRUEBA LINEAMIENTOS TÉCNICO-
OPERATIVOS VACUNACIÓN
ANTIINFLUENZA 2021**

EXENTA N° 348

SANTIAGO, 15 ABR 2021

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. Así, mediante decreto exento N° 23, de 29 de marzo de 2021, esta Secretaría de Estado determinó la vacunación obligatoria contra la Influenza señalando los grupos objetivos sujetos a dicha disposición.

7.- Que, a raíz de lo anterior, el Departamento de Inmunizaciones, de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, elaboró el instrumento denominado: "Lineamientos Técnico-Operativos Vacunación Antiinfluenza 2021", que contiene indicaciones relativas, entre otras materias, a la vacunación segura, a la Vigilancia de ESAVI y EPRO, a la manipulación, almacenamiento, distribución y administración de la vacuna, al manejo de reacciones post vacunación, así como asignación de responsabilidades en el Nivel Central (Ministerio de Salud), en el nivel regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud) y en el nivel ejecutor (establecimientos de salud y APS).

8.- Que, mediante Memorando B27 / N° 247, de 29 de marzo de 2021, la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades, solicita la aprobación del documento singularizado en el considerando anterior.

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

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUÉBASE** el instrumento denominado "Lineamientos Técnico-Operativos Vacunación Antiinfluenza 2021".

2.- Los "Lineamientos Técnico-Operativos Vacunación Antiinfluenza 2021" consta en un documento de 79 páginas, incluidos los siguientes Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución:

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

3.- El original del documento que se aprueba por el presente acto administrativo, debidamente visado por 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. ENRIQUE PARÍS MANCILLA
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 VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA 2021

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 Inmunizaciones

División de Prevención y Control de Enfermedades

Editores

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

ÍNDICE

I.	ABREVIATURAS	5
II.	JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	6
	a) Generalidades	
	b) Situación Epidemiológica Mundial	8
	c) Situación Epidemiológica en Chile	9
III.	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2021	11
IV.	CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA	14
V.	ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	18
VI.	FASES Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN	24
VII.	VACUNACIÓN SEGURA	26
	a) Vigilancia de ESAVI	28
	b) Vigilancia de EPRO	30
	c) Vía de administración y sitio de punción	32
	d) Manejo de reacciones post vacunación	37
VIII.	CADENA DE FRÍO	44
IX.	SISTEMA DE INFORMACIÓN	46
X.	COMUNICACIÓN SOCIAL	49
XI.	CAPACITACIÓN	51
XII.	SUPERVISIÓN	52
XIII.	FISCALIZACIÓN	53
XIV.	CONTROL DE STOCK	54
XV.	MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURA	55
XVI.	EVALUACIÓN	56
XVII.	REFERENCIAS	58

XVIII. ANEXOS

	60
ANEXO N° 1. POBLACIÓN OBJETIVO	61
ANEXO N° 2. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	62
ANEXO N° 3. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES	65
ANEXO N° 4. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	66
ANEXO N° 5. CÁLCULO PARA OBTENER LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE VACUNAS	68
ANEXO N° 6. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	70
ANEXO N° 7. GUÍA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS	71
ANEXO N° 8. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	77

I. ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
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 o Inmunización
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FFAA	Fuerzas Armadas
FV	Farmacovigilancia
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
ISP	Instituto de Salud Pública
JUNJI	Junta Nacional Jardines Infantiles
MINSAL	Ministerio de Salud
MRC	Monitoreo Rápido de Cobertura
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PM	Personas Mayores
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
POE	Procedimiento Operativo Estandarizado
RAM	Reacciones Adversas a Medicamentos
RCE	Registro Clínico Electrónico
REAS	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
RNI	Registro Nacional Inmunizaciones
SDFV	Subdepartamento de Fármaco Vigilancia
SE	Semana Epidemiológica
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SMVRG	Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe
UR	Unidades Refrigerantes

II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El objetivo del presente documento, es establecer directrices técnicas y operativas para el desarrollo de la campaña de vacunación anti influenza 2021 en la población definida como objetivo, fortaleciendo las acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

a) Generalidades

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

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

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

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

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

Los virus de tipo C rara vez se informan como una causa de enfermedad humana, probablemente porque la mayoría de los casos son subclínicos. No se 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 enfermedades respiratorias. El ausentismo del

trabajo y la escuela es alto, y aumentan las visitas a proveedores de atención médica. Las epidemias generalmente ocurren a fines del otoño y continúan hasta principios de la primavera [1].

Signos y síntomas

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

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

Mecanismos de transmisión

La influenza se transmite principalmente de persona a persona a través de gotitas de saliva (gotitas de Pflügge) cargadas de virus que se generan cuando las personas infectadas tosen o estornudan. Estas gotitas (partículas de más de 5 micras de diámetro) pueden adherirse a las superficies mucosas de las vías respiratorias superiores de las personas susceptibles o expuestas que están cerca (a menos de 1 metro) de personas infectadas. La transmisión también puede ocurrir a través del contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias, como cuando se tocan superficies contaminadas con el virus de la influenza y luego 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 por campaña. Hay vacunas seguras y eficaces que se vienen utilizando desde hace más de 60 años, y las más utilizadas son las inyectables que contienen virus inactivados. La vacunación contra la influenza se realiza de forma anual debido a que la inmunidad de origen vacunal disminuye con el tiempo y a que los virus de la influenza cambian constantemente, siendo importante que la vacuna se actualice según las cepas circulantes.

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

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

- * Embarazadas en cualquier fase de la gestación.
- * Niños de 6 meses a 5 años.
- * Mayores de 65 años.
- * Pacientes de todas las edades con enfermedades médicas crónicas.
- * Residentes de hogares de ancianos y otras instalaciones de larga estadía.
- * Profesionales de salud.

Las vacunas contra la influenza son más eficaces cuando hay gran coincidencia entre los virus circulantes y los virus vacunales. Debido a la naturaleza cambiante de los virus influenza, el SMVRG —un sistema mundial de Centros Nacionales de Gripe y Centros Colaboradores de la OMS— hace un

seguimiento continuo de los virus circulantes en la población humana y actualiza la recomendación de las cepas virales que deben ser incluidas en las vacunas contra la influenza para las temporadas de influenza del hemisferio norte y sur.

Las medidas generales de prevención de la influenza son:

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

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 2021 del hemisferio sur contengan las siguientes cepas [3]:

- * Un virus tipo **A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09**
- * Un virus tipo **A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2)**
- * Un virus tipo **B/Washington/02/2019 (B/Victoria lineage)**

Tratamiento

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

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

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

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

b) Situación Epidemiológica Mundial

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

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa la situación epidemiológica de influenza a la Semana Epidemiológica (SE) 47 del año 2020, 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 [7]:

América del Norte: la actividad de la influenza se mantuvo baja en la subregión y con detecciones mínimas de influenza en las últimas semanas en general. La actividad del SARS-CoV-2 continuó elevada y en aumento en la subregión.

Caribe: la actividad de la influenza y otros virus respiratorios se mantuvo baja en la subregión.

América Central: la actividad de la influenza y otros virus respiratorios se mantuvo baja en la subregión. En Costa Rica, la actividad de IRAG se mantuvo en niveles moderados y la actividad de SARS-CoV-2 continuó elevada. En general, en la subregión, la actividad del SARS-CoV-2 continuó a niveles moderados.

Andina: la actividad de la influenza y otros virus respiratorios se mantuvo baja en la subregión. En Ecuador, la actividad de IRAG se mantuvo en niveles altos y, en general, en la subregión, la actividad de SARS-CoV-2 continuó en niveles moderados.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza y otros virus respiratorios se mantuvo baja en la subregión. En Argentina, la actividad del SARS-CoV-2 continuó elevada, pero disminuyendo. En Brasil, la actividad del SARS-CoV-2 continuó a niveles moderados, pero la positividad aumentó en las últimas semanas. En Paraguay, la actividad de IRAG y SARS-CoV-2 disminuyó a niveles moderados. Actualmente, debido a la contingencia y pandemia mundial la temporada de gripe 2020-2021 coincidirá con la continua o recurrente circulación del SARS-CoV-2 (el nuevo coronavirus asociado con la enfermedad del coronavirus 2019 [COVID-19]). La vacunación antigripal de las personas de ≥ 6 meses para reducir la prevalencia de enfermedades causadas por la gripe reducirá los síntomas que podrían confundirse con los de COVID-19 [6].

c) Situación Epidemiológica en Chile

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

Durante el 2020 (SE 1-53) según información preliminar, se notificaron 6.632 episodios de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en los hospitales centinela, superior en un 8% respecto a lo observado en el 2019 (n=6.137), con predominio de SARS-CoV-2, seguido de Adenovirus. El 56% de las IRAG corresponde a personas de 60 y más años de edad y un 74% (n=4.948) presentan a lo menos un factor de riesgo o enfermedad crónica.

En la SE 53 la notificación de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en Atención Primaria de Salud (APS) baja a 3,7 casos por 100.000 habitantes (hbtes.), respecto a la semana anterior (5,0 por 100.000

habts). Destaca la región de Biobío, por mantener niveles elevados de actividad de ETI a diferencia del resto de las regiones. En la curva epidémica, las ETI se presentan entre las SE 50 y 53 sobre el umbral de alerta para esta época del año, según los niveles basales de actividad.

En los hospitales centinela para la vigilancia IRAG, en el 2020 los últimos casos de Influenza se detectaron en la SE 12 para Influenza A y 18 para Influenza B [8].

III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2021

Objetivos

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

Población objetivo

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

1. Personal de salud:

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

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

2. Personas de 65 y más años.

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

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

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

4. **Embarazadas**, en cualquier etapa del embarazo.
5. **Niños y niñas** desde los 6 meses y hasta 5° año básico.
6. **Estrategia capullo para prematuros con patologías definidas** en “Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patología o situación de riesgo”.

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.

7. **Trabajadores de la educación preescolar y escolar** hasta 5° año básico.
8. **Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos.**

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

Durante el año 2021 se ha definido la población a vacunar dentro del grupo de “Otras Prioridades”:

- * Establecimientos de atención cerrada (SENAME, ELEAM, establecimientos psiquiátricos) y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
- * Cuidadores y contactos intradomiciliarios de personas postradas
- * Personas en situación de calle.
- * Gendarmería y Población privada de libertad.
- * Recolectores de basura.
- * Personas residentes en zonas extremas (con autorización de PNI-SEREMI).
- * Trabajadores/as sexuales.
- * Transportistas: conductores del transporte público, buses, camiones, portuarios, personal en filiales Empresa de Ferrocarriles del Estado (EFE) y Metro.
- * Personas que desarrollan funciones en ONEMI, CONAF y Bomberos.
- * Funcionarios públicos.
- * Ejército de Chile, Fuerza Aérea de Chile, Armada de Chile, Carabineros, PDI y Subsecretaría de Defensa, Subsecretaría para las Fuerzas Armadas y Estado Mayor Conjunto, desplegados en terreno.
- * Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas, Fuerza de Orden y Seguridad Pública (Ejército-Armada-Fuerza Aérea-Carabineros y PDI).

Cálculo de la población:

La población objetivo de la intervención es cercana al 42% de la población total del país (ANEXO N° 1). Los grupos objetivo niños de 6 meses a 5 años y personas mayores de 65 años y más fueron estimados con base en proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

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

Las poblaciones de enfermos crónicos desde los 11 a los 64 años, personal de salud público y privado, trabajadores avícolas y criaderos de cerdos y otras prioridades, fueron calculadas según el número de inmunizados registrados en RNI 2020.

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.

La población objetivo Campaña Influenza 2021 se enviará a través de un Ordinario.

Meta

Para el año 2021, la meta de vacunación contra influenza es de 85%, a nivel nacional y por grupo objetivo.

Duración de la campaña

La campaña se ejecutará desde el 05 de abril al 05 de junio del año 2021 y/o hasta que se cumpla la meta de vacunación del 85% a nivel nacional.


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

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA

Durante la campaña de vacunación anti influenza 2021 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 2021

VACUNA	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	ENVASE SECUNDARIO
Influvac 2021	8.400.000	Laboratorio Abbott	Jeringa prellenada de 0,5 mL	 10 jeringas prellenadas

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

Esta vacuna cumple con la recomendación y la decisión de la autoridad competente para el hemisferio sur, temporada 2021.

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

Tabla N° 2: Presentación monodosis: “Influvac”, laboratorio abbott. composición en 0,5 ml de antígenos de superficie inactivados (hemaglutinina y neuroaminidasa) de las siguientes cepas*:

A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09 cepa que deriva de (A/Victoria/2570/2019, IVR-215)	15 mcg HA**
A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) cepa que deriva de (A/Hong Kong/2671/2019, IVR-208)	15 mcg HA**
B/Washington/02/2019 cepa que deriva de (B/Victoria lineage)	15 mcg HA**

* Propagados en huevos fertilizados de gallinas sanas.

** Hemaglutinina.

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

Forma farmacéutica

Suspensión para inyección en jeringas prellenadas de dosis únicas.

Presentación

El envase secundario contiene 10 jeringas prellenadas de 0,5 mL, de vacuna anti influenza 2021.

Apariencia

Líquido claro e incoloro. Si presenta algún cambio en su apariencia respecto a lo descrito, notificar al Instituto de Salud Pública (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 huevo¹ (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® 2021 no debe ser administrada vía intravascular bajo ninguna circunstancia.

Las reacciones relacionadas con la ansiedad, incluyendo reacciones vasovagales (síncope), hiperventilación o reacciones relacionadas con el estrés pueden producirse después, o incluso antes, de cualquier vacunación como respuesta psicogénica a la inyección con aguja. Esto puede ir acompañado de varios signos neurológicos como trastornos visuales transitorios, parestesias y movimientos tónico-clónicos durante la recuperación.

- * Pacientes con inmunosupresión congénita o iatrogénica pueden presentar una respuesta inmunológica disminuida.

Embarazo y Lactancia

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

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

Lactancia: Se puede utilizar durante la lactancia.

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

Reacciones más comunes:

Las reacciones adversas más comunes son: reacciones locales o sistémicas tales como dolor en el sitio de inyección o fatiga y dolor de cabeza. Estas reacciones generalmente desaparecen sin tratamiento después de 1 – 2 días.

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 encefalomielitis, 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.

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

Inmunidad y eficacia

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, realiza cada año estudios para determinar la protección de la vacuna contra la influenza. Si bien la efectividad puede variar cada año, estudios recientes demuestran que la vacunación contra influenza reduce el riesgo de la enfermedad entre 40% y 60%. Las actuales vacunas contra la influenza tienden a funcionar mejor contra los virus de influenza B y la influenza A (H1N1) y ofrecen una menor protección contra los virus de la influenza A (H3N2) [9].

Las vacunas contra la influenza hacen que los anticuerpos se desarrollen 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.

Precauciones especiales en el almacenamiento

Influvac® debe ser almacenado en refrigerador 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

V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

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

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

NIVEL	ACTIVIDADES
<p>NIVEL CENTRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 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 Asociados a Vacunación e Inmunización (ESAVI) y Errores Programáticos (EPRO), que se presenten y que sean de carácter grave y/o causen alarma pública, de acuerdo a lo instruido en la “Guía de Vacunación Segura” [10]. * 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 en Salud (DEIS) el monitoreo y análisis de los datos para alertar al nivel intermedio de posibles errores de registro y se pueda efectuar las gestiones necesarias de corrección con el nivel ejecutor, a fin de obtener información veraz para el cálculo de la cobertura. Monitorear la buena ejecución de la campaña (avance de cobertura, disponibilidad de vacunas, ESAVI y EPRO). * Entregar reportes con el avance de cobertura alcanzada. Se entenderá por reporte al informe estadístico de las vacunaciones administradas e informadas al Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI). * El DEIS, en su calidad de entidad responsable de recolectar y analizar las estadísticas de producción de servicios asistenciales de los diversos establecimientos de la red asistencial (pertenecientes y no pertenecientes), debe entregar un reporte de coberturas con los datos validados. * Monitorear la calidad del registro en RNI.

<p>SEREMI DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 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 DVI a establecimientos de salud, debe contar con cajas frías correctamente preparadas, equipadas 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.
-----------------------------------	--

<p>SEREMI DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Reportar información y/o realizar investigación de ESAVI al nivel central de acuerdo a lo solicitado por el Departamento de Inmunizaciones o SDFV de acuerdo a lo instruido en la “Guía de Vacunación Segura”: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización y Error Programático. Resolución Exenta N° 670/2013 del MINSAL [10]. * Implementar estrategias comunicacionales regionales durante el desarrollo de la campaña, según los lineamientos dispuestos por el MINSAL. * Monitorear que el registro de las inmunizaciones en el Registro Nacional de Inmunizaciones se realice en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la vacunación) con el fin de disminuir la latencia del registro manual, disminuir el riesgo de EPRO y mantener coberturas actualizadas
<p>SERVICIOS DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Establecer las comunicaciones necesarias con los directores de las Corporaciones y Departamentos de Salud Municipal, y con directores de los establecimientos de la red pública de salud que sea pertinente, para difundir, instruir y definir estrategias conducentes al cumplimiento de los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL. * 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 2021 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 el registro de las inmunizaciones en el Registro Nacional de Inmunizaciones se realice en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la inmunización) con el fin de disminuir la latencia del registro manual, disminuir el riesgo de EPRO y mantener coberturas actualizadas.
<p>NIVEL EJECUTOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 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.

<p>NIVEL EJECUTOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 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.
<p>NIVEL EJECUTOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 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 no cuenta con estos campos obligatorios. * 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 [9]. * 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.

<p>NIVEL EJECUTOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ante el rechazo de la vacuna, la enfermera (o), encargada (o) del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) 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° 8). * 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. * Mantener indicaciones entregadas por la autoridad sanitaria según “Recomendaciones para cierre de campaña de vacunación contra la influenza durante la pandemia” (Ord. B27 N° 3021 03 de agosto, 2020). El personal debe utilizar mascarilla, realizar la vacunación en áreas bien ventiladas, y que sean desinfectadas con frecuencia. Disponer de desinfectante de manos o lavamanos para usuarios, adherir a recomendación de distanciamiento social dentro del vacunatorio, realizar limpieza de superficies posterior a la atención de cada usuario (incluir mouse, teclado, cooler), limitar el número de familiares y/o acompañantes, evitar aglomeraciones en las salas de espera [11].
------------------------------	---

La micro planificación debe contemplar:

- * Priorización de la intervención en el establecimiento de salud, no solo el vacunatorio.
- * Identificación de las poblaciones bajo responsabilidad del establecimiento de salud y el municipio, estableciendo las estrategias de vacunación más efectivas, tanto intra como extramurales. Estimar las poblaciones a vacunar y gestionar los recursos necesarios para ejecutar las acciones requeridas para alcanzar coberturas $\geq 85\%$ en todas las áreas.
- * Conformación de equipos con personal capacitado para el proceso de vacunación y registro (según necesidad y demanda local).
- * Nominación 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.
- * Ejecución de las acciones de vacunación de las poblaciones bajo responsabilidad del establecimiento de salud y municipio garantizando la logística apropiada, la disponibilidad de los recursos, la oportunidad y la calidad del servicio.
- * Instalación de puntos transitorios de vacunación en el establecimiento, con el objetivo de disminuir congestión de público en el vacunatorio y dar fluidez al proceso.
- * Todo el personal debe conocer la población objetivo y ubicación de los puntos para derivar en forma correcta y oportuna.
- * Asegurar la continuidad de la atención durante campaña.
- * Implementación de la vacunación los 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.
- * Identificar experiencias exitosas y lecciones aprendidas que promuevan la mejora continua.
- * La micro planificación requiere de un censo de las instituciones donde los equipos se desplazarán a vacunar, por lo cual, es necesario iniciarla con tiempo suficiente para disponer de listas completas de salas cunas, jardines infantiles, establecimientos educacionales, establecimientos de larga estadía de adultos mayores (ELEAM), centros de diálisis, clubes de adultos mayores, iglesias, 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.

Imagen N° 2: Pasos de la sectorización



Pasos para sectorizar el área del establecimiento de salud

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

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

VI. FASES Y ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Desde la propagación del COVID-19 en el mundo, las fases y estrategias de inmunización se han modificado según las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS y OPS en contexto de la pandemia.

En Chile con la necesidad de proteger a la población frente a enfermedades prevenibles por vacunas y así evitar brotes a causa de ellas, manteniendo las indicaciones entregadas por la autoridad sanitaria, así como reforzando las directrices entregadas por el Departamento de Inmunizaciones, se llevarán a cabo medidas para la implementación de actividades de inmunización bajo la emergencia sanitaria mediante la estrategia gradual “Paso a Paso nos cuidamos”.

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

Vacunación a grupos cautivos (extramural): Esta fase idealmente durará las cuatro primeras semanas de la campaña. Los preescolares en diferentes niveles educativos como salas cunas y jardines infantiles y escolares hasta 5° básico, tanto públicos como privados, las personas institucionalizadas en establecimientos de larga estadía de adultos mayores (ELEAM) o establecimientos psiquiátricos, centros de diálisis, clubes de adulto mayor, Servicio Nacional de Menores (SENAME), entre otros, podrán ser vacunados en dichos lugares mientras las medidas para controlar la transmisión de SARS-CoV-2 permitan mantener la vacunación extramural y la utilización de elementos de protección personal (EPP) sean los recomendados [16]. 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, manteniendo siempre las recomendaciones de campaña de vacunación contra la influenza durante la pandemia y la utilización de elementos de protección personal (EPP).

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

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

Se emplea para recorrer el área de responsabilidad en busca de la población objetivo y no vacunada, a través de la técnica de barrido, visitando una a una las viviendas y recorriendo cada una de las manzanas de la localidad con ayuda de un mapa local. Para ello, se deberá establecer el mejor horario y días para realizar los recorridos, asegurando que se encuentre la población; es recomendable avisar con anticipación a la comunidad sobre los horarios y días en que estarán los vacunadores. Para fines de control será necesario realizar visitas subsecuentes hasta encontrar a la población. En caso de ausencia o casas cerradas es conveniente dejar en los domicilios, un aviso escrito invitando a asistir al centro de salud.

Estrategias utilizadas en el año 2020 según la situación sanitaria.

1. Implementación de puntos de vacunación dentro o fuera de los establecimientos y/o box exclusivos y separados según grupo etario para personas mayores, crónicos, niñas/os y embarazadas, habilitación de espacios abiertos para mantención de distanciamiento físico.
2. Vacunación extramural en establecimientos educacionales, jardines infantiles y salas cuna (coordinación con la Dirección de los establecimientos y citación con fecha y hora establecida previamente). En sedes de juntas de vecinos y centros de adultos mayores (coordinación con dirigentes comunales y agrupaciones para adherencia de grupos priorizados).
3. Vacunación en domicilio (considerando usuarios/as dependientes severos, personas mayores, personas con patologías crónicas, residencias SENAME y a través de estrategias de solicitud de vacunación en domicilio).
4. Puntos de vacunación móvil en diferentes sectores de la comuna.
5. Coordinación con diferentes organismos sociales y con equipo de salud para derivación a los diferentes programas.
6. Rescate telefónico, implementación de call center y link web, para inscripción y solicitud de vacunación en domicilio.
7. Difusión en redes sociales, paneles informativos y alto parlantes, etc.
8. Vacunación puerta a puerta, mediante difusión por altoparlante (usuarios/as debían dejar distintivo en el domicilio para identificar existencia de grupos priorizados)
9. Vacunación en domicilio para pacientes y familiares recuperados de COVID-19.
10. Vacunación al momento del alta clínica en recintos hospitalarios.
11. Personas mayores bajo control al momento de atención en CAE.
12. Vacunación personas con patologías crónicas durante la hospitalización.
13. Promoción de la vacunación y difusión de lugar y hora para vacunación de funcionarios/as, mediante correo electrónico o contacto telefónico.
14. Ordinarios para la vacunación en pandemia [17].

VII. VACUNACIÓN SEGURA

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

Verificar y vigilar la seguridad de las vacunas es parte de la misión del Departamento de Inmunizaciones, así como del procedimiento de vacunación con el que se administran a la población objetivo; asimismo, se debe considerar la preparación necesaria para atender cualquier motivo de preocupación del público.

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

Las recomendaciones generales, son:

Tabla N° 3: Recomendaciones generales para la administración de vacunas

Realizar pausa de seguridad con “los correctos” de vacunación.
Realizar con técnica aséptica todo el procedimiento.
Lavado de manos, antes de iniciar la vacunación.
La vacuna debe ser administrada por quien la prepara.
Tranquilizar e informar del procedimiento al usuario antes de la vacunación.
Utilizar técnicas para disminuir el dolor.
Los usuarios siempre deberán estar sentados o en camilla para evitar caídas o desmayos.
La administración de vacunas por vía intramuscular, se debe realizar de manera rápida y sin aspirar; según la evidencia científica, no existe riesgo de ingreso de la solución al torrente sanguíneo y además se evita el dolor por aspiración.
Los usuarios deben permanecer en observación al menos 30 minutos, después de la vacunación, como precaución para detectar e intervenir oportunamente frente a una reacción anafiláctica.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

Tabla N° 4: 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.	<p>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).</p> <p>El antecedente de Síndrome de Guillain-Barré, asociado a dosis previas de vacuna influenza se considera una precaución para dosis siguientes, no una contraindicación. Para mayor detalle revisar folleto “Influvac®”.</p>
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.	<p>Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes.</p> <p>Si aparece día/mes/año, el vencimiento es el día que se indica.</p> <p>Revisar coloración y presencia de cuerpo extraño.</p>
Conservar la cadena de frío.	<p>Verificar correcto armado de cajas frías o termos.</p> <p>Utilizar siempre termómetro de máxima y mínima.</p> <p>En caso de quiebre de cadena de frío, se debe notificar según Sistema de Notificación de Quiebre de Cadena de Frio, Resolución Exenta N° 317/2014, MINSAL.</p>
Informar 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 inmunización 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.
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 aprobada por Resolución Exenta N° 973/2010, MINSAL, código 03-001).
Notificar ESAVI y EPRO.	Utilizar formulario notificación ESAVI-EPRO online o en su defecto, a través de formulario vigente vía correo electrónico a la SEREMI correspondiente.
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación.	Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, 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

a) VIGILANCIA DE ESAVI

ESAVI: Corresponden a las manifestaciones clínicas que se presentan posteriores a la administración de una o más vacunas, que se sospeche fue ocasionado por alguna de ellas y que no pueden ser atribuidos inicialmente a alguna patología específica. El evento adverso puede ser cualquier manifestación desfavorable, no intencionado, hallazgos de laboratorio anormales, síntomas o enfermedades.

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

<http://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/farmacovigilancia-en-vacunas>

http://www.ispch.cl/anamed_/farmacovigilancia/nram/farmacovigilancia_vacunas/profesionales

Clasificación:

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

Evaluación de Causalidad de ESAVI Serios

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

Notificación ESAVI

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

- * Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la “Guía de Vacunación Segura” (MINSAL, 2013) en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de ESAVI, en todos los niveles, antes de iniciar cualquier estrategia de vacunación, especialmente en caso de vacunas nuevas en el programa de vacunación.
- * La notificación de un ESAVI se debe realizar por medio del formulario ESAVI-EPRO en línea a través de la página web: <http://esavi.minsal.cl/>
- * Cuando no se pueda notificar a través del sistema online, de forma excepcional se podrá realizar la notificación del ESAVI serio (donde se pone en riesgo la vida, se presentaron secuelas permanentes, casos fatales o donde se requirió la hospitalización), a través del formulario manual, descargándolo de la página [vacunas.minsal.cl](http://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/farmacovigilancia-en-vacunas), link: <http://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/farmacovigilancia-en-vacunas>
Esta notificación se debe enviar al correo del ISP: esavi@ispch.cl, con copia a la referente del PNI en la SEREMI de Salud correspondiente.
- * El formulario de notificación no puede contener datos sensibles del usuario, tal como nombre, RUN, teléfono y dirección. La identificación del usuario se realizará mediante las iniciales de su nombre y apellidos, y el establecimiento de vacunación que realiza la notificación, cumpliendo con lo establecido en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los usuarios en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- * Es importante que al realizar la notificación se llenen todos los campos requeridos, ya que esto incide directamente en la evaluación inicial de la notificación.

- * El centro asistencial notificador debe cautelar que las notificaciones cumplan con los plazos establecidos, según la seriedad del ESAVI y de acuerdo a la reglamentación vigente en la cual se señala que se deben reportar todos los casos serios dentro de las 72 horas siguientes a la toma de conocimiento del hecho. Los casos no serios también deben notificarse, dentro de un plazo de 30 días. Pero se sugiere que en este contexto la notificación se realice lo antes posible.
- * El encargado del PNI del establecimiento notificador u otro profesional donde se encuentra el usuario, debe realizar el seguimiento del caso y entregar información solicitada por SDFV y por PNI. En establecimientos de Salud de Atención Secundaria y Terciaria, el responsable será el encargado de epidemiología o el funcionario que la autoridad del establecimiento designe.
- * El personal del centro de salud, debe informar al usuario o a su familia, en caso que se presente un ESAVI, según corresponda el beneficio que aporta la vacunación en la protección de la salud del afectado, los factores que podrían propiciar la aparición de un ESAVI y en que consiste éste.
- * El SDFV es responsable en conjunto con el Departamento de Inmunizaciones de realizar el análisis colaborativo de los ESAVI serios, de contingencia, que conciten interés clínico o que despierten una señal de alerta a las vacunas del PNI, estimando si el evento está relacionado a la vacunación. Este documento deber utilizado por el personal de salud como herramienta para elaborar la información que se entrega a padres o usuarios.
- * El centro de salud vacunador debe recepcionar e implementar los lineamientos clínicos entregados desde la SEREMI de Salud, enviados a esta por el PNI.
- * El equipo de salud, debe mantener comunicación continua con familia en relación a la evolución del caso, tratando de aportar comentarios clínicos y con base científica para orientarlos dentro de esta situación. Esta debe ser realizada directamente por el equipo de salud tratante, de acuerdo a la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes explicando en forma clara y precisa al usuario o a los acompañantes cualquier duda que presenten en cuanto al proceso de la vacunación, posibles ESAVI que se pudieran presentar o que se hayan presentado.

b) VIGILANCIA DE EPRO

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

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

Acciones frente a un EPRO

- * La/El Encargada/o Regional o provincial del PNI de la SEREMI de Salud y su contraparte en el Servicio de Salud, a través de un trabajo coordinado deben entregar a los niveles ejecutores las orientaciones respecto a las acciones a realizar ante la ocurrencia del EPRO.
- * Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la “Guía de Vacunación Segura” (MINSAL, 2013) en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de EPRO y Cierre de caso.
- * El notificador debe completar todos los ítems solicitados en la notificación del EPRO y complementar con los antecedentes relevantes del evento ocurrido.
- * La información al usuario o sus los acompañantes debe ser oportuna y veraz, de manera de disminuir la incertidumbre de los afectados.

- * Entregar instrucciones claras de los posibles síntomas y signos que pudieran ocurrir (referirse al folleto profesional de la/las vacuna).
- * Informar al usuario o sus acompañantes, que debe acudir al centro asistencial más cercano en caso de que se presente alguna manifestación clínica durante el período indicado (aclarar sobre aquellas manifestaciones que tienen relación con la vacuna).
- * La información a usuarios o sus los acompañantes o afectados debe ser individual, inclusive en los casos de EPRO masivos.
- * Indicar seguimiento de todos los eventos de EPRO ya sea presencial, telefónico o visita domiciliaria.
- * Cumplir con la primera evaluación médica dentro de las 24 horas después de ocurrido el EPRO.
- * En caso de que en la evaluación médica no se encuentren hallazgos, el seguimiento lo puede continuar un profesional de enfermería.
- * A los 15 días, de no presentarse manifestaciones, emitir informe de seguimiento y cierre de caso de EPRO.
- * Si se presentan manifestaciones, notificar ESAVI.
- * Verificar el registro en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) la/las vacunas involucradas en el EPRO.
- * Solicitar Plan de Mejora, el que se debe remitir a SEREMI y Servicio de Salud.
- * En el caso de EPRO controversiales o masivos, se debe poner especial atención en indicar la Investigación, para lo cual hacer uso del ANEXO IV de la “Guía de Vacunación Segura” (MINSAL, 2013). Prevención de EPRO
- * La relevancia de los EPRO radica en que son prevenibles en su totalidad, además que tienen un alto impacto en la percepción y confianza de la población frente a las inmunizaciones.
- * Los eventos causados por un EPRO pueden ser leves o incluso causar la muerte del afectado, lo que nos obliga a resguardar la calidad de los procesos que involucra la vacunación y establecer mejora continua de los mismos.
- * Es fundamental que se refuerce permanentemente, en especial durante los periodos de vacunaciones masivas, la capacitación del personal, la supervisión y el suministro apropiado vacunas e insumos.
- * En el siguiente cuadro se muestran algunos EPRO y sus posibles consecuencias clínicas, demostrando la importancia para evitar su ocurrencia

Tabla N° 5: Posibles errores programáticos y sus consecuencias

ERROR PROGRAMÁTICO	CONSECUENCIAS
Inyección no estéril: - Reutilización de una jeringa o aguja descartable. - Utilización de vacuna o diluyentes contaminados.	- Infección, tal como absceso localizado en el sitio de la inyección, sepsis síndrome de shock tóxico o muerte. - Infección transmitida por la sangre, como la hepatitis o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Transporte o almacenamiento fuera de rango de temperatura.	- Reacción local por vacuna congelada (las que contienen aluminio). - Ineficacia de la vacuna.
- Desconocer contraindicaciones.	- Reacción grave evitable.

Tabla N° 6: Información relevante para el manejo de EPRO

	DOSIS EXTRA	VÍA INCORRECTA	VACUNA INCORRECTA	VACUNA FUERA DE RANGO DE TEMPERATURA
Descripción del evento	Vacunación en más de una oportunidad, por falta de revisión de antecedentes (RNI)	Administración de una vacuna por otra vía distinta a la descrita en el folleto del fabricante	Administración de una vacuna diferente a la indicada.	Administrar vacuna sometida a temperaturas fuera de rango
Registrar en RNI	Sí	Sí	Sí	Sí
Notificar EPRO	Sí	Sí	Sí	Sí
Seguridad	Se puede presentar aumento de la reactogenicidad local.	Se pueden presentar reacciones adversas locales de mayor magnitud.	No se esperan reacciones de mayor magnitud las descritas en folleto de la vacuna administrada por error	Se puede presentar aumento de la reactogenicidad local
Protección	No se ve afectada.	Si se administra por vía incorrecta puede verse afectada la protección.	Para asegurar la protección se debe administrar la vacuna correcta.	La vacuna pierde su eficacia a temperaturas que están fuera de los rangos normados, por lo que la protección puede verse afectada.
Reacciones esperadas	Las reacciones esperadas corresponden las que describe el fabricante en el folleto de la vacuna.			
Seguimiento	<p>El seguimiento es el aspecto más relevante de cumplir en el manejo de EPRO, durante este proceso se pueden identificar la aparición de manifestaciones en el afectado denominados EPRO con daño (ESAVI).</p> <p>El seguimiento genera información de evidencia, que orienta ante la ocurrencia de eventos similares que pudieran presentarse en el futuro.</p>			

c) VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y SITIO DE PUNCIÓN

Técnica de administración de la vacuna

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.

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.

Punción intramuscular

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

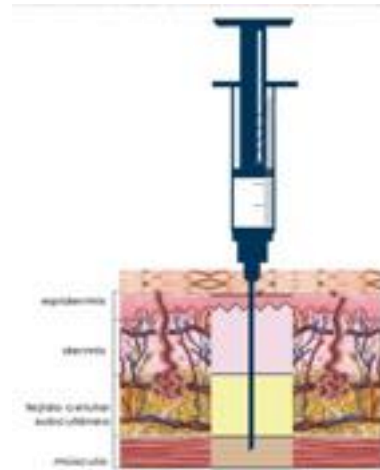


Imagen N° 3: Punción intramuscular

a. Lactantes menores de 12 meses

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

Imagen N° 4: Sitio de punción lactantes menores de 12 meses

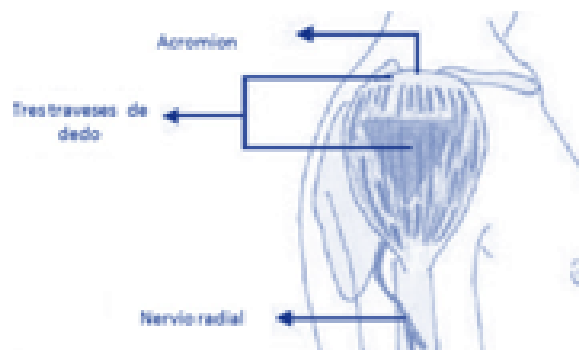


Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

b. A partir de los 12 meses de edad

La punción en mayores de 12 meses de edad debe ser realizada en el músculo deltoides del brazo, 2-4 traveses de dedo bajo el acromion.

Imagen N° 5: Sitio de punción a partir de 12 meses de edad



c. Personas con alteración de la coagulación

Deben seguir las recomendaciones indicadas para pacientes hemofílicos [14]:

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

d. Coadministración de vacunas

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

Punción simultánea de vacunas en una extremidad:

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

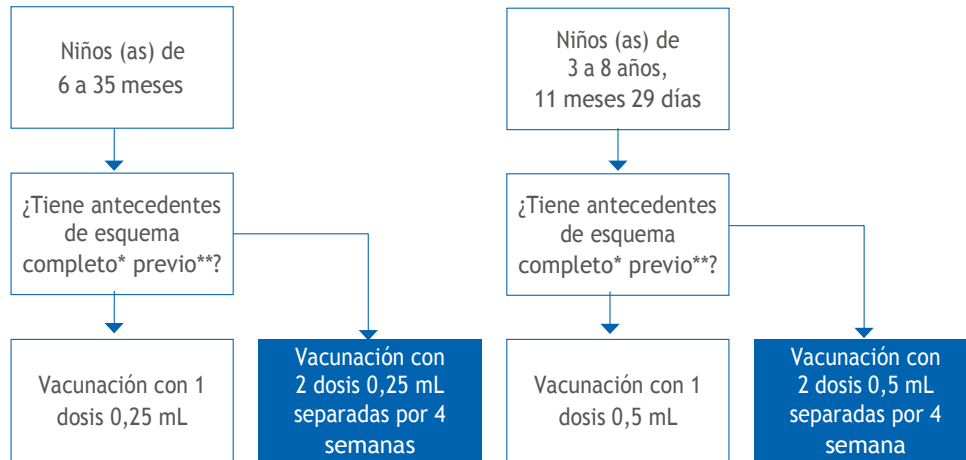
- La vacuna contra la influenza no debe ser administrada conjuntamente con vacunas contra SARS-CoV-2. El CAVEI recomienda que las vacunas COVID-19 no se administren simultáneamente con vacunas destinadas a prevenir otras enfermedades y que exista una separación de al menos 14 días con ellas [19].

e. Vacunación en menores de 9 años

* Los niños de 6 meses a 8 años, 11 meses, 29 días, que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez, y aquellos que solo han recibido una dosis de la vacuna contra la influenza previamente, deben recibir dos dosis de la vacuna en la presente temporada.

* Los niños de 6 meses a 8 años, 11 meses, 29 días, que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (en cualquier momento), solo necesita una dosis de la vacuna contra la influenza esta temporada.

Imagen N° 6: Esquema de vacunación contra influenza en niños (as) de 6 meses hasta los 8 años 11 meses 29 días



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

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

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

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	0,25mL	2	4 semanas.	Sin antecedentes de vacunación previa.
		0,25mL	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.
		0,25mL	1	No aplica	Con antecedentes de vacunación completa previa.
	3 a 8 años 11 meses 29 días	0,5mL	2	4 semanas.	Sin antecedentes de vacunación previa.
		0,5mL	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.
		0,5mL	1	No aplica	Con antecedentes de vacunación completa previa.

(*) Dosis 0,25 mL con vacuna laboratorio Abbott “INFLUVAC”

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

Imagen N° 7: Jeringa monodosis

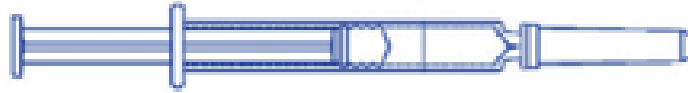


Tabla N° 8: Sugerencia sitios de punción

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 + Varicela	Influenza + Hepatitis A
Embarazadas			dTpa	Influenza
Personas mayores			Neumo 23	Influenza
*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

Tabla N° 9: Esquema de vacunación según grupo objetivo

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

Personal de Salud públicos y privados	0,5mL	1	Independiente del historial de vacunación.
Embarazadas	0,5mL	1	Independiente del historial de vacunación.
Enfermos crónicos desde los 11 años hasta los 64 años de edad	0,5mL	1	Independiente del historial de vacunación.
Personas mayores, de 65 y más años.	0,5mL	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.	0,5mL	1	Independiente del historial de vacunación.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

d) MANEJO DE REACCIONES POST VACUNACIÓN

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

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

En base al POE del PNI, con la finalidad de pesquisar una reacción anafiláctica post-inmunización, se recomienda indicar un periodo de observación de 30 minutos al interior del establecimiento de salud posterior a la vacunación, en un área cercana al vacunatorio, como medida de precaución para detectar e intervenir oportunamente frente a la pesquisa de una reacción de este tipo [18].

1. Capacitación del equipo de salud

Durante el periodo de planificación de una campaña, los profesionales y técnicos de enfermería que conforman el equipo vacunador, deben reforzar y actualizar sus conocimientos sobre manejo de reacción post vacunal como en maniobras de reanimación básica. El enfermero(a) coordinador(a) debe programar esta actividad previo a la campaña de vacunación, garantizando que todo el equipo conozca cada uno de los procesos frente a una reacción adversa.

Entre de los objetivos educativos a desarrollar están:

a. Capacitar sobre procedimientos de campaña de vacunación:

- Enfermero(a) coordinador(a), deberá revisar la vigencia de los protocolos o procedimientos de vacunación, en manejo de reacciones adversas y actualizar si es necesario.
- Realizar difusión a todo el equipo, utilizando metodologías educativas que permitan el logro de los objetivos.

- b. **Capacitar sobre la preparación de equipo de emergencia y uso de los medicamentos e insumos:**
- Enfermero(a) coordinador(a), deberá realizar capacitación sobre el maletín de emergencia, preparación del equipo.
 - Se sugiere paso práctico sobre medicamentos e insumos a utilizar; dilución de fármacos y vigilancia de eventos post medicación.
 - No olvidar revisar de forma periódica fecha de vigencia de fármacos e insumos y que los equipos estén funcionando de manera adecuada
- c. **Capacitar sobre reacciones adversas moderadas/severas y el manejo inmediato:**
- Enfermero(a) coordinador(a), deberá realizar capacitación sobre las principales reacciones adversas vinculadas a la vacuna contra influenza que se pudieran presentar y el manejo de enfermería, desarrollando destrezas en el uso de medicamentos de urgencia RCP y derivación a la red asistencial cuando corresponda.
- d. **Capacitar sobre la vigilancia de eventos adversos post vacunación:**
Enfermero(a) coordinador(a), deberá realizar capacitación sobre:
- La “Guía de Vacunación Segura” (MINSAL, 2013)
 - Uso de sistema de vigilancia de ESAVI/EPRO en línea.
 - Registro de criterios en la plataforma y monitoreo.

2. Reacciones post-vacunación

a. Lipotimia o reacción vaso-vagal

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

Ante la sospecha de lipotimia o reacción vaso-vagal:

El encargado del equipo de salud debe ubicar al paciente en decúbito dorsal, con las extremidades inferiores extendidas y elevadas sobre el nivel del tórax y acompañarlo hasta que recupere la conciencia.

Controlar signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno. El maletín de emergencia debe contener la tabla de signos vitales vigentes acorde al grupo etario.

b. Anafilaxia

Es muy importante reconocer signos y síntomas en forma precoz

- La reacción anafiláctica es una reacción alérgica grave, se caracteriza por su naturaleza multisistémica (es decir compromete múltiples órganos o sistemas, por lo general la piel, la vía aérea y el aparato circulatorio).
- La anafilaxia en relación con la vacunación es muy poco frecuente, se presenta 1 caso por cada 1 a 2 millones de dosis.
- Se presenta en el período inmediato post-vacunación, por lo general en los primeros 15 minutos, pero 30 minutos es el intervalo más seguro de observación.

- La reacción se puede detener en forma rápida y es completamente reversible con un tratamiento simple, pero puede causar la muerte si no se maneja en forma oportuna.
- La adrenalina es el tratamiento de elección y debe administrarse lo más precozmente posible, aunque el diagnóstico no sea de certeza.

Signos y Síntomas:

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

- Cardiovascular: hipotensión, arritmia (taquicardia), vasoconstricción periférica dolor torácico, paro cardíaco.
- Respiratorio: Angioedema, tos, estridor, disfonía, ronquera, disnea, sibilancias, desaturación (saturación <95% ambiental).
- Neurológicos: convulsiones, pérdida de conciencia, vértigo, mareos.
- Gastrointestinal: náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea.
- Otros: eritema conjuntival, contracciones uterinas, metrorragias, sensación de muerte.

Tabla N° 10: Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

Se considera que la anafilaxia es muy probable si se cumplen los tres criterios siguientes:	
1. Inicio agudo (de minutos a horas)	
2. Compromiso de piel o mucosas	Urticaria generalizada Prurito Eritema Sofoco (rubor, enrojecimiento) Edema de labios, úvula o lengua
3. Presencia de, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas:	Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, cianosis). Hipotensión arterial o síntomas asociados de disfunción orgánica (hipotonía, síncope, incontinencia de esfínteres, etc).

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

Tabla N° 11: Tipos de reacciones y diagnóstico diferencial

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

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

Ante la sospecha de shock anafiláctico, el coordinador deberá proceder de la siguiente forma:

- Instalar al paciente en una camilla o sillón, en decúbito dorsal, con las piernas elevadas, o semisentado si presenta dificultad respiratoria.
- Comunicarse con el médico del establecimiento de salud a con quien previamente se coordinó el contacto frente a una situación de emergencia y con el móvil de traslado Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) o al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Frente al shock anafiláctico:

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

Traslado a centro asistencial

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

3. Equipo de emergencia para Vacunación Extramural


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

Tabla N° 12: Equipos, medicamentos e insumos emergencia durante una vacunación extramural

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

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2019

Tabla N° 13: Ficha tratamiento vasoconstrictor (adrenalina o epinefrina)

ADRENALINA													
Acción	Es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia, puede prevenir o revertir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular, incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas, aumentando así la presión arterial												
Administración	La adrenalina intramuscular (ampolla=1 mg/mL), es el tratamiento de elección y debe administrarse lo más precozmente en el tratamiento de la anafilaxia. Dosis pediátrica: Adrenalina 0,01 mL x kilo de peso. Sitio de punción: cara anterolateral externa del muslo. Para administrar utilice aguja 23Gx1" (niños y adultos).												
Preparación	Adrenalina o Epinefrina 1 ampolla =1mg = 1 mL. Sin diluir Extraer la dosis correspondiente, usando jeringa de tuberculina.												
Presentación	1 ampolla de 1mg/ 1mL 												
Dosificación	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Peso aproximado</th> <th style="text-align: center;">Dosis indicada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">10 kg</td> <td style="text-align: center;">0,1 mL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20 kg</td> <td style="text-align: center;">0,2 mL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30 kg</td> <td style="text-align: center;">0,3 mL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40 kg</td> <td style="text-align: center;">0,4 mL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">>50 kg</td> <td style="text-align: center;">0,5 mL</td> </tr> </tbody> </table>	Peso aproximado	Dosis indicada	10 kg	0,1 mL	20 kg	0,2 mL	30 kg	0,3 mL	40 kg	0,4 mL	>50 kg	0,5 mL
Peso aproximado	Dosis indicada												
10 kg	0,1 mL												
20 kg	0,2 mL												
30 kg	0,3 mL												
40 kg	0,4 mL												
>50 kg	0,5 mL												
Consideración	Si no responde a la primera dosis de adrenalina, repetir la misma dosis en 5 minutos. Se registra la hora exacta de administración de las dosis. La aparición de efectos secundarios leves y transitorios, como palidez, temblor, taquicardia, cefalea o mareo es frecuente e indica que se ha alcanzado el rango terapéutico.												


Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2021

Tabla N° 14: Ficha tratamiento oxígeno

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

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2019

Tabla N° 15: Ficha tratamiento con antihistamínicos

CLORFENAMINA																	
Acción	Fármaco antihistamínico que tiene la capacidad de ayudar a reducir los síntomas alérgicos que se producen como respuesta a sustancias extrañas al organismo.																
Administración	Vía Intramuscular																
Preparación	Usar jeringa de tuberculina, para extraer la dosis correspondiente.																
Presentación	1 ampolla de 10 mg/ 1mL 																
Indicación	<p>Dosis pediátrica: 0,2 mg/kg, sin diluir.</p> <p>En adultos o niños con peso mayor a 30 kg., se debe administrar 0.5 mL (1/2 ampolla) intramuscular en muslo.</p> <p>Con peso mayor a 45 kg, la indicación es 1 mL (una ampolla)</p> <p>Si no responde a la 1° dosis de Clorfenamina, repetir la misma dosis cada 15 o 20 minutos.</p>																
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Peso aproximado</th> <th>Dosis indicada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>25 kg</td> <td>0,3 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>35 kg</td> <td>0,5 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,8 mL</td> </tr> <tr> <td>45 kg y más</td> <td>1,0 mL</td> </tr> </tbody> </table>	Peso aproximado	Dosis indicada	10 kg	0,2 mL	20 kg	0,2 mL	25 kg	0,3 mL	30 kg	0,4 mL	35 kg	0,5 mL	40 kg	0,8 mL	45 kg y más	1,0 mL
Peso aproximado	Dosis indicada																
10 kg	0,2 mL																
20 kg	0,2 mL																
25 kg	0,3 mL																
30 kg	0,4 mL																
35 kg	0,5 mL																
40 kg	0,8 mL																
45 kg y más	1,0 mL																

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2021

VIII. CADENA DE FRÍO

Para resguardar la estabilidad y efectividad de la vacuna, es necesario el mantenimiento estricto de la cadena de frío (temperatura entre +2°C 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:

- * Es altamente recomendable el uso de refrigeradores clínicos, ya que aseguran la distribución uniforme de temperaturas al interior de todos sus compartimentos.
- * Es altamente recomendable el uso de termómetros calibrados, ya que dan certeza del dato entregado.
- * Es altamente recomendable el uso de termos o cajas frías calificadas, cuya configuración de armado esté documentada y asegure el mantenimiento de la cadena de frío durante los transportes de vacunas.
- * Se recomienda calcular capacidad de almacenamiento de los equipos de refrigeración disponibles en cada establecimiento de salud: refrigeradores, vitrinas o cámaras de frío (ANEXO N° 5).
- * Aquellos establecimientos que cuenten con refrigeradores acondicionados (domésticos), deben conocer su comportamiento según cantidad de “masas frías”, (botellas y unidades refrigerantes). Un cambio en la configuración del número de botellas o unidades refrigerantes, puede generar variación en las temperaturas al interior del equipo, y por lo tanto excursiones de temperatura.
- * Se recomienda el uso de termógrafos para mantener un registro de temperaturas permanente, al menos cada 10 minutos y sobretodo en horario inhábil. Esto permitirá realizar un mejor análisis frente a excursiones de temperatura y no asumir que el quiebre se produjo durante todo el periodo transcurrido entre los controles de temperatura.
- * En caso de no disponer de termógrafos, se recomienda el uso de termómetros de máxima y mínima, ya que nos permite verificar el rango de temperaturas registradas en un determinado periodo de tiempo y no sólo la lectura de temperatura actual.
- * Se debe contar con registro de temperatura al menos 2 veces al día (mañana y tarde) en el nivel local.
- * Los equipos de refrigeración deben ser de uso exclusivo y estar conectados a una red ininterrumpida de energía eléctrica (grupo electrógeno o batería externa).
- * 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 de suministro, 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

Se recomienda el uso de termos o cajas frías calificadas. En caso de no disponer de ellos, seguir las siguientes recomendaciones:

- * 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.
- * 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 UR. Cerrar y esperar 15 minutos.
- * Verificar que la temperatura esté entre +2°C y +8°C y solo entonces cargarlo con las vacunas. Las UR deben rodear las vacunas, evitando el contacto directo.
- * 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. También se puede usar cartón como alternativa.
- * 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.

Entrega de vacunas en el DVI.

- * 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 termógrafos o 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.

IX. 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 son los siguientes:

Registro Nacional de Inmunizaciones

- * Plataforma informática que permite el registro nominal de personas vacunadas en establecimientos públicos y privados en convenio con 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.
- * 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 2021.
- * Una vez ubicado en “Influenza 2021” en sistema RNI, seleccionar el RUN, Pasaporte u otro, continuar con lo siguiente:
 - * Verificar los datos personales del usuario.
 - * Verificar comuna de residencia con el usuario y actualizar si corresponde (dato relevante para la cobertura), ya que el sistema muestra la comuna registrada en la última vacunación.
 - * Lote o serie de la vacuna administrada, seleccionar el utilizado.
 - * Vacunador, seleccionar del listado desplegable el nombre del funcionario que administro la vacunación.

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

- * Niños de 6 meses a 5 años (incluye población que cursa kínder).
- * Escolares de 1° a 5° año básico.
- * Embarazadas.
- * Enfermos crónicos de todas las edades (11 a 64 años de edad).
- * P. de salud: Público.
- * P. de salud: Alumnos en práctica sector público.
- * P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector público.
- * P. de salud: Privado.

- * P. de salud: Alumnos en práctica, sector privado.
- * P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector privado.
- * P. de salud: FFAA y de orden.
- * P. de salud: Adm. apoyo no clínico FFAA y de orden.
- * Personas en centros cerrados: Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores (ELEAM).
- * Personas en centros cerrados: Servicio Nacional de Menores (SENAME).
- * Personas en centros cerrados: Instituciones de Salud Mental.
- * Personas en centros cerrados: Población privada de libertad.
- * P. en Serv. Esenciales: Administración del Estado.
- * P. en serv. Esenciales: Atención directa a la Ciudadanía.
- * P. en serv. Esenciales: Carabineros -PDI.
- * P. en serv. esenciales: Fuerzas Armadas.
- * P. en serv. Esenciales: Farmacias y laboratorios.
- * P. funciones en ONEMI, CONAF, Bomberos.
- * Profesores y Parvularios.
- * P. funciones en empresas de servicios básicos.
- * P. funciones en empresas de transporte de personas.
- * P. laboran en Transporte de productos críticos.
- * P. en serv. Esenciales: Personal de Gendarmería.
- * Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo
- * Trabajadores/as sexuales.
- * Vacunación privada (No población objetivo).
- * Personas mayores de 65 años y más.
- * Ley Ricarte Soto.
- * GES.
- * Vacunación privada (No población objetivo).

En la población infantil (hasta los 5 años, incluye población que cursa kínder) y de personas mayores 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 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 cumplirá 65 años.

- * Cuando se presenta un usuario cuya edad puede estar dentro del rango de los 11 a los 64 años y cumple con más de un criterio de elegibilidad debe priorizar el registro de la siguiente forma:
 - ▶ Embarazadas
 - ▶ Enfermo crónico
 - ▶ Personal de salud
 - ▶ Trabajador avícola y de criaderos de cerdo
 - ▶ Otras prioridades
- * 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, se debe registrar si le corresponde dosis única pediátrica o adulto, primera o segunda dosis pediátrica o adulto, recordar que la dosis pediátrica corresponde a 0,25mL y se administra a los menores de 3 años y la dosis de adulto corresponde a 0,5mL y se administra desde los 3 años en adelante. Los niños menores de 9 años que no han sido previamente vacunados, requerirán una segunda dosis después de un intervalo de a lo menos 4 semanas.
- * 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 procedimientos para el registro en 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 inmunización). Ver ANEXO N° 3.

Registro en Cuaderno/Agenda de Salud

El cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años cuenta con un calendario de vacunación, donde se debe registrar la vacuna Influenza, en “otras vacunas”. En el caso del adulto y persona mayor de 65 años y más se debe registrar en su carnet de control, al igual que en agenda de salud de la mujer. 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. La información del avance de la campaña será publicada en un sitio web de reportes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS): <http://www.deis.minsal.cl/>

X. COMUNICACIÓN SOCIAL

Plan comunicacional regional

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

- * Identificar los medios de comunicación regionales de mayor impacto social con el fin de potenciar las acciones de difusión tanto de mensajes como piezas comunicacionales destinadas a la campaña.
- * Establecer alianzas estratégicas con el intersector y extrasector, con el fin de favorecer la difusión comunicacional. Reunir a los representantes de las distintas sociedades científicas, referentes del colegio médico, colegio de enfermeras, colegio de matronas, representante de salud del Ministerio de Educación entre otros para de 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.

XI. CAPACITACIÓN

Encargadas(os) de 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.

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

Se realizarán capacitaciones desde el nivel central, dirigida a los equipos ejecutores.

Para facilitar el acceso a la información se utilizarán videoconferencias a nivel nacional 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.

XII. SUPERVISIÓN

La supervisión de la campaña se realizará en diferentes momentos, durante la etapa de organización y planificación, durante la ejecución y finalmente, los supervisores también participan en el proceso de verificación de coberturas de campaña, como se describe a continuación. Se adjunta “Pauta de Supervisión a Puntos de Vacunación” en ANEXO N° 4.

- * **Durante la organización y planificación** la supervisión se realiza con la finalidad de verificar si los niveles regionales y locales han logrado una adecuada organización: están capacitados, disponen de los recursos necesarios, 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 segura, analizar con el equipo local el avance de la campaña mediante la revisión del cumplimiento de la micro-planificación y el cronograma de actividades.
- * **Al concluir la campaña**, aunque no es estrictamente una actividad de supervisión, es necesario acompañar a las regiones y niveles locales en el análisis de coberturas de campaña, complementando los datos administrativos del Registro Nacional de Inmunizaciones, con la realización de Monitorización Rápida de Cobertura (MRC) para verificar el logro de la meta de cobertura en el grupo objetivo de niñas (os) de 6 meses a 5 años y en el grupo de personas mayores.

Por lo tanto, los supervisores realizan las siguientes funciones:

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

XIII. FISCALIZACIÓN

La fiscalización de la campaña es un rol ejercido principalmente por las SEREMIs de Salud regionales y provinciales, quienes cuentan dentro de su quehacer, con múltiples funciones, dentro de ellas se encuentra la fiscalización, en específico:

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

XIV. CONTROL DE STOCK

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

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

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

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

XV. MONITOREO Y VERIFICACIÓN DE COBERTURAS

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

Este reporte incluye:

- * Dashboard Campaña Influenza 2021, 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 2021 - 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
		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: RNI. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones.

- * Campaña Influenza 2021 - 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° 7.

XVI. 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 personas mayores).

INDICADOR	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE INDICADOR
Cobertura en niñas y niños de 6 meses a 5 años	(Nº 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	(Nº de escolares de 1° a 5° básico vacunados / Alumnos matriculados de 1° a 5° básico)*100	RNI MINEDUC (ocurrencia)
Cobertura en embarazadas	(Nº de embarazadas vacunadas /Población de embarazadas)*100	RNI DEIS (residencia)
Cobertura en personas mayores, de 65 y más años	(Nº 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	(Nº 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	(Nº de enfermos crónicos entre 11 y 64 años vacunados /Población enfermos crónicos entre 11 y 64 años)*100	RNI DEIS (residencia)
Cobertura en personal de salud sistema público	(Nº 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	(Nº 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 2021

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. Gastos estimados durante el desarrollo de la campaña.
- XIII. Experiencia y lecciones aprendidas.
- XIV. Conclusiones y recomendaciones.

Se enviará, vía correo, formato para completar los ítems del V al VIII del Informe Regional Campaña Influenza 2021,

20. REFERENCIAS

- [1] CDC, “Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases”, 2015. [En línea]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>. [Último acceso: diciembre 2020].
- [2] WHO, “Gripe (estacional)”, noviembre 2018. [En línea]. Disponible en: [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: diciembre 2020].
- [3] WHO, “Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2021 southern hemisphere influenza season”, 25 septiembre 2020, [En línea]. Disponible en: https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/202009_recommendation.pdf?ua=1 [Último acceso: diciembre 2020].
- [4] MINSAL, “Guía de Práctica Clínica Uso ambulatorio de Oseltamivir para personas con sospecha o diagnóstico de Influenza”, 2015. [En línea]. Disponible en: https://www.MINSAL.cl/sites/default/files/files/GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA_INFLUENZA_2015_07_21.pdf. [Último acceso: diciembre 2020].
- [5] MINSAL, “Guía de Práctica Clínica Influenza”, 2018. [En línea]. Disponible en: https://diprece.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2019/02/Resumen-ejecutivo_INFLUENZA-2018_2-26.pdf. [Último acceso: diciembre 2020].
- [6] CDC, “Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2020–21 Influenza Season”, 2020, [Online]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6908a1.htm>. [Último acceso: diciembre 2020].
- [7] OPS/OMS, “Informe de situación de Influenza Regional, Semana epidemiológica 47”, diciembre 2020, [Online]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-regional-influenza-semana-epidemiologica-47-1-diciembre-2020>, [Último acceso: diciembre 2020].
- [8] Departamento de Epidemiología, MINSAL “Situación de Influenza y Virus Respiratorios en contexto de SARS-CoV-2 Informe 2020 SE 1-50”, 2020, [Online]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/Informe_SE_01_50_Influenza.pdf [Último acceso: febrero 2021].
- [9] CDC, “Influenza (gripe) estacional, las vacunas contra la influenza son efectivas” [Online]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/vaccines-work/vaccineeffect.htm>. [Último acceso: diciembre 2020].
- [10] MINSAL, “Guía de vacunación segura - Sistema de notificación, evaluación e investigación de ESAVI - EPRO”, Departamento de Inmunizaciones, Ministerio de Salud,» 2013. [En línea]. Disponible en: <https://vacunas.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2015/06/norma-N%c2%b0670-Gu%3%ada-Vacunacion-Segura-8-oct-2013.pdf>. [Último acceso: diciembre 2020].
- [11] MINSAL, “Ord. B27 N° 3021”, 03 de agosto, 2020 basado en decreto exento N° 12 del 09.03.2020 de salud pública de 2020, Disponible en: <https://vacunas.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2020/08/Ord-B27-N%2%B0-3021-Recomendaciones-para-cierre-de-campan%CC%83a-de-vacunacio%CC%81n-contra-la-Influenza-durante-pandemia-Covid-19-03-agosto-2020.pdf> [Último acceso: diciembre 2020].
- [12] MINSAL, “Ord. B27 N° 1024”, 21 de abril, 2015 basado en la Guía Clínica Hemofilia, Santiago, 2013. 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.
- [13] MINSAL, “Protocolo de referencia para correcto uso de equipo de protección personal en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19”, 2020, [Online]. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-USO-DE-EQUIPOS-DE-PROTECCION%3%93N-PERSONAL-EN-LA-PRE-VENCION%3%93N-DE-TRANSMISION%3%93N-COVID19-versi%3%B3n-24-03-2020-corregido%3%BAltima-p%3%A1gina.pdf>. [Último acceso: febrero 2021].

- [14] MINSAL, “Recomendaciones para la vacunación escolar extramural durante la pandemia COVID-19”, 2020, [Online]. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Ord-B27-N%C2%B0-1389-Recomendaciones-para-la-vacunacion-escolar-extramular-durante-pandemia-covid19-6-mayo-2020.pdf>. [Último acceso: marzo 2021].
- [15] MINSAL, “Norma General Técnica sobre Procedimientos Operativos Estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)”, 2010, [Online]. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2014/03/Res.Exenta-N%C2%ba-973-Norma-Gral.-procedimientos-POE-Completa.pdf>. [Último acceso: marzo 2021].
- [16] CAVEI, “RECOMENDACIÓN DEL CAVEI SOBRE EL SOBRE EL USO DE VACUNAS COVID-19 Y OTRAS VACUNAS PROGRAMÁTICAS O DE CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN”, 2010, [Online]. Disponible en https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/CAVEI_vacunas-COVID19-y-vacunacion%CC%81n-programa%CC%81tica_12mar2021_final.pdf. [Último acceso: marzo 2021].

XVIII. ANEXOS

ANEXO N° 1. POBLACIÓN OBJETIVO (*)

Población Objetivo campaña Influenza 2021, por región y comuna, por subcriterios

Población Objetivo Campaña Influenza 2021, por región y subcriterios									
Nombre Región	Población Objetivo por ocurrencia			Población Objetivo por residencia					TOTAL
	Personal de salud	Otras prioridades	Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo	Población Vulnerable					
				Población Infantil 0-5 años	Población Infantil 6-10 años	Adultos 65 años y más	Embarazadas	Enfermos Crónicos	
Total País	435.866	287.643	38.831	1.432.678	1.286.870	2.458.699	231.109	2.120.388	8.292.084
Arica y Parinacota	7.053	6.783	764	19.415	18.730	30.173	3.083	32.554	118.555
Tarapacá	7.983	10.160	459	34.834	30.801	33.191	5.165	45.009	167.602
Antofagasta	15.300	16.111	176	56.885	50.182	57.133	8.389	61.845	266.021
Atacama	5.649	6.183	110	25.550	25.091	35.317	3.888	36.764	138.552
Coquimbo	17.051	11.117	629	61.965	62.099	112.389	9.480	100.338	375.068
Valparaíso	41.853	22.482	4.729	133.635	125.889	298.001	21.890	219.073	867.552
Metropolitana de Santiago	173.283	97.347	8.116	611.106	513.770	940.945	99.887	805.176	3.249.630
Libertador General Bdo. O'Higgins	20.475	16.072	11.378	71.558	67.353	137.687	11.724	130.375	466.622
Maule	23.189	25.971	3.041	82.970	76.265	161.349	13.623	133.192	519.600
Ñuble	11.628	7.952	943	33.937	32.739	79.905	5.549	71.799	244.452
Biobío	44.823	21.095	776	115.340	110.003	223.413	18.398	182.607	716.455
La Araucanía	24.208	12.544	1.190	74.384	69.970	143.470	12.270	127.485	465.521
Los Ríos	10.409	8.257	4.718	27.438	26.422	57.599	4.280	50.914	190.037
Los Lagos	22.578	14.496	1.684	63.435	58.561	113.151	10.341	91.880	376.126
Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	3.961	3.208	29	8.295	7.994	11.878	1.311	10.536	47.212
Magallanes y de la Antártica Chilena	6.423	7.865	89	11.931	11.001	23.098	1.831	20.841	83.079

(*) Fuentes: RNI Corte 18 de noviembre 2020

ANEXO N° 2.

GUÍA PARA LA MICRO PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN

Para lograr coberturas de vacunación de 85% o más en todas las comunas del país, la planificación debe ser muy detallada y minuciosa, por lo que se denomina “micro planificación”. Este proceso debe asegurar la puesta en práctica de tácticas efectivas para alcanzar las coberturas meta de vacunación, con un enfoque de “abajo hacia arriba”, o sea, con una estrategia ascendente, que se inicia en el establecimiento de salud y se integra en la comuna, con la supervisión y apoyo del nivel regional y nacional.

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

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

La 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 realizo las actividades que requiero implementar para alcanzar la meta de cobertura de 85% y más?
Paso 7. Monitoreo de coberturas	¿Cuánto he avanzado y cuánto me falta?
Paso 8. Encontrando los rezagados	¿Dónde están y qué debo hacer para vacunar a los “no vacunados” y qué tácticas de convencimiento utilizar para quienes han rechazado?
Paso 9. Supervisión	¿Estoy cumpliendo con la normativa y parámetros establecidos?
Paso 10. Evaluación	¿Cuáles son mis resultados y lecciones aprendidas? ¿Qué requiero mejorar?

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

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

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° 3. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Establecimiento: _____ Vacunador: _____

Fecha: _____ Vacuna: _____ Lote: _____

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

Criteria de Elegibilidad (CE) en RNI

*Marcar con una X donde corresponda

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1- Niños de 6 meses a 5 años. 2- 1° básico. 3- 2° básico. 4- 3° básico. 5- 4° básico. 6- 5° básico. 7- Embarazadas. 8- Enfermos crónicos de 11 a 64 años. 9- . de salud: Público. 10- P. de salud: Alumnos en práctica sector público. 11- P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector público. 12- P. de salud: Privado. 13- P. de salud: Alumnos en práctica, sector privado. | <ul style="list-style-type: none"> 14- P. de salud: Administrativo de apoyo no clínico sector privado. 15- P. de salud: FFAA y de orden. 16- P. de salud: Adm. apoyo no clínico FFAA y de orden. 17- Personas en centros cerrados: ELEAM. 18- Personas en centros cerrados: SENAME. 19- Personas en centros cerrados: Instituciones de Salud Mental. 20- Personas en centros cerrados: Población privada de libertad. 21- P. en serv. Esenciales: Administración del Estado. 22- P. en serv. Esenciales: Atención directa a la Ciudadanía. 23- P. en serv. Esenciales: Carabineros -PDI. 24- P. en serv. Esenciales: Fuerzas Armadas. 25- P. en serv. Esenciales: Farmacias y laboratorios. 26- P. en serv. Esenciales: Personal de Gendarmería. | <ul style="list-style-type: none"> 27- P. funciones en ONEMI, CONAF, Bomberos. 28- P. funciones en empresas de servicios básicos. 29- P. funciones en empresas de transporte de personas. 30- P. funciones en Transporte de productos críticos. 31- Cuidadores y contactos intradomiciliarios postrados. 32- Capullo para prematuros. 33- Profesores/as y Parvularios/as. 34- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo. 35- Trabajadores/as sexuales. 36- Personas en situación de calle. 37- Personas residentes en zonas extremas. 38- Vacunación privada (No población objetivo). 39- Personas mayores de 65 años y más. 40- Ley Ricarte Soto. 41- GES. |
|--|---|---|

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° 5. CÁLCULO PARA OBTENER LA CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE VACUNAS

1. Cálculo de volumen de las vacunas

Fórmula:

Multiplicar 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 contienen la caja: $VOLUMEN\ TOTAL \div N^{\circ}\ DE\ DOSIS$

Ej. $486cc \div 10\ dosis = 49cc\ por\ dosis$

2. Cálculo de capacidad de almacenamiento en los refrigeradores

Imagen N° 2: Medidas del refrigerador que se consideran para el cálculo de almacenamiento



Fórmula

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

Ej.

Bandeja N° 1: 16cm (Alto) X 50,5cm (Ancho) X 29,5cm (Fondo)= 23.836cc

Bandeja N° 2: 18,5cm (Alto) X 50,5cm (Ancho) X 29,5cm (Fondo)= 27.560cc

Bandeja N° 3: 19,5cm (Alto) X 50,5cm (Ancho) X 29,5cm (Fondo)= 29.050cc

16cm X 50,5cm X 29,5cm= 23.836cc (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. Bandeja 1(24Lt) +Bandeja 2(27.5Lt) +Bandeja 3(29Lt) = 80,5 cc

- * Se puede utilizar el 50% de espacio útil

Ej. 80,5 Lt ÷ 2= 40,2 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 dosis= 49cc ÷ 1.000 =0,049 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° 6. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN

ETAPAS PLAN COMUNICACIONAL	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA
Reuniones para conformación equipos de trabajo (SEREMI - SS)			
Aliados Estratégicos			
Voceros			
Medios de comunicación regionales			
Distribución de material comunicacional			
Inicio Estrategia			
Lanzamiento			
Inicio plan de medios			
Difusión redes sociales			
Mantenimiento			
Desarrollo Plan de Medios			
Estrategias comunicacionales			
Redes sociales			
Entrevista a autoridades y voceros			

ANEXO N° 7. GUÍA MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS

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

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

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

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

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

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

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

Si en la casa reside más de un niño/a de 6 meses a 5 años de edad o persona mayor de 65 años y más, solo se selecciona al azar uno de ellos que será analizado y registrado en el formulario de MRC. Aunque solo se incluye un niño/a o PM 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 viva en la casa, luego seleccionar al azar una de ellas. Si en la casa reside más de una persona de la población objetivo (niñas/os o PM), revisar el estado vacunal de todas ellas y vacunar a las que no lo estén.
- * Se revisa el comprobante o carnet de salud independiente que esté o no la persona.
- * Si se encuentran casas cerradas se toma nota de la casa para revisar con los responsables locales si en esa vivienda residen niños de 6 meses a 5 años de edad o PM. Si se identifica que en esa casa cerrada residen niños o PM y se pueden obtener sus nombres, se debe verificar en el RNI si están vacunados.
- * Si al realizar el MRC se identifica que 2 de los 20 niños o PM no tienen la vacuna anti-influenza, se suspende el monitoreo y se procede de inmediato a revacunar ese barrio, sector o zona.
- * Registrar el motivo en caso de encontrar niños/as o PM no vacunados, según las diferentes razones que se indican en el formulario.
- * Aprovechar toda oportunidad para hacer preguntas sobre conocimientos y prácticas de las familias sobre vacunación, además de informar y aclarar conceptos e información errónea.
- * Durante la recolección de información, pueden surgir algunas preguntas como las siguientes, que se responden a continuación:
 - * ¿Cómo procedo si no encuentro 20 niños o PM 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 PM.
 - * ¿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 PM. Si en una casa reside más de un niño o PM, ¿A cuál(es) selecciono? Se debe seleccionar un niño o PM 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 PM? 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 PM, 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 PM que no residen en la zona pero que están de visita en las casas? No, solo se incluye a los niños o PM 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 PM 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 PM 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.

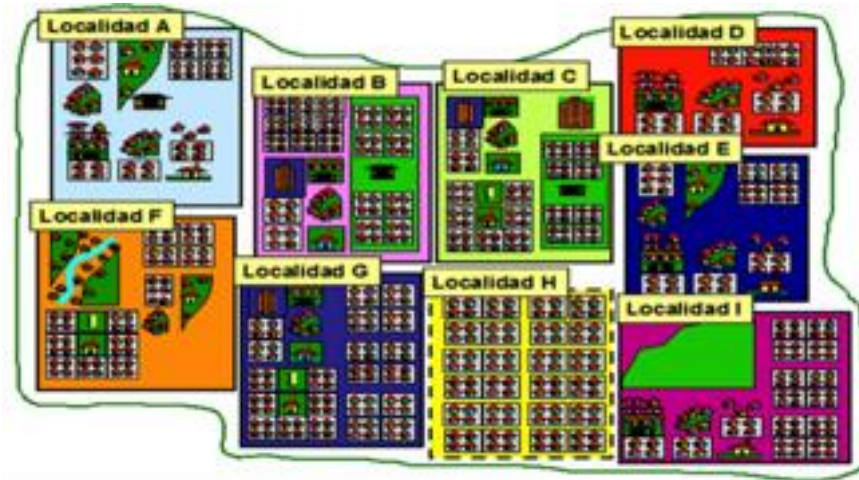


Imagen N° 2: Ejemplo de selección al azar de una manzana para realizar MRC en la localidad adscrita al establecimiento de salud.

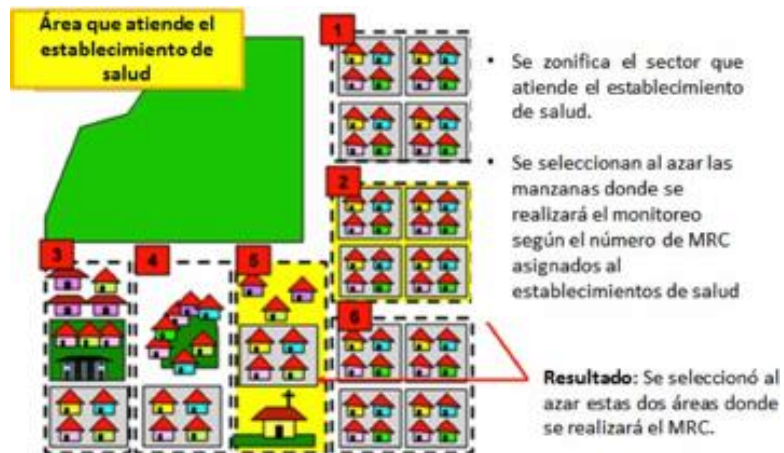
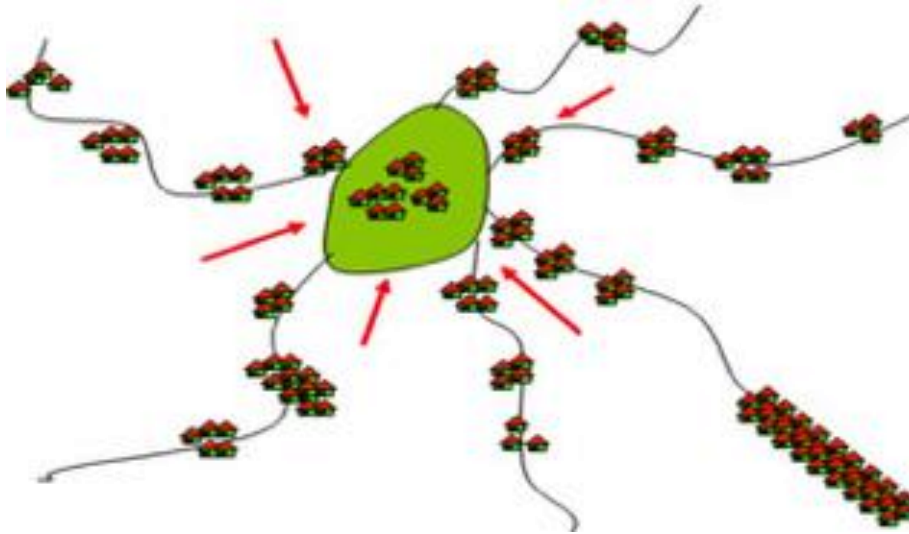


Imagen N° 3: Ubicación de las casas en comunidades rurales para realizar el MRC.

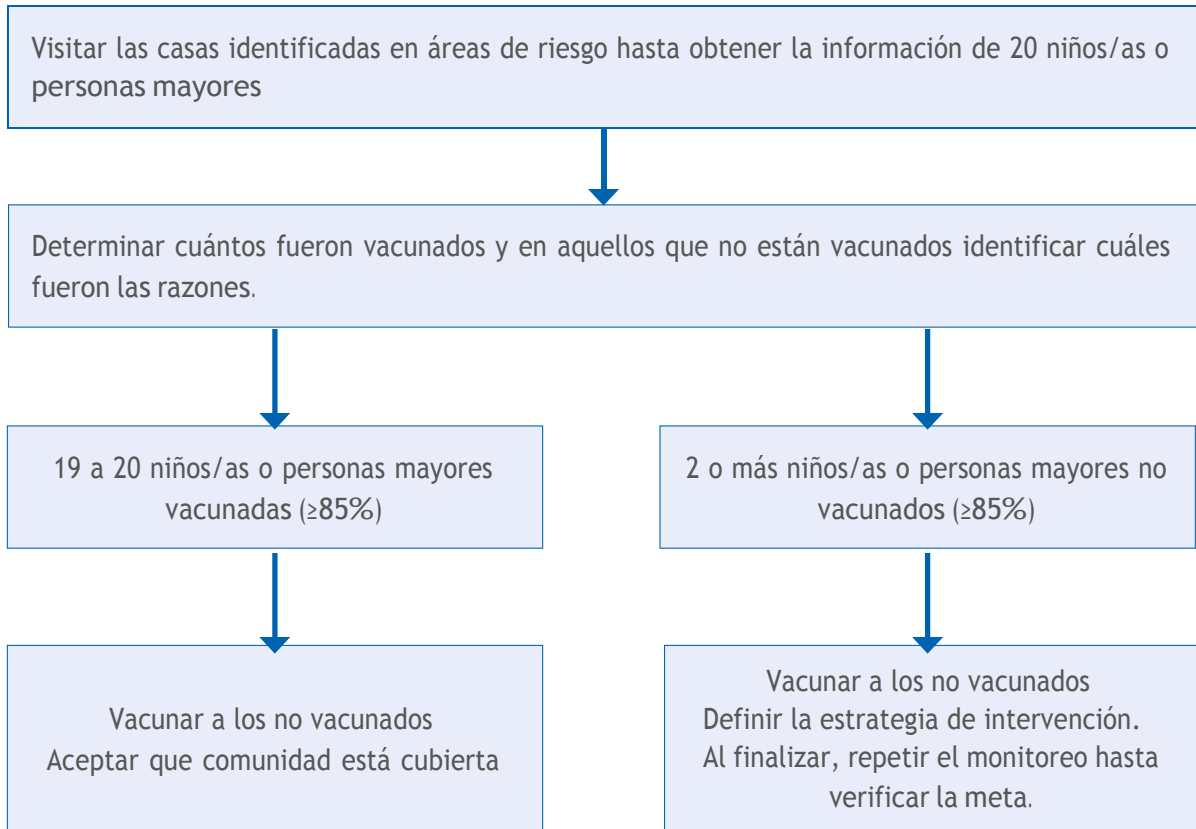


- * Identifique el centro de la comunidad, las rutas más importantes de acceso para captar a la población y los grupos prioritarios según etnia, religión, otros.
- * Inicie los monitoreos en el centro de la comunidad desplazándose por las diversas rutas hasta completar el número de personas asignadas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

Imagen N° 4: Selección de edificios y áreas residenciales para realizar el MRC



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

Imagen N° 5: Criterios para la toma de decisión con base a los resultados MRC en la localidad

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

PERSONAL DE SALUD

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
RUN, _____ con domicilio _____, perteneciente al
Establecimiento _____, por propia voluntad rechazo la vacuna contra la
influenza. A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al
no ser inmunizado/a (hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la influenza). He sido
informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas a mi cuidado y
aseguro haber sido informado/a de que 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 PERSONAS MAYORES

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"/> 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

 Usuario que Rechaza
 RUN y firma

 Funcionario de Salud
 RUN y firma

