

LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS **VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA**

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

2024



Responsables

Dra. María Soledad Martínez Gutiérrez

Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. María Paz Bertoglia Arredondo

Jefe Departamento Inmunizaciones

División de Prevención y Control de Enfermedades

Autores

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

Editor documental

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

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	4
II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	5
a) Generalidades	5
b) Recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	10
c) Situación Epidemiológica Mundial	10
d) Situación Epidemiológica en Chile	11
e) Situación actual de influenza aviar en Chile y América	14
III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2024	16
IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA	20
V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	24
VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN	28
VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN	30
a) Vigilancia de ESAVI	31
b) Vigilancia de EPRO	34
c) Vía de administración y sitio de punción	38
d) Manejo de reacciones post vacunación	42
VIII. CADENA DE FRÍO	48
IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN	52
X. COMUNICACIÓN SOCIAL	56
XI. CAPACITACIÓN	58
XII. SUPERVISIÓN	59
XIII. FISCALIZACIÓN	60
XIV. ABASTECIMIENTO	61
XV. CONTROL DE INVENTARIO	64
XVI. INFORME FINAL REGIONAL CAMPAÑA INFLUENZA	65
XVII. ANEXOS	66
ANEXO N°1. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	67
ANEXO N°2. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES	70
ANEXO N°3. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	71
ANEXO N°4. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	73
ANEXO N°5. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	74

I. ABREVIATURAS

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

II. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El objetivo del presente documento, es establecer protocolos técnicos y operativos para el desarrollo de la campaña de vacunación antiinfluenza en la población definida como objetivo para el año 2024, fortaleciendo las acciones del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

a. Generalidades

La influenza es una enfermedad respiratoria viral e infecciosa, causada por un virus de ARN de una sola cadena, de forma helicoidal, perteneciente a la familia *Orthomyxoviridae*.¹

Esta enfermedad es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias y pandemias, lo cual se traduce en un aumento de la demanda en la atención extra e intrahospitalaria, así como en el número de fallecimientos que ocasiona, especialmente en los grupos de riesgo, principalmente la población infantil, personas de 65 años y más, personas de todas las edades con patologías crónicas y embarazadas.

Los virus de la influenza cambian constantemente de dos maneras diferentes. Unas de las formas en las que se modifica este virus se denomina “variación antigénica” que son pequeñas mutaciones en los genes de los virus de influenza que pueden originar cambios en las proteínas de superficie del virus que son la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA), por lo que las vacunas se actualizan anualmente, con composiciones diferentes para cada hemisferio, debido a estas mutaciones. Otra forma de modificación del virus de influenza es la “variación antigénica mayor”, que es un cambio abrupto e importante en los virus de influenza A que puede resultar en un nuevo subtipo de este virus que infectaría las personas por primera vez. En la primavera del 2009 hubo una variación antigénica mayor, cuando apareció el virus H1N1 con genes de virus de porcinos de Norteamérica, de Eurasia, seres humanos y aves, que se propagó rápidamente y causó una pandemia. La “variación antigénica mayor” es poco frecuente.²

Existen tres tipos de virus de influenza que afectan a los humanos: A, B, C; el D afecta solo a animales.^{1,3}

- **El virus influenza tipo A** son los únicos virus que pueden causar pandemias de influenza. Tiene subtipos determinados por los antígenos de superficie hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). Existen 18 subtipos de hemaglutinina y 11 subtipos de neuraminidasa diferentes (de H1 a H18 y de N1 a N11, respectivamente). Aunque se han identificado más de 130 combinaciones de subtipos de influenza A en la naturaleza, principalmente en aves silvestres, posiblemente haya muchas más combinaciones de subtipos de influenza A dada la predisposición a la “redistribución” del virus, la que se traduce en un proceso a través del cual los virus de influenza intercambian segmentos de genes.

Los actuales subtipos de virus de influenza A que circulan habitualmente entre las personas incluyen el A(H1N1) y el A(H3N2). Los subtipos de influenza A pueden dividirse en diferentes “clados” (grupos) y “sub-clados” (subgrupos) genéticos. Un clado o grupo de influenza es otra subdivisión de los virus de influenza (además de subtipos o linajes) según la similitud de las secuencias genéticas de hemaglutinina (ver figura N°1).

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

2 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cómo puede mutar el virus de la influenza: variaciones menores y mayores [Internet]. 12 diciembre 2022. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>

3 Centers for Disease Control and Prevention. Influenza: Types of Influenza Viruses [Internet]. 30 marzo 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>

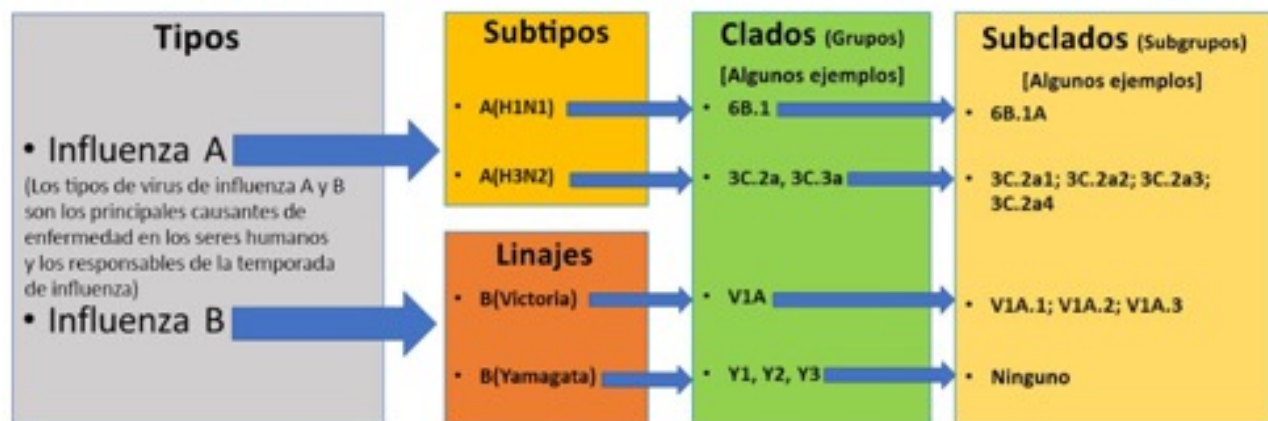
Los virus de influenza A(H1N1) que circulan actualmente están relacionados con el virus pandémico A(H1N1) 2009 y que causaron una pandemia de influenza. Estos virus, denominados científicamente “virus A(H1N1)pdm09”, han continuado circulando estacionalmente desde entonces y han sufrido cambios genéticos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

- **El virus influenza tipo B** afecta más comúnmente a los niños y no se dividen en subtipos sino que en dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria. La proporción de virus de influenza B de cada linaje que circula puede variar según la ubicación geográfica y la temporada. Los virus de influenza B por lo general cambian más lentamente respecto de sus propiedades genéticas y antigénicas que los virus de influenza A, especialmente los virus de influenza A(H3N2).

Debido a que, desde marzo de 2020, no ha circulado el linaje B/Yamagata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado a los fabricantes a la mayor brevedad que dejen de incluir este linaje en las próximas vacunas, debido a que no existe ningún beneficio al incluir esta cepa, sino que podría existir un riesgo teórico de reintroducción de la B/Yamagata en la población.⁴

- **El virus influenza tipo C** por lo general causa una enfermedad leve, o subclínica, y se cree que no causan epidemias humanas. Rara vez se informa como una causa de enfermedad humana.
- **El virus influenza tipo D** afectan principalmente al ganado , y se propagan a otros animales, y no se cree que puedan causar infecciones o enfermedades en los seres humanos.

FIGURA N°1: VIRUS DE LA INFLUENZA ESTACIONAL EN SERES HUMANOS



Fuente: Centros para el Control y Prevención de enfermedades (CDC).³

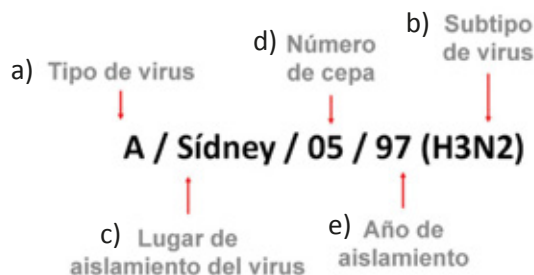
⁴ World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2024 southern hemisphere influenza season. September 2023. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/who-influenza-recommendations/vcm-southern-hemisphere-recommendation-2024/202309_recommendation.pdf?sfvrsn=2c2cbebd_8&download=true

Nomenclatura de los virus de influenza

Para la identificación de los virus de la influenza se utiliza una nomenclatura internacional, aceptada en la convención de la OMS en 1979 y publicada en febrero de 1980. Contiene los siguientes componentes²:

- a) El tipo antigénico o de virus (p. ej., A, B, C, D).
- b) El huésped de origen (p. ej., cerdos, equinos, pollos, etc.). Para los virus de origen humano, no se da ninguna designación de origen del huésped. Ejemplo:
 - En pato: virus de influenza aviar A(H1N1), A/pato/Alberta/35/76.
 - En humanos: virus de influenza estacional A(H3N2), A/Perth/16/2019.
- c) Origen geográfico (p. ej., Denver, Taiwán, etc.).
- d) Número de cepa (p. ej., 7, 15, etc.).
- e) Año de recolección (p. ej., 2009, 2021, etc.).

FIGURA N°2: NOMENCLATURA VIRUS INFLUENZA



- Para los virus de influenza A, la descripción del antígeno de hemaglutinina y neuraminidasa se proporciona entre paréntesis (p. ej., virus de influenza A(H1N1), virus de influenza A(H5N1)).
- Al virus de la pandemia de 2009 se le asignó un nombre distinto: A(H1N1)pdm09 para distinguirlo de los virus de la influenza estacional A(H1N1) que circulaban antes de la pandemia.
- Cuando los humanos se infectan con virus de la influenza que normalmente circulan en los cerdos, estos virus se denominan variantes de virus y se designan con la letra "v" (p. ej., un virus A(H3N2)v).

Características clínicas de la enfermedad:

La enfermedad de la influenza puede ser asintomática hasta una infección grave. El período de incubación de la influenza suele ser de 2 días, pero puede variar de 1 a 4 días.

Los síntomas respiratorios incluyen tos, dolor de garganta y secreción o congestión nasal. Los síntomas sistémicos generalmente corresponden a fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, malestar general y mialgia. También pueden ocurrir vómitos y diarrea, especialmente en niños/as. De evolución autolimitada, la fiebre generalmente se resuelve dentro de 3 a 4 días y otros síntomas dentro de aproximadamente 7 días. Algunas personas pueden presentar astenia persistente durante varias semanas.¹

Complicaciones:

Algunas personas pueden presentar complicaciones, las más comunes incluyen neumonía bacteriana secundaria, exacerbaciones de afecciones respiratorias subyacentes, otitis media, laringotraqueobronquitis y bronquitis. Otras complicaciones pueden incluir neumonía primaria, encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa, miocarditis, pericarditis, síndrome de Guillain-Barré y síndrome de Reye.

La mayoría de las complicaciones graves y muertes a causa de la influenza generalmente ocurren entre personas de 65 años o más. Otras personas de riesgo son aquellas con enfermedades crónicas, gestantes y niños/as, especialmente los menores de 2 años.¹

Patogenia:

Una vez generada la transmisión por vía respiratoria, el virus se une y penetra en las células epiteliales respiratorias de tráquea y bronquios, donde se produce la replicación viral, con destrucción de células. La regeneración del epitelio tarda entre 3 y 4 semanas. El virus se elimina en las secreciones respiratorias durante 5 a 10 días, con un máximo de 1 a 3 días después del inicio de la enfermedad.

Transmisión:

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

Vacunas contra influenza:

Los estudios han demostrado que la vacunación puede evitar contraer la enfermedad, reducir la gravedad de la enfermedad en personas que se han vacunado pero que aún pueden enfermarse, reducir el riesgo de hospitalización asociada a influenza, ser una herramienta de prevención importante para personas con patologías crónicas y embarazadas, reducir el riesgo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y consultas médicas por esta causa.

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

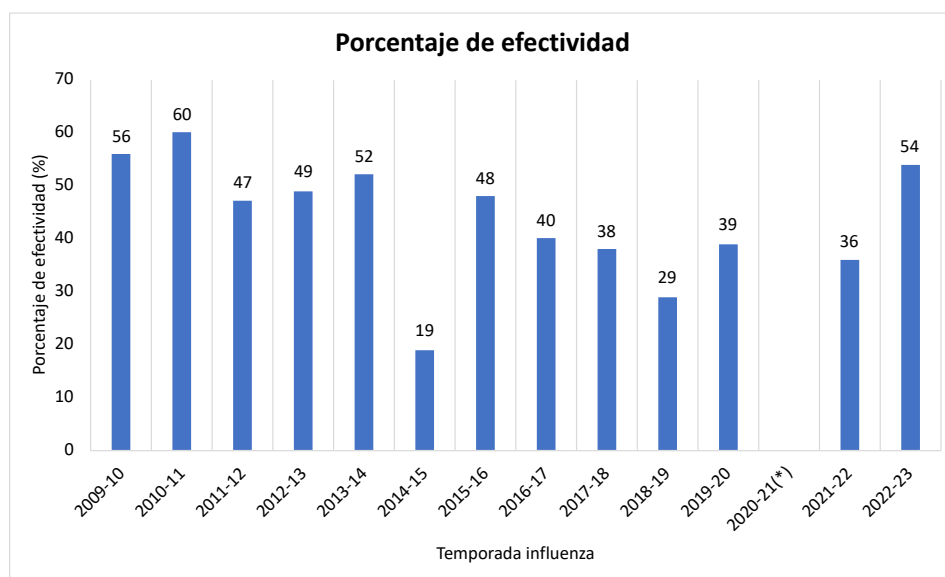
La respuesta inmunológica protege durante algunos meses, dependiendo de la cepa y de la curva de anticuerpos que produce la vacuna. La eficacia de la vacuna contra la influenza depende de muchos factores, incluida la similitud de las cepas de la vacuna con las cepas de mayor circulación, la edad, el estado de salud del usuario y el tipo de vacuna administrada.

La vacunación es eficaz para reducir el riesgo de enfermedad por influenza entre un 40% y un 60% en la población general cuando las cepas vacunales y los virus circulantes son similares. Sin embargo, la vacuna podría ser menos efectiva para prevenir enfermedades entre personas de 65 años o más.

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). Existen varias razones que podrían explicar este fenómeno, tal como que al momento de la producción de la vacuna y el momento en el que es administrada es más probable que los virus de influenza A(H3N2) hayan cambiado, de tal manera que puedan incidir en la efectividad.

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) evalúan la efectividad de la vacuna contra influenza en cada temporada trabajando con una red de hospitales e investigadores. En la figura N°3 se muestra la efectividad de la vacuna en el periodo de 2009 a 2023. Se observa una menor efectividad en los años 2014-2015, debido a que los virus de influenza A(H3N2) en circulación variaron significativamente después de la selección de cepas para las vacunas de 2014-2015, lo que contribuyó a una menor eficacia de la vacuna, correspondiente al 19% durante esa temporada. En el caso de la temporada 2020-2021 no se estimó la efectividad por una baja circulación del virus.^{1,5}

FIGURA N°3 EFECTIVIDAD DE LA VACUNA CONTRA INFLUENZA - PERÍODO 2009 - 2023.



(*) Debido a la baja circulación del virus influenza, no se ha estimado la efectividad en esta temporada

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

5 Centers for Disease Control and Prevention. Influenza: CDC Seasonal Flu Vaccine Effectiveness Studies [Internet]. Acceso el 17 octubre 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectiveness-studies.htm>

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

La OMS recomienda la vacunación anual en las siguientes poblaciones⁶:

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

La OMS convoca consultas técnicas cada año para recomendar virus para su inclusión en las vacunas contra la influenza para la temporada del Hemisferio Sur y del Hemisferio Norte. La recomendación emana en base de la asesoría de un grupo de expertos de los Centros Colaboradores y Laboratorios Reguladores Esenciales de la OMS, quienes analizan los datos entregados por el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS). Las autoridades nacionales o regionales son responsables de aprobar la composición y formulación de las vacunas utilizadas en cada país y deben considerar el uso y los beneficios relativos de las vacunas contra la influenza trivalentes o tetravalentes.⁴

La vacuna contra la influenza para el año 2024 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 dos cepas de influenza tipo A y una cepa de influenza tipo B.

La OMS recomienda que las vacunas trivalentes, a base de huevo, para uso en la temporada de influenza del año 2024 del Hemisferio Sur contengan las siguientes cepas⁴:

- Un virus similar a **A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09**;
- Un virus similar a **A/Tailandia/8/2022 (H3N2)**; y
- Un virus similar a **B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria)**.

c. Situación Epidemiológica Mundial

La OMS señala que la influenza tiene una tasa de ataque anual a nivel mundial de un 5% a 10% en adultos, y del 20% a 30% en niños, y se asocia con una carga económica considerable debido a los costos de atención médica y a los días de trabajo o educación perdidos.⁷

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa la situación epidemiológica de influenza a la Semana Epidemiológica (SE) 2 del año 2024, según datos notificados por los Ministerios de Salud y los Centros Nacionales de Influenza de los Estados Miembros a las plataformas informáticas globales de la OPS/OMS: FluNet y FluID; y de los informes/boletines semanales que los Ministerios de Salud publican en sus páginas web o comparten con la OPS/OMS⁸:

Según se observa en la figura 4, debido a la pandemia por SARS-CoV-2 durante los años 2020 y 2021, disminuyeron considerablemente los casos por influenza por el uso de mascarilla y las restricciones como las cuarentenas y los aforos en lugares cerrados. En el año 2022, se observó que en América del Norte aumentaron los casos por Influenza considerablemente en comparación con los años anteriores, siendo los subtipos de influenza A(H3N2) en su mayoría.

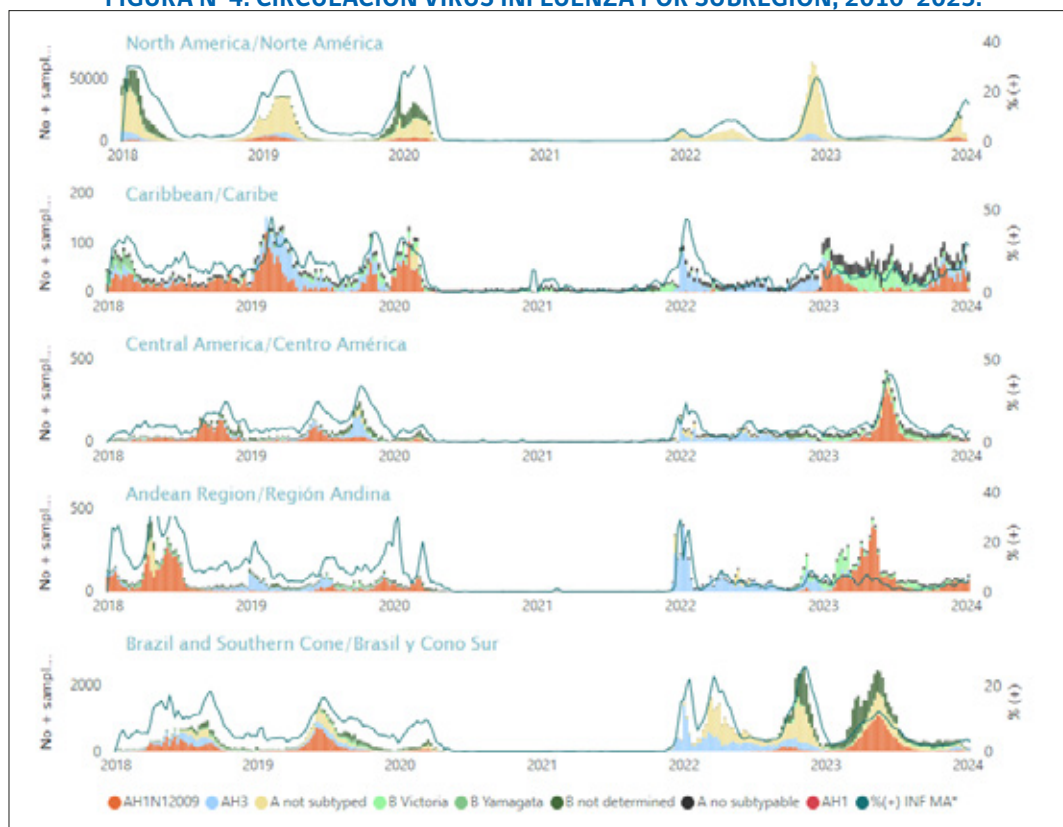
⁶ World Health Organization. Seasonal Influenza Vaccines: An overview for decision-makers. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336951/9789240010154-eng.pdf>

⁷ World Health Organization. Influenza [Internet]. (Acceso el 17 octubre 2023). Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/influenza>

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Actualización regional, Influenza y otros virus respiratorios. Semana Epidemiológica 02 del 2024 [Internet]. (Acceso el 29 enero 2024). Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Respecto a América del Sur (en específico la región determinada Brasil y cono Sur), durante el año 2023 la mayor cantidad de casos fueron a causa de la influenza tipo B y en menor medida por influenza A(H1N1)pdm09 e influenza A(H3N2). En la región andina, la influenza ha permanecido estable en niveles bajos de circulación. Los virus influenza predominantes han sido influenza A(H1N1)pdm09 seguido de influenza B/Victoria.⁷

FIGURA N°4: CIRCULACIÓN VIRUS INFLUENZA POR SUBREGIÓN, 2016-2023.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud⁸.

d. Situación Epidemiológica en Chile⁹

La tasa de notificación de vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI) en la Atención Primaria en Salud (APS) en la SE 52 de 2023 se observó sobre el umbral de alerta epidémico, con un valor de 7,5 casos notificados por cada 100.000 habitantes. Las regiones con mayor tasa de notificación fueron Magallanes, Tarapacá y Aysén.

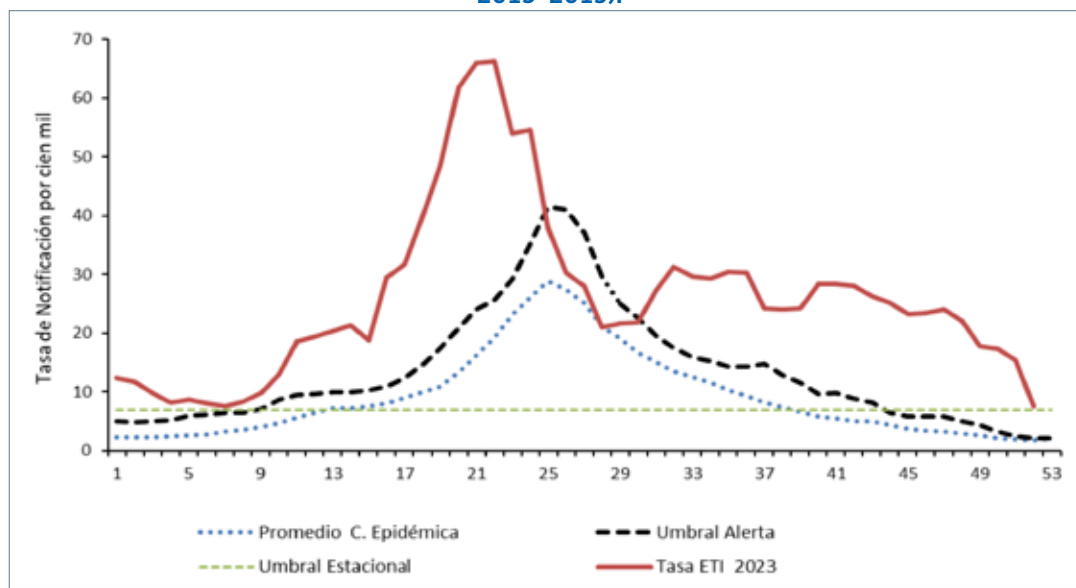
En la SE 52 la positividad global de virus respiratorios fue de 46,4% en ETI, mientras que la de influenza fue de 14,3%.

La positividad global de virus respiratorios fue del 53,6% y se presentaron casos asociados a Parainfluenza con una positividad de 25,0%, Rinovirus con 21,4%, SARS-CoV-2 con 8,6%, Influenza A con 3,6%, Influenza B con 3,6% y Metapneumovirus con 3,6%.

9 Departamento de epidemiología-Ministerio de Salud. Informe epidemiológico N°52: Vigilancia centinela ETI e IRAG de influenza y otros virus respiratorios. 03 enero 2024. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/EPIDEMIOLOGICO_N_52_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf

Se observa en la figura 5, que la tasa ETI para la SE 52 presenta un descenso en comparación a las semanas anteriores, manteniéndose a la baja, sin embargo, esta supera el umbral alerta y el promedio de la curva epidémica que comprende el periodo del 2015 al 2019, acercándose al umbral estacional.

FIGURA N°5: NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. CHILE, SE 52 DE 2023 (COMPARADO CON 2015-2019).



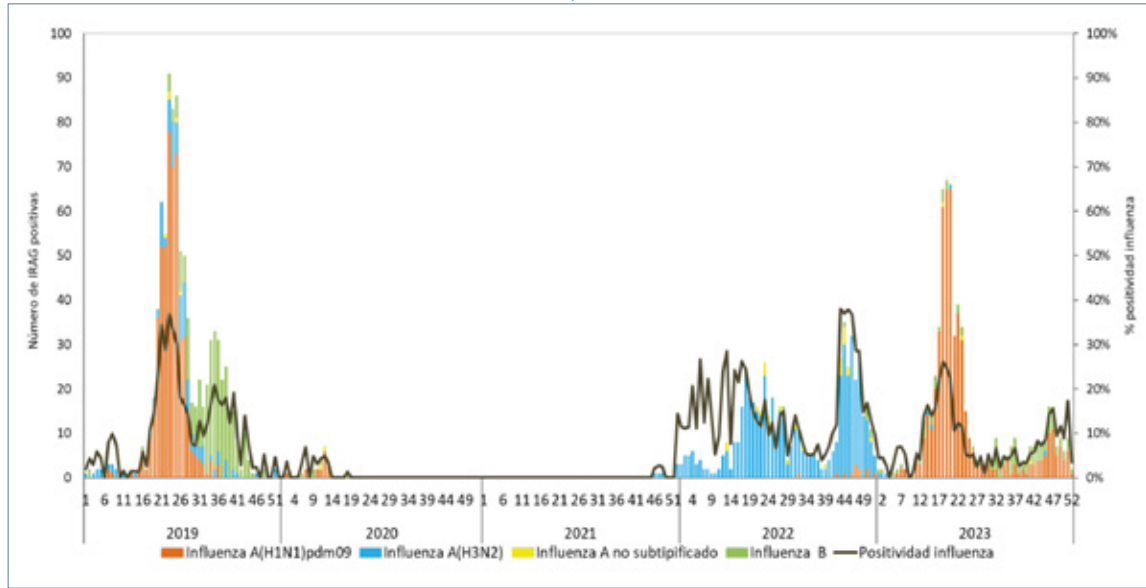
Fuente: Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.

En Chile, hasta la SE 52, se confirmaron 628 casos de influenza, principalmente Influenza A(H1N1), con 155 casos ingresados a cama crítica y 41 fallecidos. Los casos se han presentado principalmente en la región de Los Lagos, seguidos por la región Metropolitana, Biobío y Tarapacá.

Durante el 2023, los casos de influenza en su mayoría han sido por el virus tipo A(H1N1) e influenza B, similar al 2019, sin embargo, a la fecha prevalecen los casos por influenza A(H1N1) y en menor grado que la por tipo B (ver figura N°6).

Hasta la SE 52 del 2023 se han registrado un total acumulado de 11.646 IRAG en los centinelas del país. Del total de estos casos, un 93% posee una muestra para análisis virológico con una positividad global acumulada del 92% para virus respiratorios. En la misma semana se han registrados casos IRAG asociados a todos los virus respiratorios en vigilancia (ver figura N°6).

Hasta la SE 52 del año en curso se observa que los grupos etarios predominantes de casos IRAG son los mayores de 60 años, que corresponden al 34% del acumulado del año cada uno, seguido por los menores de 2 años (28%) y por último los menores de 5 a 19 años con un 13%. En la SE 52 los casos IRAG se presentaron principalmente en los grupos etarios de mayores de 60 años (55%), seguidos por los menores de 2 años (22%) y 5 a 19 años (8%).

FIGURA N°6: CASOS DE IRAG ASOCIADOS A INFLUENZA Y SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN HOSPITALES CENTINELAS IRAG. CHILE, AÑOS 2019-2023 (SE 52).

Fuente: Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.

Respecto a los indicadores de gravedad de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) (ver tabla N°1), la letalidad asociada a influenza fue de un 7% del total de los ingresos hospitalarios y casos en UCI de 25%. Los mayores casos de gravedad se presentaron en el grupo de personas mayores de 60 años con un 45% y con una menor cantidad de casos de gravedad en el grupo de 2 a menores de 5 años con un 5%.

TABLA N°1: INDICADORES DE GRAVEDAD INTRAHOSPITALARIA DE CASOS DE LA VIGILANCIA CENTINELA IRAG SEGÚN AGENTES VIRALES INVOLUCRADOS. CHILE, SE 52, 2023.

2023(SE 1-40)	INFLUENZA				OTROS AGENTES VIRALES		% Influenza	% SARS-CoV-2
	IA (H1N1) pdm09	IA H3N2	IB	IA sin subtipificación	VRS	SARS-Cov-2		
IRAG	513	7	103	5	1.639	612	-	-
IRAG en UCI	155				503	142	25%	23%
Letalidad	41				17	57	7%	9%
> 60 años	284				117	349	45%	57%
40-59 años	103				26	60	16%	10%
20-39 años	55				12	30	9%	5%
5-19 años	89				104	42	14%	7%
2-<5 años	31				280	29	5%	5%
0-<2 años	66				1.100	102	11%	17%

Fuente: Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.

e. Situación de influenza aviar en Chile y la región de las Américas¹⁰

La influenza aviar es una enfermedad infecciosa que principalmente afecta a las aves y que es causada por un virus de la familia *Orthomyxoviridae*, que, según su subtipo, puede clasificarse como baja patogenicidad o altamente patógena.

- El virus de la influenza aviar de baja patogenicidad puede causar una enfermedad leve, que puede pasar desapercibida o sin la presencia de síntomas.
- El virus de la influenza aviar altamente patógeno (IAAP), principalmente por los subtipos (H5 y H7) del tipo A, causa una enfermedad grave en las aves que puede propagarse rápidamente, produciendo altas tasas de mortalidad en diferentes especies de aves.

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

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la IAAP continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en aves silvestres y mamíferos, principalmente en las Regiones de Europa y América. En el periodo epidémico actual, el subtipo A(H5N1) es el predominante y ha provocado una tasa alarmante de aves silvestres muertas y un número creciente de casos en mamíferos, tanto terrestres (incluyendo animales de compañía), como acuáticos, causando morbilidad y mortalidad. Si bien afectan en gran medida a los animales, estos brotes plantean riesgos continuos para la salud pública.¹¹

Cuando existe circulación de virus de la influenza aviar entre las aves de corral, existe el riesgo de aparición esporádica de casos humanos debido a la exposición a aves de corral infectadas o ambientes contaminados. Desde 2020, una variante del virus de influenza aviar A(H5N1) perteneciente al clado H5 2.3.4.4b ha causado un número importante de muertes en aves silvestres y aves de corral en diversos países de África, Asia y Europa. En 2021, el virus se propagó a América del Norte y, en 2022, a América Central y del Sur. En 2023, varios países reportaron brotes, principalmente en las Américas. Se han reportado varios eventos de muerte masiva en aves silvestres causados por virus de la cepa A(H5N1) clado 2.3.4.4b.

De acuerdo con el patrón estacional histórico de la IAAP, la propagación es más baja en septiembre, comienza a aumentar en octubre y alcanza su punto máximo en febrero.¹⁰

Desde 2003 hasta el 14 de julio de 2023, se notificaron un total de 878 casos humanos de infección por influenza A(H5N1) y 458 defunciones (tasa de letalidad 52%) en todo el mundo en 23 países.

Hasta la SE 31 de 2023, las autoridades de agricultura de Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela han detectado brotes de IAAP A(H5N1) en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres, y en mamíferos. A la fecha, y desde la introducción de influenza aviar A(H5N1) en las Américas en 2014, se han registrado tres infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1), la primera en los Estados Unidos de América, notificada el 29 de abril de 2022, la segunda en Ecuador, la cual fue notificada el 9 de enero de 2023 y la tercera en Chile, notificada el 29 de marzo de 2023.¹²

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Influenza Aviar (Acceso 18 octubre 2023). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-aviar>

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Brotes de Influenza Aviar causados por Influenza A(H5N1) en la Región de las Américas - 09 agosto 2023. (Acceso 18 octubre) 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-causados-por-influenza-ah5n1-0>

Este caso correspondió a una persona de sexo masculino de 53 años, residente en la zona costera de la región de Antofagasta, ubicada en el norte de Chile.

Es muy importante que las personas que puedan estar expuestas a aves enfermas se vacunen contra la influenza estacional. La vacunación contra la influenza estacional no previene la infección por los virus de la influenza aviar, pero puede reducir el riesgo de infección por los virus de la influenza humana y aviar al mismo tiempo¹². Por esta razón, son parte de los grupos objetivos a vacunar en nuestro país, los trabajadores de avícolas y criaderos de cerdos.

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

III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2024

Objetivos

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

Población objetivo

Considerando las recomendaciones de la OMS, y con 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:

- a) Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director del centro asistencial o a quien éste 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 usuarios/as; 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.
- b) Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director médico del centro clínico o a quien éste 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 usuarios/as, en servicios de apoyo clínico, laboratorios, bancos de sangre, radiología y alimentación.
- c) Todos los trabajadores independientes, que desempeñen labores de atención directa o cercana (dentro de 1 metro de distancia) con usuarios/as, en consultas médicas o dentales, ambulatorias y particulares.

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

2. Personas de 60 y más años.

3. Personas con patologías crónicas, entre los 11 y 59 años, portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:

- Enfermedad pulmonar crónica (asma bronquial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC], fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier causa).
- Enfermedad neurológica (neuromusculares congénitas o adquiridas, que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias, epilepsia refractaria a tratamiento).
- Enfermedad renal crónica (insuficiencia renal en etapa 4 o mayor, diálisis).
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, hepatitis crónica, hepatopatías).

- Enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, enfermedades congénitas del metabolismo).
- Cardiopatías (congénitas, reumática, isquémica y miocardiopatías de cualquier causa).
- Hipertensos en tratamiento farmacológico.
- Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos y en adolescentes IMC $> +2$ DE).
- Enfermedades mentales graves (Esquizofrenia, Trastorno bipolar).
- Enfermedad autoinmune (lupus, esclerodermia, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, y otras).*
- Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.*
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas.*

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

- 4. Gestantes, en cualquier etapa del embarazo.**
- 5. Niños y niñas desde los 6 meses y hasta 5º año básico** (independiente de la edad).
- 6. Estrategia capullo para familiares de lactantes prematuros de <37 semanas de gestación.**
- 7. Estrategia capullo para familiares de lactantes inmunosuprimidos** menores de 6 meses de edad.**
- 8. Docentes y asistentes de la educación preescolar y escolar hasta 8º año de enseñanza básica.**
- 9. Cuidadores/as de adultos mayores y funcionarios de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).**
- 10. Trabajadores/as de avícolas y de criaderos de cerdo.**

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

**** Personas inmunosuprimidas:** se define como persona inmunosuprimida a las siguientes poblaciones:

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

(*) A continuación se señalan las terapias biológicas:

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

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

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

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

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

Para el año 2024 se ha definido la población a vacunar dentro del grupo de “Otras Prioridades”:

- Residentes y funcionarios de establecimientos SENAME, Servicio Mejor Niñez, establecimientos psiquiátricos, entre otros, y personal de apoyo que desempeñe funciones en estos establecimientos.
- Cuidadores y contactos intradomiciliarios de personas con dependencia severa.
- 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, trabajadores portuarios, personal en filiales Empresa de ferrocarriles del Estado (EFE) y Metro.
- Personas que desarrollan funciones en SENAPRED, CONAF y Bomberos.
- Funcionarios públicos (Ministerios, Intendencias, Gobernaciones, Contraloría General de la República, Banco Central, Fuerzas Armadas y las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, Gobiernos Regionales, Municipalidades, Contraloría General de la República, Banco Central).
- Funcionarios de Corporaciones Municipales.
- Personal que trabaja en el CENSO año 2024.
- Fuerzas armadas y de orden (Ejército de Chile, Fuerza Aérea de Chile, Armada de Chile, Carabineros, PDI) y Subsecretaría de Defensa, Subsecretaría para las Fuerzas Armadas y Estado Mayor Conjunto.
- Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas, Fuerza de Orden y Seguridad Pública (Ejército-Armada-Fuerza Aérea-Carabineros y PDI).
- Personal de laboratorios que realizan detección de virus influenza.
- Personal que desarrolla atención directa al público en farmacias comunitarias (comunales y privadas).
- Poblaciones definidas por las autoridades del Ministerio de Salud, según riesgo epidemiológico.

Cálculo de la población objetivo

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

Las poblaciones de enfermos crónicos desde los 11 a los 59 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 2023.

Para el cálculo de la población de gestantes se utilizó el método descrito en la “Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe”¹³ (pág. 41-42) que utiliza el número de nacidos vivos, descartando los partos múltiples, para estimar el número de gestantes.

Para calcular el número de nacidos vivos de partos únicos esperados para el año 2024, se considera el comportamiento demográfico decreciente de los nacimientos en el país. Se construye una serie de tiempo de 1992 al 2023 y se proyecta al 2024 utilizando un modelo autoregresivo (SARIMA), este valor es dividido por 12, lo que permite aproximarse al número de embarazos incidentes mensuales, realizando ajustes debido a que las gestantes no conocen su estado de embarazo en el primer mes y a la duración de la campaña, es decir, la población objetivo depende de la duración de la campaña y del trimestre de embarazo desde el cual se indica la vacuna.

La población objetivo Campaña Influenza 2024 se enviará a través de un Ordinario.

Meta

Para el año 2024, 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 13 de marzo al 15 de mayo del año 2024 y/o hasta que se cumpla la meta de vacunación del 85% a nivel nacional.

El lanzamiento comunicacional nacional se debe realizar con actividades de promoción a través de los distintos medios de comunicación, considerando las coordinaciones con el equipo de comunicaciones de cada institución.

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34149>

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA DISPONIBLE TEMPORADA 2024 (folleto de información al profesional)

Durante la campaña de vacunación anti influenza 2024 estará disponible la vacuna del laboratorio Abbott “Influvac®”¹⁴.

En la tabla N°2 se indica la cantidad de vacunas adquiridas:

TABLA N°2: COMPRA DE VACUNA INFLUENZA 2024 – LABORATORIO ABBOTT®				
VACUNA	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	ENVASE SECUNDARIO
Influvac® 2024	7.700.000	Laboratorio Abbott	Jeringa prellenada de 0,5 mL	 10 jeringas prellenadas

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones, 2024

Esta vacuna cumple con la recomendación de la OMS para la formulación de la vacuna en el hemisferio sur temporada 2024.

En la tabla N°3 se presentan las características generales de esta vacuna:

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

A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09 cepa que deriva de (A/Victoria/4897/2022, IVR-238)	15 mcg HA**
A/Thailand/8/2022 (H3N2) cepa que deriva de (A/Thailand/8/2022, IVR-237)	15 mcg HA**
B/Austria/1359417/2021 cepa que deriva de (B/Austria/1359417/2021, BVR-26)	15 mcg HA**

* Propagados en huevos fertilizados de gallinas sanas.

** Hemaglutinina.

Excipientes

Cloruro de potasio, fosfato de potasio dihidrogenado, fosfato disódico dihidrato, cloruro de sodio, cloruro de calcio dihidrato, cloruro de magnesio hexahidratado 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 con aguja, de vacuna anti influenza 2024.

Apariencia

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

Posología

- Adultos: 0,5 mL
- Población pediátrica:
 - » Niños de menos de 6 meses: La seguridad y eficacia de la vacuna en niños menores de 6 meses no ha sido establecida. No existen datos disponibles
 - » Niños desde 6 meses a 35 meses: 0,5 mL.(*)
 - » Niños de 36 meses y mayores: 0,5 mL.

(*) Nota: En los niños de 6 a 35 meses se pueden utilizar dosis de 0,25mL o 0,5 mL. La dosis administrada debe estar de acuerdo con las recomendaciones nacionales vigentes, esto es, dosis de 0,5 mL para el año 2024, en este grupo de edad.

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

Contraindicaciones

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

Precauciones especiales

- Al igual que con todas las vacunas inyectables, debe estar disponible un tratamiento y supervisión médica apropiada en caso de reacciones anafilácticas luego de la administración de la vacuna.
- Influvac® 2024 no debe ser administrada vía intravascular bajo ninguna circunstancia.
- Como con otras vacunas administradas intramuscularmente, Influvac® 2024 debe ser administrada con precaución en personas con trombocitopenia o con cualquier trastorno de la coagulación.
- Las reacciones relacionadas con la ansiedad, incluyendo reacciones vasovagales (síncope), hiperventilación o reacciones relacionadas con el estrés pueden producirse después, o incluso antes, de cualquier vacunación como respuesta psicogénica a la inyección con aguja. Esto puede ir acompañado de varios signos neurológicos como trastornos visuales transitorios, parestesias y movimientos tónico-clónicos durante la recuperación.
- Pacientes con inmunosupresión congénita o iatrogénica pueden presentar una respuesta inmunológica disminuida.

Embarazo y Lactancia

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

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

Lactancia: Se puede utilizar durante la lactancia.

Reacciones adversas

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

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

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

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

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

Almacenamiento

- Influvac® 2024 debe ser almacenada a temperatura desde +2°C hasta +8°C.
- No congelar.
- Conservar en su envase original para proteger de la luz.

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

FIGURA N°7: MEDIDAS DEL ENVASE SECUNDARIO VACUNA INFLUVAC® TEMPORADA 2024



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
Nivel central	- Asesorar a autoridades del Ministerio de Salud (MINSAL) en temas técnicos operativos relacionados con el Programa Nacional de Inmunizaciones. - Definir los objetivos sanitarios, procedimientos administrativos, estándares técnicos, lineamientos operativos y la cobertura a alcanzar. - Definir estándares de calidad en el marco del Sistema de Gestión de calidad (SGC) y Norma ISO 9001-2015 desde la planificación de compras, distribución, recepción y control de stock de vacunas en Depósitos de Vacunas e Inmunoglobulinas (DVI). - Realizar monitoreo del stock de vacunas. - Proveer las vacunas, los insumos y la logística de distribución desde el nivel central hasta el nivel intermedio (regional y provincial). - Supervisar que el laboratorio y operador logístico den cumplimiento a los aspectos técnicos y administrativos para la conservación de la cadena de frío hasta la llegada de las vacunas a los distintos DVI regionales o provinciales, asimismo puede supervisar el cumplimiento de la Norma Técnica N°208/2019 <i>"Para el almacenamiento y transporte de medicamentos refrigerador y congelados"</i>. - Realizar las coordinaciones intra y extra institucionales necesarias para satisfacer los requerimientos de la planificación y la ejecución de la intervención. - Oficiar a las Secretaría Regional Ministerial (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), que se presenten y que sean de carácter grave y/o causen alarma pública, de acuerdo con lo instruido en la <i>"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"</i>¹⁴. - Vigilar de manera continua los Errores Programáticos (EPRO), a través de los procesos de notificación, seguimiento, evaluación y cierre de casos, entregando orientaciones técnicas basadas en la evidencia científica disponible y resguardando la seguridad y protección de la población. - 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 correctamente la ejecución de la campaña (avance de cobertura, disponibilidad de vacunas, ESAVI y EPRO). - Entregar reportes con el avance de cobertura alcanzada. Se entenderá por reporte al informe estadístico de las vacunas administradas e informadas en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI). - Monitorizar y retroalimentar respecto a la calidad del registro en RNI en la red pública y privada. - Capacitar a las/los referentes Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) de Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud y Servicios de Salud en materias técnicas de la campaña de vacunación y RNI. - Delegar las tareas inherentes a sus responsabilidades en personal idóneo.

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

NIVEL	ACTIVIDADES
SEREMI de Salud	- Coordinar e implementar el Plan de Vacunación Campaña Influenza Regional, según lo solicitado. - 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. - Liderar la coordinación con las jefaturas de la red de establecimientos privados para asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por MINSAL. - Instruir las medidas de capacitación, supervisión, fiscalización y reforzamiento del nivel ejecutor que sean necesarias para asegurar que la intervención sea conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL. - Capacitar a los equipos pertenecientes a la red de vacunatorios privados en convenio con las SEREMI de Salud en materias técnicas de la campaña de vacunación y RNI, a modo de mantener los plazos definidos para dicho registro (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. - Informar periódicamente a los establecimientos de salud el número de vacunados/as y las brechas para el cumplimiento de las coberturas comprometidas en los plazos acordados. - Vigilar el cumplimiento de la cadena de frío durante los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de vacunas. - Quienes realicen entrega de vacunas en el DVI, deben velar por el correcto acondicionamiento de los Contenedores Isotérmicos Pasivos (CIP) y el registro completo del <i>"Formulario pedido entrega de productos biológicos PNI"</i>. - Cumplir con los procedimientos de recepción y control de stock en el Depósito de Vacunas e Inmunoglobulinas (DVI), según lo establecido por el Sistema de Gestión de Calidad (SGC). - En caso de realizar distribución de vacunas desde el DVI a establecimientos de salud, se debe contar con CIP calificados, correctamente preparados, equipados con termógrafos calibrados y además contar con vehículos acondicionados que protejan los CIP de la intemperie y de fuentes de calor directa, registrando la temperatura al salir del DVI y al llegar al establecimiento de destino, notificando cualquier excursión de temperatura según protocolo establecido. - Cautelar que exista una logística de distribución y/o entrega de vacunas e insumos que asegurando el abastecimiento oportuno de los establecimientos ejecutores. - Mantener al día el sistema de inventario online de cada DVI, registrando la recepción, distribución, monitoreo y cuadratura de las vacunas e insumos destinados a la intervención.

NIVEL	ACTIVIDADES
SEREMI de Salud	• Vigilar el cumplimiento de las coberturas de vacunación en la región bajo su jurisdicción y apoyar a las autoridades del nivel ejecutor en la investigación de causas y la implementación de estrategias correctivas, cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida. • Asegurar que los vacunatorios privados que participan en la estrategia cuenten con convenios vigentes y fiscalizar el cumplimiento de los mismos. • Reportar al nivel central la notificación, evaluación e investigación de los EPRO de su región de acuerdo con lo instruido en la <i>"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"</i>.¹³ • Reportar información y/o realizar investigación de ESAVI al nivel central de acuerdo con lo solicitado por el Departamento de Inmunizaciones o Subdepartamento de Farmacovigilancia en Vacunas (SDFV) de acuerdo a lo instruido en la <i>"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"</i>.¹³ • Implementar en conjunto al Servicio de Salud estrategias comunicacionales regionales durante el desarrollo de la campaña, según los lineamientos dispuestos por el MINSAL.
NIVEL	ACTIVIDADES
Servicios de Salud	• Adherir a los lineamientos y a los contenidos de la campaña comunicacional dispuesta por MINSAL para promover la demanda y aceptación de la vacunación influenza 2024 por parte de la población objetivo. • 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. • Impulsar la capacitación de todos los miembros de los equipos de salud en las materias técnicas básicas relacionadas con la campaña de vacunación contra la Influenza, y promover su compromiso con los objetivos sanitarios de los programas de vacunación a través de la educación. • Capacitar a los equipos pertenecientes a la red de vacunatorios públicos en materias técnicas de la campaña de vacunación, RNI y cadena de frío. • Solicitar las microplanificaciones de cada establecimiento de salud (esta actividad solo corresponde a los establecimientos públicos de la red asistencial) (ver anexo N°1) • Supervisar las coberturas de vacunación en los establecimientos asistenciales bajo su jurisdicción e instruir medidas cuando se encuentren bajas. • Supervisar que las actividades extramurales, cumpliendo con los estándares técnicos de calidad y seguridad. • Implementar medidas de monitoreo e inventario de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. • Monitorear e investigar los ESAVI de la campaña Influenza 2024. • Monitorear los EPRO y supervisar que los planes de acción sean ejecutados. • Monitorear que el registro en el RNI se realice en los plazos definidos (hasta 24 horas desde la vacunación).

NIVEL	ACTIVIDADES
Nivel ejecutor	- El director del establecimiento de salud es quien debe asegurar que la intervención sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos según lo dispuesto en el Decreto Vacunación Obligatoria. - Conformar equipos de trabajo con personal capacitado para planificar, coordinar y ejecutar el proceso de vacunación, según gestión de la cadena de frío y registros, cautelando el uso adecuado de equipos de refrigeración, CIP y vehículos de transporte. - Cumplir con la "Norma General Técnica sobre Procedimientos Operativos Estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del PNI" (POE)¹⁵ para asegurar la calidad en la ejecución y administración de esta vacuna. 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. - Capacitar en el uso de RNI u otro sistema acreditado para interoperar, con énfasis en la importancia de la calidad del dato y la oportunidad del registro, es decir, cumplir con los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas posterior a la vacunación). Al momento de ingresar los datos al RNI estos deben ser verificados y actualizados si corresponde. Si no se dispone del sistema RNI en el momento de la vacunación, se debe utilizar planilla manual. - Coordinar el correcto retiro o recepción de vacunas con su respectivo DVI, según normativa. - Monitorear el cumplimiento de la normativa vigente respecto a la administración y manipulación de las vacunas. - Mantener el monitoreo continuo de temperaturas durante la recepción, almacenamiento o desarrollo de actividades intra y extramurales y notificar las excursiones de forma oportuna. - Identificar población cautiva, pendiente por vacunar o rechazos (ver anexo N°5), ejecutando acciones efectivas de vacunación. - Detectar los ESAVI y EPRO que se presenten durante el desarrollo de la actividad, realizar investigación y seguimiento de los casos de acuerdo con lo instruido en la "Guía de vacunación segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"¹³ y notificar en formularios correspondientes, disponibles en banner "Descarga de formularios" del sitio web https://vacunas.minsal.cl. - Mantener el monitoreo del stock de vacunas e insumos actualizados de forma diaria, con balance y cuadratura de las vacunas, los insumos y demás recursos públicos destinados a la intervención. - Monitorear el cumplimiento de las coberturas e informar oportunamente a su jefatura cuando estas se encuentren bajo lo meta esperada.

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

VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Las estrategias de vacunación se realizan de acuerdo a la evidencia epidemiológica y a las recomendaciones entregadas por la autoridad.

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

Vacunación a grupos cautivos (extramural): Esta fase, idealmente, debe comenzar en las primeras cuatro semanas de la campaña, considerando los preescolares en diferentes niveles educativos como salas cunas, jardines infantiles y escolares hasta 5° básico, a las personas institucionalizadas en establecimientos de larga estadía de adultos mayores (ELEAM) o establecimientos psiquiátricos, agrupaciones de adulto mayor, SENAME, Mejor Niñez, entre otros. De acuerdo a la normativa “*Procedimientos Operativos Estandarizados*” (POE)¹⁴, se coordinará previamente la vacunación con las autoridades de cada centro y se informará a través de estos la fecha de vacunación, características de la vacuna, contraindicaciones, entre otros aspectos relevantes.

Vacunación extramural de población en tránsito y sitios de alto flujo de personas: Esta modalidad se podrá realizar de forma simultánea a la vacunación de grupos cautivos. Los puntos de vacunación se deberán establecer en áreas donde se identifiquen un mayor flujo de personas en tránsito según población objetivo. Se deben programar según días y horarios más apropiados, acompañando con actividades de promoción y difusión para facilitar la captura de esta población.

Vacunación en establecimientos de salud (intramural): Esta actividad se debe realizar durante todo el período de la campaña, a cargo de los vacunatorios públicos y privados en convenio con la SEREMI de Salud. Dentro de los establecimientos de salud 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.

Vacunación en domicilio: Podrá efectuarse una vez que se haya concluido el trabajo en grupos cautivos o bien simultáneamente de acuerdo con el dinamismo de la situación sanitaria, dependiendo de la organización local. 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, es recomendable difundir esta actividad con anticipación a la comunidad en medios locales sobre los horarios y días en que estarán los equipos vacunadores.

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 años anteriores:

Se recomienda utilizar estrategias y buenas prácticas utilizadas en otras campañas de vacunación con el objetivo de llevar a cabo una mejor ejecución de esta estrategia para en el año en curso, mencionando algunas como:

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

VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN

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

TABLA N°4: PROCEDIMIENTO PARA UNA VACUNACIÓN SEGURA

Confirmar la identidad de la/el usuaria/o a vacunar	Se realizará mediante verificación del carnet de identidad, carnet de control u otro medio verificador confiable
Leer atentamente el folleto de la vacuna	Mantener atención a las contraindicaciones de cada vacuna.
Verificar contraindicaciones	Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna.
Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna	Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes. Revisar apariencia y notificar cambio en apariencia o cuerpo extraño.
Conservar la cadena de frío	En caso de pérdida de cadena de frío, se debe notificar según normativa vigente.
Informar al usuario acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación	Entregar información en base a lo que indica el folleto.
Chequear los correctos	• Persona correcta • Edad correcta • Vacuna correcta • Dosis correcta • Vía y sitio de administración correcto • Registro correcto • Verificar cadena de frío
Administrar la vacuna según lo establecido en norma técnica vigente	Revisar la “Norma General Técnica sobre Procedimientos Operativos Estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del PNI” (POE) ¹⁴ .
Registrar vacunación	Registrar correcta y oportunamente los datos de la inmunización en sistema RNI u otro acreditado para interoperar, en módulo y criterio correspondiente.
Observar al paciente por 30 minutos después de la vacunación	Entregar la atención oportuna en caso de posibles eventos adversos post-vacunación.
Notificar eventos adversos y errores programáticos	La notificación de ESAVI se puede realizar por alguna de las dos vías disponibles: –Plataforma Sistema de Vigilancia Integrada (SVI) a la cual puede acceder a través del siguiente link: https://svi.ispch.gob.cl/. – Vía correo a través del formulario de notificación ESAVI, disponible en https://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/vacunas/como-notificar-esavi/, el que debe ser enviado mediante correo electrónico a: esavi@ispch.cl. La notificación de un EPRO debe realizarse mediante el sistema oficial vigente, en caso contrario, se debe completar formulario EPRO y enviar por correo electrónico a SEREMI y/o Servicio de Salud.
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación	Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, según Decreto Supremo N° 6 del Ministerio de Salud, año 2009 “Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención en Salud (REAS)”. No re-capsular. Dar uso correcto a los contenedores de residuos especiales, respetando el nivel de llenado y rotulación correcta.

Fuente: Elaboración Propia, PNI-MINSAL 2023

a. VIGILANCIA DE ESAVI

Los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) corresponden a las manifestaciones que se presentan posteriores a la administración de vacunas. Para su vigilancia se han establecido los lineamientos correspondientes y se debe dar cumplimiento a la Guía de Vacunación Segura¹⁶ en lo referido a notificación, evaluación, investigación y seguimiento de estos eventos, para así garantizar la seguridad de las vacunas con una estrecha monitorización, lo que permite mantener la confianza en las vacunas y una correcta aceptación de las campañas de vacunación y obtener el máximo beneficio para toda la población.

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

Clasificación de un ESAVI:

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

Notificación ESAVI

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

- Se debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la “Guía de Vacunación Segura”¹⁶ en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de ESAVI, en todos los niveles, antes de iniciar cualquier estrategia de vacunación.
- La notificación de un ESAVI se debe realizar por medio de alguna de las 2 vías disponibles para ello:
 - Plataforma SVI a la cual puede acceder a través del siguiente link; <https://svi.ispch.gob.cl/>.
 - Vía correo a través del formulario de notificación ESAVI, disponible en <https://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/vacunas/como-notificar-esavi/>, el que debe ser enviado mediante correo electrónico a: esavi@ispch.cl.
- Es importante que al realizar la notificación se completen todos los campos requeridos, ya que esto incide directamente en la evaluación inicial de la notificación.
- El centro asistencial notificador debe cautelar que las notificaciones cumplan con los plazos establecidos, según la seriedad del ESAVI y de acuerdo con la reglamentación vigente en la cual se señala que se deben reportar todos los casos serios dentro de las 72 horas siguientes a la toma de conocimiento del hecho. Los casos no serios también deben notificarse, dentro de un plazo de 30 días. Se sugiere que la notificación se realice lo antes posible.

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

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

Recomendaciones ante la presencia de ESAVI no serios

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

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

A continuación, se describen los eventos adversos esperables de la vacuna que se utilizará en la campaña influenza 2024:

TABLA N°5: EVENTOS ADVERSOS ESPERABLES CON LA VACUNA CONTRA INFLUENZA TRIVALENTE INFLUVAC® 2024

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

*Frecuencia de aparición: Común $\geq 1/100$ a $< 1/10$

Estas reacciones generalmente desaparecen dentro de 1-2 días sin tratamiento, según el fabricante

Recomendaciones ante la presencia de ESAVI serios

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

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

Evaluación de Causalidad de ESAVI Serios

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

b. VIGILANCIA DE EPRO

EPRO: Corresponden a acciones o procedimientos que no cumplen con las normativas establecidas y que pueden generar potencialmente eventos adversos leves, graves y/o fatales. Estos son ocasionados por error humano en cualquier punto del proceso desde la recepción, almacenamiento, conservación, distribución, manipulación, preparación o administración.

Es muy importante su notificación oportuna y tomar las medidas correctivas necesarias a fin de minimizar la probabilidad de nuevas ocurrencias.

Acciones frente a un EPRO:

Nivel local:

- Informar a la jefatura del establecimiento una vez detectado el EPRO.
- Realizar la notificación, completando todos los ítems solicitados en el formulario de EPRO y complementar con los antecedentes relevantes del evento ocurrido.
- Entregar información al usuario o sus acompañantes de forma oportuna y veraz, para disminuir la incertidumbre. Esta debe ser individual, inclusive en los casos de EPRO masivos.
- Entregar instrucciones claras de los posibles síntomas y signos que pudiera presentar (referirse al folleto de la vacuna).
- Informar al usuario respecto de la validez de su dosis EPRO o si se requiere revacunar.
- Informar al usuario o sus acompañantes, que deben acudir al centro asistencial más cercano en caso de que se presente alguna manifestación clínica durante el período indicado (aclarar sobre aquellas manifestaciones que tienen relación con la vacuna).
- Indicar seguimiento de todos los EPRO ya sea presencial, telefónico o visita domiciliaria.
- Cumplir con la primera evaluación médica dentro de las 24 horas después de ocurrido el EPRO.
- Posterior a la evaluación médica si no se encuentran hallazgos, el seguimiento lo puede continuar un profesional de enfermería.
- Realizar seguimiento al usuario por 15 días, este puede prolongarse por 30 días, si el caso lo requiere.
- Emitir informe de seguimiento y cierre de caso de EPRO, al finalizar el proceso.
- Si el usuario presenta manifestaciones locales y/o sistémicas posterior a la vacunación, notificar como ESAVI.
- Elaborar un plan de mejora, con detalle y planificación de todas las actividades, que permitirán mitigar la ocurrencia de nuevos EPRO por la misma causa, adjuntando medios verificables de todas las actividades propuestas. Este documento, debe ser enviado a SEREMI y Servicio de Salud (SS).

Nivel intermedio:

- Las/los referentes regionales y/o provinciales del PNI de la SEREMI de Salud y su contraparte en el SS, deben reforzar el cumplimiento de lo indicado en la "Guía de Vacunación Segura"¹⁶ en cuanto a los procesos de Notificación, Seguimiento, Evaluación e Investigación de EPRO y cierre de casos.
- A través de un trabajo coordinado deben entregar a los niveles ejecutores las orientaciones respecto a las acciones a realizar ante la ocurrencia del EPRO.
- Verificar el registro de las vacunas involucradas en el EPRO en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).
- Mantener información consolidada de las notificaciones y verificar el seguimiento y cierre de cada caso.
- Solicitar y revisar los planes de mejora, elaborados por el Nivel Local.

Nivel central:

- Proporcionar el marco regulatorio para la ejecución del PNI, en ámbito relacionado con la Vacunación Segura.
- Elaborar lineamientos técnicos operativos de las estrategias de vacunación, documento que contiene información respecto del proceder ante la ocurrencia de los EPRO.
- Recibir las notificaciones de EPRO, seguimientos y cierres de caso desde las SEREMI y mantener base de datos actualizada.
- Solicitar a Nivel Intermedio, en el caso de EPRO controversial o masivo, la realización por parte del Nivel Local del Informe de Investigación.
- Recibir solicitudes desde las SEREMI para resolver casos, evaluar antecedentes y entregar directrices.
- Elaborar informes de casos solicitados por la autoridad ministerial.
- Elaborar, actualizar y difundir informes periódicos de EPRO.
- Realizar capacitaciones en materia de EPRO a los referentes de las SEREMI de Salud y otras instancias intra o extrainstitucionales.

Prevención de EPRO

- La relevancia de los EPRO radica en que son prevenibles en su totalidad, además que tienen un alto impacto en la percepción y confianza de la población frente a las inmunizaciones.
- Los eventos causados por un EPRO pueden ser leves o incluso causar la muerte del afectado, lo que nos obliga a resguardar la calidad de los procesos que involucra la vacunación y establecer mejora continua de los mismos.
- Es fundamental que se refuerce permanentemente, en especial durante los periodos de vacunación masiva, la capacitación del personal, la supervisión y el suministro apropiado de vacunas e insumos.

Formularios de notificación, seguimiento y cierre de caso:

Los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con la autoridad sanitaria regional deben informar los EPRO a través del sistema oficial vigente. Deben descargar, completar y enviar los formularios respectivos por correo al SS y SEREMI correspondiente a su región. Este último a su vez, remitirá la documentación solicitada a la dirección de correo electrónico epro@minsal.cl.

Los formularios de notificación, seguimiento y cierre de caso, se encuentran disponibles para descargar en el siguiente enlace: <https://vacunas.minsal.cl/conozcanos/marco-legal-2/formularios-de-notificacion/>

A continuación, se describen los tipos de errores más comunes, su descripción y las acciones a seguir ante su ocurrencia. Esta tabla tiene por objetivo orientar a los niveles ejecutores e intermedios en la vigilancia de EPRO.

TABLA N°6: CONDUCTAS PARA SEGUIR EN EPRO POR VACUNA INFLUVAC LABORATORIO ABBOTT®

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

La comunicación de errores programáticos ocurridos durante el proceso de vacunación debe ser de manera oportuna, transparente y completa. Esta acción es indispensable para conservar la integridad del PNI y evitar la pérdida de confianza en las vacunas.

El personal de salud involucrado en las actividades de vacunación debe estar capacitado sobre el flujo de atención en caso de ocurrir un EPRO, debe manejar la información técnica relevante sobre las vacunas administradas y debe ser capaz de orientar al usuario con respecto a inquietudes o dudas que surjan al informar un EPRO. Con respecto al seguimiento, el equipo involucrado en la notificación de EPRO debe indagar sobre la existencia de manifestaciones clínicas y saber discriminar entre síntomas esperados post vacunación o aquellos signos o síntomas que requieren atención médica o corresponden a un ESAVI serio. Los cuales deben ser notificados a través de las dos vías disponibles para ello:

- Plataforma Sistema de Vigilancia Integrada (SVI) <https://svi.ispch.gob.cl/isp/index>
- Formulario al correo electrónico esavi@ispch.cl.

La OPS define una crisis, en este contexto, como: *“Una situación donde se produce una pérdida real o potencial de confianza en las vacunas y/o en el servicio de vacunación, precipitada por información sobre un evento adverso”*. La aparición de una crisis es propiciada cuando el evento en cuestión no se atiende inmediatamente, no se le da la importancia debida o cuando la noticia aparece en los medios de prensa y la demanda de la población por respuestas no es cumplida de forma adecuada.^{17,18} A continuación, se presentan recomendaciones para comunicar EPRO.

Recomendaciones para una Comunicación Efectiva

- Sea honesto, pero a la vez preciso informando los hechos de manera concisa y concreta, evitando utilizar términos médicos o técnicos complejos.
- Mantenga la calma al hablar y evite dar información no confirmada que pudiera resultar alarmante.
- Comunique los hechos sin indicar “culpables”. No mencione comentarios negativos sobre el personal del establecimiento o de las instituciones involucradas en el proceso, no culpe a otras personas o compañeros de trabajo sobre los hechos ocurridos.
- Muestre una actitud receptiva, comprensiva y empática frente a las inquietudes que puedan existir.
- Mantenga la calma al hablar y evite dar información no confirmada que pudiera resultar alarmante.
- Entregue información desde una perspectiva positiva. Ejemplo: En vez de decir: *“Debemos coordinar una atención médica debido a que su salud está en riesgo”*, se puede entregar la información de la siguiente manera: *“Para su tranquilidad y como parte del protocolo establecido, debemos coordinar una atención médica para evaluar su estado de salud posterior a la vacunación”*.

Preparación previa al contacto con el usuario/a, padres y/o tutores

- Determine durante la preparación de la estrategia quién o quiénes serán las personas encargadas de notificar los EPRO, de acuerdo con su capacidad técnica, habilidades de comunicación, etc.
- Prepare la siguiente información:
 1. Motivo del contacto con el/la usuario/a.
 2. Breve descripción de lo ocurrido.
 3. Mensajes claves a comunicar. Ej: Importancia y beneficios de la vacunación.
 4. Posibles preguntas que puedan tener los/las usuarios/as y sus respectivas respuestas

17 Gobierno de México. Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización. Junio 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/287240/ESAVI_2014.pdf

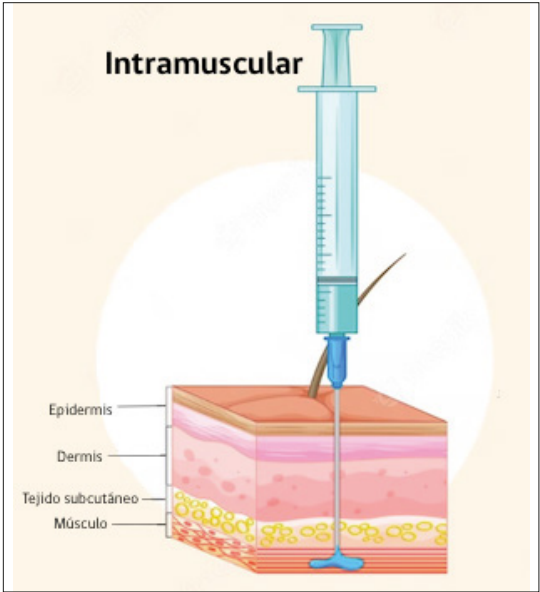
18 Organización Panamericana de la Salud. Comunicación de crisis relacionada con la seguridad de las vacunas y de la vacunación: Orientaciones técnicas. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53220/9789275323120_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

c. VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y SITIO DE PUNCIÓN

TABLA N°7: TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA INFLUVAC®

Ángulo	90° grados
Jeringa y aguja	Jeringa prellenada de 0,5 mL con aguja
Presentación de la vacuna	La vacuna viene en presentación de jeringa prellenada, verificar indemnidad del envase y de la aguja, junto con observar características de la solución (presencia de partículas y/o cambio de coloración).
Sitio de punción	▸ Lactantes menores de 12 meses: tercio medio de la cara anterolateral del muslo (músculo vasto externo). ▸ A partir de los 12 meses: cara externa del deltoides, de 2 a 3 traveses de dedo por debajo del acromión.
Técnica	- Descubrir la zona de punción, en su totalidad. - Definir zona de punción. - Sostener la zona de inyección con el dedo índice y pulgar - No limpiar la zona con alcohol. - Puncionar con un ángulo de 90°, con un movimiento rápido y seguro. - Administrar la solución de manera rápida y sin aspirar. - Realizar presión con algodón seco, en el sitio de punción. - Eliminar el material utilizado, según normativa REAS vigente.

FIGURA N°8: PUNCIÓN INTRAMUSCULAR



i. Lactantes menores de 12 meses

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

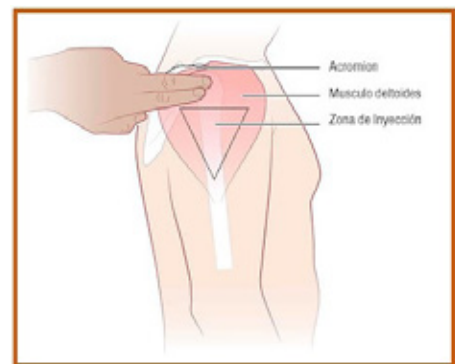
FIGURA N°9: SITIO DE PUNCIÓN LACTANTES MENORES DE 12 MESES



ii. A partir de los 12 meses de edad

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

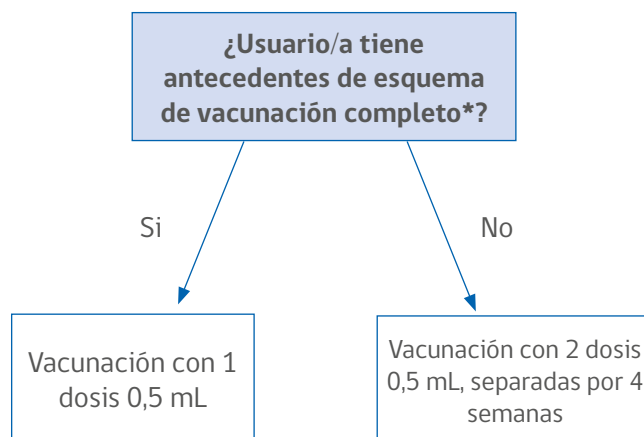
FIGURA N°10: SITIO DE PUNCIÓN A PARTIR DE 12 MESES DE EDAD



iii. Vacunación en menores de 9 años (revisar figura N°11)

- 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, con un intervalo de 4 semanas.
- Los niños de 6 meses a 8 años, 11 meses, 29 días, que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (durante una misma campaña), solo deben recibir una dosis de la vacuna contra la influenza.

FIGURA N°11: ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES HASTA LOS 8 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS



Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2024.

*Se define como "Esquema de vacunación completo" a la administración de dos dosis de vacuna antiinfluenza con un intervalo mínimo de 4 semanas durante una misma campaña.

iv. Vacunación en personas a partir de los 9 años

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

v. Coadministración de vacunas

La vacuna contra la influenza puede ser administrada conjuntamente con otras vacunas programáticas y vacunas contra SARS-CoV-2, pero en sitios de punción diferentes (revisar tabla N°9).

Punción simultánea de vacunas en una extremidad:

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

TABLA N°8: RECOMENDACIÓN DE SITIOS DE PUNCIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	MUSLO DERECHO	MUSLO IZQUIERDO	BRAZO DERECHO	BRAZO IZQUIERDO
6 meses	Hexavalente (IM)	Neumocócica conjugada* (IM) + Influenza (IM)	-	-
12 meses	-	-	Neumocócica conjugada (IM) + Meningocócica (IM)	SRP (SC) + Influenza (IM)
18 meses	-	-	Hexavalente (IM) + Varicela (SC)	Hepatitis A (IM) + Influenza (IM)
18 meses Isla de Pascua	-	Influenza (IM)	Hexavalente (IM) + Varicela (SC)	Hepatitis A (IM) + Fiebre amarilla (SC)
36 meses	-	-	Varicela (SC)	SRP (SC) + Influenza (IM)
Escolares 1° a 5° básico	-	-	dTpa (IM)/ VPH (IM)	Influenza (IM)
Embarazadas	-	-	dTpa (IM)	Influenza (IM)
Personas mayores	-	-	Neumocócica polisacárida 23V (IM)	Influenza (IM)

* Prematuros, menores de 37 semanas

IM: Intramuscular

SC: Subcutánea

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2024.

Personas con alteración de la coagulaciónDeben seguir las recomendaciones indicadas para pacientes hemofílicos¹⁹:

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/a respecto a la posibilidad de que se genere un hematoma en el sitio de punción.

¹⁹ Departamento de Inmunizaciones-Ministerio de Salud. Ordinario B27 N°1024: Recomendaciones de administración de vacunación para pacientes hemofílicos. 21 de abril 2015.

d. MANEJO DE REACCIONES POST VACUNACIÓN

En todo proceso de vacunación, el personal de salud debe estar alerta a los potenciales efectos secundarios post-vacunación. Esto significa detectar y tratar oportunamente las manifestaciones descritas en el folleto del fabricante, así como una reacción post-vacunación de carácter serio. Cabe destacar que los beneficios que aportan las vacunas son mucho mayores que las manifestaciones asociadas a su uso, las que son en la gran mayoría leves y generalmente transitorias.

En base a los POE del PNI, con la finalidad de pesquisar una reacción anafiláctica post-vacunación, se indica un periodo de observación de 30 minutos en el 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.

TABLA N°9: CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

TEMAS	ACTIVIDADES
Procedimientos de campaña de vacunación	- Revisión de vigencia de protocolos/procedimientos - Difusión al equipo, utilizando diferentes metodologías
Equipo de emergencia y uso de medicamentos e insumos	- Maletín de emergencia - Paso práctico de medicamentos e insumos - Verificar fechas de vencimiento
Reacciones adversas y manejo inmediato	- Reacciones adversas vinculadas a vacuna a utilizar - Manejo de enfermería - Uso de medicamentos frente a Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) - Derivación a la red asistencial
Vigilancia ESAVI y EPRO	- Guía de vacunación segura (MINSAL, 2013) - Sistema de vigilancia y notificación ESAVI/EPRO - Monitoreo y seguimiento

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2023.

TABLA N°10: REACCIONES POST-VACUNACIÓN

REACCIONES SISTÉMICAS	ANTECEDENTES	MEDIDAS A CONSIDERAR
Lipotimia o reacción vaso-vagal	- Desvanecimiento o desmayo. - No supone una contraindicación para futuras vacunaciones.	- Ubicar al paciente en decúbito dorsal. - Elevar extremidades inferiores sobre el nivel del tórax. - Controlar signos vitales.
Anafilaxia	- Reacción alérgica grave multisistémica. - Se presenta en el período inmediato post-vacunación (primeros 30 minutos). - Adrenalina es el tratamiento de elección.	- Ubicar al paciente en una camilla/sillón, en decúbito dorsal. - Comunicarse con el médico del establecimiento de salud (previamente coordinado).

TABLA N°11: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°12:DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE REACCIÓN VASO-VAGAL Y ANAFILAXIA

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

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

TABLA N°13: CONDUCTA A SEGUIR POST REACCIÓN ANAFILÁCTICA**FRENTE AL SHOCK ANAFILÁCTICO**

- Activar código azul y contactarse rápidamente con el médico del establecimiento, Servicio de Atención de Urgencia de su comuna o a un teléfono previamente coordinado.
- Evaluar ABC: vía aérea permeable, ventilación y circulación.
- Posicionar al/la usuario/a en posición Fowler e iniciar oxígeno con mascarilla de alto flujo con reservorio (no reinhalación) para saturación sobre 95%. Controlar con saturómetro.
- La administración de adrenalina vía intramuscular, es el tratamiento más importante para el shock anafiláctico.
- Si es factible, instalar 2 vías venosas con el objetivo de administrar medicamentos o aportar volumen en caso necesario.
- En casos severos, se podría requerir una segunda dosis de adrenalina intramuscular, luego de 5 minutos de la dosis previa.
- Se pueden usar cristaloides de manera juiciosa, con una dosis de 20mL/kg a pasar en 10 minutos, revalorando signos de sobrecarga, dado que en el shock anafiláctico hay un aumento de la permeabilidad, por lo que hay riesgo de tercer espacio y edema pulmonar con el uso de volumen.
- Si no responde a las medidas básicas y se desencadena el paro cardiorrespiratorio, iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar.

TRASLADO A CENTRO ASISTENCIAL

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

Maletín de emergencia

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

TABLA N°14: EQUIPOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS EMERGENCIA DURANTE UN PROCESO DE VACUNACIÓN

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

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2024

TABLA N°15: FICHA TRATAMIENTO VASOCONSTRUCTOR (ADRENALINA O EPINEFRINA)

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

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2023.

TABLA N°16: FICHA TRATAMIENTO OXÍGENO

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

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2024.

TABLA N°17: FICHA TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMÍNICOS

CLORFENAMINA	
Acción	Fármaco antihistamínico que tiene la capacidad de ayudar a reducir los síntomas cutáneos que se producen como respuesta a sustancias extrañas al organismo. Su administración NO DEBE RETRASAR la indicación y administración de adrenalina.
Administración	Vía intramuscular
Preparación	Usar jeringa de tuberculina, para extraer la dosis correspondiente.
Presentación	1 ampolla de 10mg/1mL 
Dosificación	Dosis: 0,2 mg/kg/dosis (0,02 mL/kg/dosis)
Indicación	Con peso mayor a 50 kg, la indicación es 1 mL (una ampolla)

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2023.

VIII. CADENA DE FRÍO

La cadena de frío es el proceso que asegura la correcta conservación de vacunas e inmunoglobulinas durante toda su vida útil, desde que éstas son fabricadas en laboratorios productores, pasando por una serie de etapas de almacenamiento y transporte, hasta que son administradas a la población objetivo. Junto a otras estrategias, aporta a la eficacia de los procesos de inmunización en nuestro país.

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

Si la cadena de frío se ve interrumpida en alguna de las etapas de almacenamiento o transporte, podría generar un impacto irreversible en la calidad y eficacia de las vacunas e inmunoglobulinas y, por consiguiente, en los procesos de inmunización.

Los DVI del PNI, se rigen bajo estrictos estándares de calidad asociados al aseguramiento de la cadena de frío, cuyos procesos se materializan en la Resolución Exenta N°1399 del 29 de septiembre del 2022 (<https://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/cadena-de-frío/>).



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

De las instalaciones del vacunatorio

- Se recomienda que todo establecimiento cuente con instalación eléctrica acorde a normativa de la Superintendencia de Electricidad y Combustibles (SEC).
- Se recomienda que todo vacunatorio cuente con sistema de respaldo de energía eléctrica, que permita mantener energizados los refrigeradores que almacenan vacunas, ante cortes del suministro eléctrico.
- La temperatura ambiente de un vacunatorio no puede sobrepasar los +25°C, en caso de hacerlo debe implementar sistemas de control de temperatura ambiente (aire acondicionado).
- Debe existir un equipo exclusivo para el almacenamiento de vacunas, diferente del que se utilice para el acondicionamiento de unidades refrigerantes.

De los instrumentos de termometría

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

De los refrigeradores para el almacenamiento de vacunas

- Se recomienda el uso de refrigeradores clínicos por sobre el de refrigeradores domésticos acondicionados, ya que su distribución de temperaturas es uniforme en todo el compartimento de almacenamiento.
- Los equipos de refrigeración deben ser de uso exclusivo para vacunas.
- La instalación y puesta en marcha de refrigeradores clínicos debe ser realizada por personal técnico calificado.
- Los refrigeradores domésticos deben ser acondicionados de acuerdo con normativas técnicas vigentes.
- Deben mantener distancia del techo y paredes, según recomendación del fabricante.
- Deben ser instalados sobre una superficie nivelada.
- Deben utilizar enchufe exclusivo, sin alargadores y señalizado "NO DESENCHUFAR"
- La temperatura ambiente en que se instalan debe mantenerse entre +18°C y +25°C para el óptimo funcionamiento de los equipos.
- Se debe establecer un plan de mantenimiento preventivo acorde a las recomendaciones del fabricante.
- Los mantenimientos correctivos deben realizarse por personal técnico calificado.

- La limpieza del interior de los refrigeradores puede realizarse con un paño húmedo y alcohol al 70%.
- La capacidad de almacenamiento de refrigeradores clínicos es del 100% de su capacidad útil, manteniendo 5cm de distancia de las paredes internas y distancia recomendada por fabricante de los ventiladores de aire frío.
- La capacidad de almacenamiento de los refrigeradores domésticos acondicionados es del 50% de su capacidad útil, manteniendo 5cm de distancia de las paredes internas y no se puede almacenar productos cercanos a las salidas de aire frío ni en zonas cálidas (puertas y compartimento de verduras).
- Tanto para refrigeradores clínicos como para refrigeradores domésticos acondicionados, se recomienda realizar una medición de temperaturas en cada bandeja de almacenamiento por 24 horas utilizando termógrafos con registro cada 10 minutos. No se podrá almacenar vacunas en áreas que muestren excursiones de temperatura.

De los contenedores isotérmicos pasivos (CIP) para el transporte de vacunas

- Se debe utilizar CIP calificados para el transporte de vacunas.
- Se debe dar cumplimiento estricto a las configuraciones calificadas de los CIP²⁰.
- El acondicionamiento de los CIP debe hacerse únicamente con unidades refrigerantes que cumplan con la calificación establecida (rellenas de agua con capacidad de 0,6 litros).
- Debe respetarse estrictamente los tiempos y temperaturas de acondicionamiento de las unidades refrigerantes.
- Debe respetarse las cargas mínimas y máximas para cada CIP según calificación, en caso de requerir transportar una carga menor a la mínima calificada, puede completar carga con otro producto refrigerado distinto (por ejemplo, suero fisiológico)
- Todo traslado de vacunas debe mantener trazabilidad de temperaturas.

CONFIGURACIÓN CIP	CONFIGURACIÓN (VERANO/INVIERNO)	LINK DE ACCESO
Configuración CIP 15 litros	Verano	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/INSTRUCTIVO-CIP-15-LITROS-VERANO.pdf
	Invierno	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/02/INSTRUCTIVO-INVIERNO-CIP-15-LITROS-MINSAL-2.pdf
Configuración CIP 35 litros	Verano	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/CONF-VERANO-CIP-35-L-MINSAL.pdf
	Invierno	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/CONF-INVIERNO-CIP-35-L-MINSAL.pdf
Configuración CIP 70 litros	Verano	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/CONF-VERANO-CIP-70-L-MINSAL.pdf
	Invierno	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/12/CONF-INVIERNO-CIP-70-L-MINSAL.pdf

²⁰ Departamento de Inmunizaciones – Ministerio de Salud. Cadena de Frío del PNI – Contenedor Isotérmico Pasivo (CIP). Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/cadena-de-frio/>

De los vehículos para transporte de vacunas

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

De los registros de temperatura

- Se deberá mantener registro manual de temperaturas en caso de utilizar termómetros de máxima y mínima. Si el instrumento utilizado es un termógrafo, se deberá realizar descarga de datos diariamente. Para ambos casos, los registros deben estar disponibles y de fácil acceso.
- Mensualmente se deberá realizar una evaluación de las curvas de temperatura y determinar si es necesario implementar medidas correctivas.
- Ante cualquier detección de excursión de temperaturas, se deberá notificar de inmediato de acuerdo con procedimiento vigente.
- Las áreas que exigen control y registro de temperatura son las siguientes
 - Temperatura ambiente del vacunatorio.
 - Temperatura de acondicionamiento de unidades refrigerantes “refrigeradas”
 - Temperatura de acondicionamiento de unidades refrigerantes “congeladas”
 - Temperatura de almacenamiento de vacunas en los equipos de refrigeración.
 - Para el traslado de vacunas desde DVI, se deberá mantener trazabilidad de los CIP, de acuerdo con el formulario de pedido-entrega.
- Para actividades de vacunación extramural, se deberá registrar temperaturas del CIP a la salida del vacunatorio y al llegar al punto de vacunación, además de verificar (sin registrar) temperaturas permanentemente durante toda la jornada. En caso de quedar productos al interior del CIP, se deberá registrar temperaturas al finalizar la jornada y al llegar al vacunatorio previo a su almacenamiento en el refrigerador.

IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN

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

Registro Nacional de Inmunizaciones

- Es la plataforma informática que permite el registro nominal de personas vacunadas en establecimientos públicos y privados en convenio con las SEREMI de Salud correspondiente.
- En caso de que el registro sea asistido por otra persona, la calidad y veracidad de los datos seguirá siendo responsabilidad del vacunador a cargo de la administración del evento de vacunación.
- Previo al ingreso del registro se debe verificar el historial de vacunación del/la usuario/a.
- El registro debe ser caso-a-caso.
- El sistema RNI cuenta con alertas para apoyar la selección de criterios de elegibilidad (condición o característica de una persona para ser inmunizado con cierta vacuna), previo a la administración de la vacuna.
- Posterior a la administración de cada dosis, en presencia de la persona recién vacunada, se debe completar y guardar el registro.
- El registro debe permitir la trazabilidad de la persona vacunada, comuna de residencia (comuna donde vive el/la usuario/a), profesional vacunador (debe estar registrado en el sistema), lote de vacuna administrada (combinación distintiva de números y/o letras, que dan una identificación única), establecimiento donde se realizó la vacunación, dosis y fecha de vacunación.
- El registro en el sistema RNI se debe realizar en el módulo de “vacunas campaña” y posteriormente acceder a Influenza 2024.
- Una vez ubicado en “Influenza 2024” en sistema RNI, seleccionar el tipo de documento; RUN, Pasaporte u otro, y continuar con lo siguiente:
 - Verificar los datos personales del/la usuario/a.
 - Verificar comuna de residencia con el/la usuario/a 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/la funcionario/a que administro la vacunación.
 - El campo “Dosis” tiene las siguientes opciones según corresponda: “única”, “1º dosis” o “2º dosis”. Los niños/as menores de 9 años que no han recibido un esquema completo previo, requerirán una 2º dosis con un intervalo de 4 semanas.

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

- Niños y niñas de 6 meses a 5 años (incluye población que cursa kínder).
- Escolares de 1° a 5° año básico.
- Embarazadas.
- Enfermos crónicos de 11 a 59 años de edad.
- P. de salud: Público.
- P. de salud: Privado.
- Personas mayores de 60 años y más.
- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.
- Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 8° año de enseñanza básica.
- Estrategia Capullo
- Cuidadores de adultos mayores y funcionarios de los ELEM
- Personas con diagnóstico incluido en la Ley Ricarte Soto.
- Personas con diagnóstico incluido en las Garantías Explícitas en Salud (GES).
- Vacunación privada (No población objetivo).
- Otras prioridades.

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

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

Prioridad de criterio

El sistema presenta los criterios de elegibilidad según la edad de la persona ingresada, considerar que para las personas mayores de 60 años el único criterio a elegir es “Personas mayores de 60 años y más”. **Este criterio considera a las personas de 59 años que durante el año en curso cumplirán 60 años.**

Cuando se presenta un usuario/a cuya edad puede estar dentro del rango de los 11 a los 59 años y cumple con más de un criterio de elegibilidad, se debe priorizar el registro de la siguiente forma:

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

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

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

Completados todos los campos anteriores, hacer clic en guardar. El sistema arroja un mensaje 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.

Accesos a la plataforma

Desde el mes de agosto del año 2023 bajo el ordinario B°27/N°2479 de julio del 2023, el cual define el proceso de gestión de usuarios para el RNI en el nivel local, es decir, en los establecimientos de salud públicos y privados con convenio vigente con la autoridad sanitaria, se define lo siguiente:

El nivel local es el responsable de la gestión de los accesos ya sea creación de usuarios, asignación de roles disponibles o revocar los accesos en el sistema del RNI a quienes no continúen cumpliendo funciones asociadas a la vacunación o que sean desvinculados de la institución.

Se refuerza que el administrador definido en el nivel local para cumplir las funciones antes mencionadas debe ser informado vía oficio y correo electrónico a los referentes de estadística del S.S y SEREMI según corresponda. En el caso que se designen nuevos administradores el proceso debe volver a realizarse.

En relación con la vulneración del proceso de gestión de cuentas RNI o mal uso de contraseñas por parte de usuarios en establecimientos de salud (público o privado), que den origen a cualquier clase de litigio, previa orden judicial o investigación sumaria, el referente de estadística podrá solicitar al nivel central la revocación de los accesos de usuarios del nivel local de manera unilateral.

Como se explicita en el Ord B°27/N°4466 de septiembre del 2022, debe darse cumplimiento a las directrices respecto de las políticas de seguridad de información establecidas por el MINSAL donde se refuerzan los siguientes puntos:

- Protección de datos sensibles
- Directrices sobre el uso y resguardo de contraseñas
- Penas asociadas a la adulteración de registros

Cabe destacar que la adulteración maliciosa de cualquier registro, incluido el RNI, significa malversación del instrumento público y, como tal, puede llevar sanciones administrativas, civiles y penales. En el ámbito penal están tipificados los siguientes delitos, uso de instrumento público falso (Art. 196-194 código penal), falsificación informática (Art 5° Ley 21.459), falsificación de instrumento público (Art. 193 Código penal).

Formulario Manual Registro Nacional de Inmunizaciones

Si no se dispone del sistema en el momento de la vacunación, se debe utilizar planilla manual completando cada campo con letra legible y traspasar los datos al RNI en los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas posterior a la vacunación). (ver anexo N°2)

Registro en Cuaderno/Agenda de Salud

El cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años cuenta con un calendario de vacunación, donde se debe registrar la vacuna Influenza, en "otras vacunas". En el caso del adulto y persona mayor de 65 años y más se debe registrar en su carnet de control, al igual que en Agenda de salud de la Mujer Gestante en "Vacunas y Visitas domiciliarias". Se debe registrar la vacuna administrada, lote y fecha de vacunación con letra legible. El certificado de vacunación, que se obtiene de RNI, debe ser entregado cuando el usuario lo solicite de manera presencial en los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Información de vacunación en <https://mevacuno.gob.cl>

La plataforma web mevacuno.gob.cl ofrece a la población beneficiaria una forma para obtener el comprobante de vacunación digital, en el sistema de salud público y privado.

Esta corresponde a una herramienta de fácil acceso a través de cualquier dispositivo con conexión a internet (Smartphone, PC, Tablet, entre otros), creando un perfil a través de la autenticación mediante "Clave Única", "número de serie" de la Cédula de identidad chilena entregada por el Servicio del Registro Civil e Identificación. Para quienes no cuenten con las opciones anteriores se puede acceder a través de un "correo electrónico" y clave de acceso.

Este sistema cuenta con automatización desde las vacunas administradas en el año 2021. Vacunaciones anteriores a este año deben ser solicitadas en la plataforma anteriormente mencionada.

Para visualizar la información:

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

Coberturas

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.

El consolidado de la información ingresada en el módulo de Influenza 2024 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 (DEIS). La información del avance de la campaña será publicada en un sitio web de reportes del 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 (ver anexo N°4) de la campaña, que debe basarse en los lineamientos comunicacionales nacionales y que involucre los siguientes aspectos:

- Identificar los medios de comunicación regionales de mayor impacto social con el fin de potenciar las acciones de difusión tanto de mensajes como piezas comunicacionales destinadas a la campaña.
- Establecer alianzas estratégicas con el intersector y extrasector, con el fin de favorecer la difusión comunicacional. Reunir a los representantes de las distintas sociedades científicas, referentes del colegio médico, colegio de enfermeras, colegio de matronas, representante de salud del Ministerio de Educación entre otros para entregar documentación técnica resumida de la campaña e identificar voceros que presten apoyo en la difusión en entrevistas en radio, televisión y prensa escrita.
- Desarrollar materiales comunicacionales que contengan mensajes dirigidos al público objetivo y a la 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 SS, SEREMI, establecimientos de salud y vacunatorios, durante todo el período de campaña.

Etapas del plan comunicacional regional

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

- Formar un equipo de trabajo con los encargados de comunicaciones de SEREMI y SS 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, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), SENAME y Mejor Niñez, Departamentos de Salud Municipal, Hogar de Cristo, entre otros) la visualización de la campaña en sus respectivas páginas web y redes sociales u otro medio no convencional que se posea.

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

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

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

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

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

Logística y distribución de material

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

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

Actividades:

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

XI. CAPACITACIÓN

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

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

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

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

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°3.

- Durante la organización y planificación la supervisión se realiza con la finalidad de verificar si los niveles regionales y locales han logrado una adecuada organización: están capacitados, disponen de los recursos necesarios, realizaron la programación de las tácticas de vacunación y cuentan con la logística necesaria para alcanzar la meta.
- Durante la ejecución la supervisión es básicamente operacional. Se dirige a observar “in situ” las prácticas de vacunación segura, analizar con el equipo local el avance de la campaña mediante la revisión del cumplimiento de la micro-planificación y el cronograma de actividades.
- Al concluir la campaña, es necesario acompañar a las regiones y niveles locales en el análisis de coberturas de campaña, cotejando los datos del RNI.

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 Monitoreo Rápido de Cobertura (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 la SEREMI de Salud.

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

XIV. ABASTECIMIENTO

Para el año 2024 se realizó la compra por 7.700.000 dosis de Vacuna Influenza, el proceso comenzó en el mes de agosto 2023 con el llamado a través de la licitación pública N°621-684-LR23, el cual finalizó en el mes de septiembre 2023.

La totalidad de las dosis fue adjudicada al proveedor Laboratorios Recalcine S.A., a través de la Orden de Compra N°621-1227-SE23, por la vacuna Influvac® trivalente fabricada por laboratorios Abbott (Holanda) en presentación de jeringas prellenadas de 0,5 mL, que cumplen con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el hemisferio sur para el invierno 2024.

En este proceso, se han definido las siguientes entregas:

TABLA N°18: CANTIDAD TOTAL DE VACUNAS ADQUIRIDAS AÑO 2024

Disponibilidad para MINSAL	Cantidad (dosis)
14-02-2024	1.800.000
21-02-2024	2.100.000
06-03-2024	2.100.000
13-03-2024	1.700.000
Total: 7.700.000	

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

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

Los datos relevantes son:

- **Población objetivo regional:** cómo fue visto anteriormente en el apartado “Cálculo de la población objetivo”, los datos poblacionales son obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), fuente oficial para la planificación de políticas públicas²¹, datos del Ministerio de Educación y datos históricos de la campaña.
- **Estimación el stock de vacunas regional:** a través del sistema de control de inventarios del Departamento de Inmunizaciones es posible obtener el stock regional de vacunas en los DVI en tiempo real.

²¹ Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Proyecciones de población [Internet]. [Citado el 21 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

- **Obtención de la cantidad de vacunados:** a través del RNI y otras herramientas de gestión (Dashboard) es posible obtener la cantidad de vacunados por comuna y región, lo que permite combinar una serie de variables demográficas relevantes para la planificación.
- **Generar el balance regional de vacunas:** a través del cruce de bases de datos provenientes de las fuentes anteriores, es posible calcular el balance de vacunas, y de esta forma, proyectar el “stock de vacunas circulantes en regiones”.

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

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

TABLA N°19: PLAN ESTIMADO DE DISTRIBUCIÓN VACUNA INFLUVAC®, FEBRERO-ABRIL 2024

Fechas de distribución estimadas		19-02-2024	26-02-2024	04-03-2024	11-03-2024	18-03-2024	25-03-2024	01-04-2024	09-04-2024	Total
REGIÓN	DVI	Dist.1	Dist.2	Dist.3	Dist.4	Dist.5	Dist.6	Dist.7	Dist.8	
Arica y Parinacota	Arica	15.000	15.000	15.000	10.500	10.500	15.000	8.000	8.000	97.000
	Tarapacá	20.000	20.000	20.000	18.000	18.000	20.000	12.000	12.000	140.000
	Antofagasta	28.000	28.000	28.000	36.000	36.000	28.000	26.000	26.000	236.000
Atacama	Copiapó	12.000	12.000	12.000	9.000	9.000	12.000	7.000	7.000	80.000
Atacama	Vallenar	4.000	4.000	4.000	3.600	4.000	4.000	2.000	2.000	27.600
Coquimbo	Coquimbo	26.500	26.500	26.500	30.000	30.000	27.000	22.000	22.000	210.500
Coquimbo	Ovalle	10.000	10.000	10.000	21.000	21.000	10.000	15.000	15.000	112.000
Coquimbo	Los Vilos	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	5.000	5.000	46.000
Valparaíso	San Felipe	13.000	13.000	13.000	45.000	45.000	13.000	32.000	32.000	206.000
Valparaíso	Viña del Mar	80.000	81.000	80.000	108.000	108.000	80.000	76.000	77.000	690.000
Valparaíso	Isla de Pascua	1.000	-	1.000	-	1.800	-	1.000	-	4.800
Lib. B. O'Higgins	Rancagua	52.000	52.000	52.000	60.000	60.000	52.000	43.000	43.000	414.000
Maule	Talca	55.000	55.000	55.000	90.000	90.000	55.000	63.000	63.000	526.000
Ñuble	Chillán	21.000	21.000	21.000	26.700	27.000	21.000	19.000	19.000	175.700
Bío-Bío	Los Ángeles	18.000	18.000	18.000	21.000	21.000	18.000	15.000	15.000	144.000
Bío-Bío	Concepción	50.000	50.000	50.000	60.000	60.000	50.000	43.000	43.000	406.000
Araucanía	Angol	10.000	10.000	10.000	18.000	18.000	10.000	12.000	12.000	100.000
Araucanía	Temuco	36.000	36.000	36.000	39.000	36.200	36.000	26.000	26.000	271.200
De los Ríos	Valdivia	18.000	18.000	18.000	21.000	21.000	18.000	15.000	15.000	144.000
De los Lagos	Osorno	13.000	13.000	13.000	15.000	15.000	13.000	10.000	10.000	102.000
De los Lagos	Puerto Montt	18.000	18.000	18.000	30.000	30.000	18.000	22.000	22.000	176.000
De los Lagos	Castro	8.500	8.500	8.500	10.200	10.500	9.000	8.000	8.000	71.200
Aisén	Coyhaique	6.000	6.000	6.000	4.500	4.500	6.000	3.000	3.000	39.000
Magallanes	Punta Arenas	9.000	9.000	9.000	7.500	7.500	9.000	6.000	6.000	63.000
Metropolitana	Santiago (Lourdes)	190.000	190.000	190.000	270.000	270.000	190.000	192.000	192.000	1.684.000
Metropolitana	Santiago (Sur/B. Luco)	90.000	90.000	90.000	120.000	120.000	90.000	86.000	86.000	772.000
Metropolitana	Santiago (3° punto)	90.000	90.000	90.000	120.000	120.000	90.000	81.000	81.000	762.000
		900.000	900.000	900.000	1.200.000	1.200.000	900.000	850.000	850.000	7.700.000

XV. CONTROL DE INVENTARIO

La gestión logística del proceso de vacunación, representada fundamentalmente por el control del inventario de vacunas anti influenza en todos los niveles de administración de la red asistencial y del PNI, es relevante para la toma de decisiones relativas a reposición de vacunas y redistribuciones locales con el fin de asegurar el stock de vacunas disponibles en todos los establecimientos de la red de vacunatorios que participan de esta campaña así como en los centros de acopio intermedios.

Permitirá conocer el total de vacunas utilizadas en todo momento y, evaluando el ritmo de vacunación durante el desarrollo de la campaña, anticipar la entrega de más recursos a los centros que tienen una mayor dinámica y revisar las estrategias en aquellos centros de menor dinámica con el fin de reducir los riesgos de no alcanzar los objetivos de esta actividad de vacunación.

Para esto, los/las referentes del nivel central, regional y local del PNI cuentan con un sistema computacional que les permite administrar este proceso logístico y generar los informes y consultas que les ayude a reducir potenciales quiebres de stock o perder oportunidades de vacunación.

XVI. INFORME FINAL REGIONAL CAMPAÑA INFLUENZA

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 SS, el cual debe incluir los siguientes aspectos:

- I. Introducción
- II. Estrategias y actividades relevantes para la campaña.
- III. Resultados de coberturas por región y comunas, según grupo objetivo.
- IV. Estrategias de vacunación de grupos priorizados.
- V. Control de stock que cuente con: total de dosis enviadas a su región desagregada por DVI (si corresponde), total de dosis registradas, total de dosis perdidas por DVI y nivel local, incluyendo causas y respectivas actas de eliminación, y total de dosis disponibles a la fecha del informe.
- VI. Número de ESAVI notificados.
- VII. Número de EPRO notificados y sus respectivos informes de mejora.
- VIII. Gastos estimados durante el desarrollo de la campaña.
- IX. Conclusiones y lecciones aprendidas.

Se enviará formato vía correo electrónico para completar el ítem V del Informe Regional Campaña Influenza 2024.

XVII. ANEXOS

ANEXO N°1: 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, lo que se denomina “*micro planificación*”. Esta planificación debe asegurar la puesta en práctica de acciones, actividades y estrategias efectivas para alcanzar la meta de vacunación.

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

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

La micro-planificación debe ser:

- **Basada en la realidad local:** se fundamenta en el conocimiento de la dinámica poblacional de cada una de las micro-áreas, la identificación, estimación del número y ubicación de su población objetivo.
- **Factible:** conociendo la realidad local, se determina cuáles son las acciones, actividades y estrategias efectivas para el proceso de vacunación y estimando los recursos y logística más eficiente para lograr la meta.
- **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 se requiere?
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 se debe hacer para resolverlos?
Paso 3. Mapeo y sectorización del área	¿Dónde, a quién y cuántas personas?
Paso 4. Definición de acciones, actividades y estrategias efectivas de vacunación	¿Cuáles son las acciones, actividades y estrategias efectivas para captar a la población objetivo?
Paso 5. Cálculo de recursos	¿Con qué y cuánto?
Paso 6. Operacionalización de la programación	¿Cuándo y con quién se realizan las actividades que se requieren implementar para alcanzar la meta?
Paso 7. Monitoreo de coberturas	¿Cuánto es el avance y cuánto falta?
Paso 8. Encontrar los rezagados	¿Dónde están y qué se debe hacer para vacunar a los pendientes y qué acciones, actividades y estrategias efectivas de convencimiento utilizar para quienes han rechazado?
Paso 9. Supervisión	¿Se cumple con la normativa y parámetros establecidos?
Paso 10. Evaluación	¿Cuáles son los resultados y lecciones aprendidas? ¿Se requiere un plan de mejora?

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones

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); identificar los lugares en donde se facilita la captación de las poblaciones meta, tales como 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 acciones, actividades y estrategias efectivas de vacunación más efectivas de captación. En base a esa información se establecen los requerimientos de vacunas, los insumos y logística requerida para ejecutar las acciones programadas, lo que dará insumos para ejecutar los pasos 5 y 6.

Pasos para sectorizar el área del establecimiento de salud

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

Los pasos 7 y 8, relacionados al monitoreo sistemático de las coberturas de vacunación, son indispensables 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 rezagadas y los que han rechazado, para lo cual requerirá de la aplicación de herramientas de monitoreo en el campo.

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 la vacunación, pues provee información necesaria para iniciar el proceso de micro planificación que se debe realizar cada año.

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

Al ser un proceso participativo, la micro-planificación se constituye en una herramienta de movilización social que facilita la creación de alianzas en la comunidad, incorporando a los diversos sectores que deben participar en los procesos de planificación y ejecución de las acciones, movilizándolo a los líderes locales y la comunidad para que se apropien de la estrategia de vacunación.

ANEXO N°2: FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Establecimiento:

Vacunador:

Fecha:

Vacuna:

Lote:

[illegible]

Criterios de Elegibilidad (CE) en RNI

* Marcar con una X donde corresponda

1. Niños y Niñas de 6 meses a 5 años.
2. Escolares de 1° a 5° año básico.
3. Embarazadas.
4. Enfermos crónicos de 11 a 59 años de edad.
5. P. de salud: Público.
6. P. de salud: Privado.
7. Personas mayores de 60 años y más.
8. Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdo.
9. Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 5° año básico.
10. Estrategia Capullo.
11. Cuidadores de adultos mayores y funcionarios de los ELEM
12. Personas con diagnóstico incluido en la Ley Ricarte Soto.
13. Personas con diagnóstico incluido en las Garantías Explícitas en Salud (GES).
14. Vacunación privada (No población objetivo).
15. Otras prioridades.

ANEXO N°3: PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN

Región: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre Profesional que supervisa: _____

Nombre del entrevistado: _____

Marque con una X en los casilleros SI o NO, en caso de observaciones o de otra información relevante, escribala en la casilla "Observaciones".

	SI	NO	OBSERVACIONES
Vacunatorio			
El lugar donde se encuentra el punto de vacunación es accesible			
Dispone de área limpia definida			
El lugar se encuentra limpio y ordenado			
Cuenta con depósito de eliminación de basura común			
Cuenta con caja de bioseguridad, según normativa REAS			
Cuenta con mesa de trabajo			
Cuenta con silla para el usuario			
Cuenta con alcohol gel			
Cuenta con toalla de papel desechable			
Cadena de frío			
Cuenta con registros de temperaturas del CIP			
Cuenta con registros de temperaturas ambientales			
De existir, las excursiones de temperatura de los últimos 7 días se encuentran notificadas de acuerdo con procedimiento vigente.			
Cuenta con unidades refrigerantes de repuesto			
Utiliza termógrafo o termómetro de máxima/mínima (si utiliza termómetro de alcohol o mercurio, indicar eliminación y reemplazo)			
El CIP se encuentra configurado de acuerdo con su instructivo o precalificación			
Procedimiento de administración			
Verifica que el/la usuario/a sea parte de la población objetivo			
Informa al usuario sobre la vacuna			
Informa al usuario sobre las reacciones post vacunales			
Verifica que la vacuna y la fecha de vencimiento sean correctas			
Administra la vacuna por vía correcta			
Planificación logística-administrativa			
Cuenta con micro-planificación de la campaña			
Cuenta con la población objetivo asignada			
Cuenta con dosis suficientes para la población objetivo definida			
Capacitación			
En el establecimiento de salud ¿recibió los lineamientos técnicos de la campaña?			
En el establecimiento de Salud, ¿recibió los materiales de comunicación? (especifique)			

El personal encargado del vacunatorio demostró haber sido entrenado en:			
Lineamientos técnicos operativos de la campaña			
Cadena de frío			
Procedimiento de administración			
Notificación ESAVI - EPRO			
Supervisión			
El personal encargado del vacunatorio ha sido:			
Fiscalizado por SEREMI			
Supervisado por Servicio de Salud			
Comunicación			
El punto de vacunación está identificado para la comunidad			
Se hace promoción a la comunidad			
Dispone de afiches o material gráfico para educación a los usuarios			
Sistema de registro			
Realiza registro en RNI correctamente			
En caso de no contar con conexión a internet, ¿cuenta con planillas manuales para el registro?			
En caso de registro manual, ¿completa el registro con letra clara y legible?			
Registra en el carnet de control u otro medio verificador			

Nombre y firmar del profesional supervisor: _____

Nombre y firma del entrevistado: _____

ANEXO N°4: PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

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

ANEXO N°5: REGISTRO DE RESPALDO**RECHAZO DE VACUNACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD**

Fecha _____

Mediante el presente documento, Yo _____

RUN _____, con domicilio _____

declaro que, por voluntad propia rechazo que me sea administrada de la vacuna contra la influenza. Además, he sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no ser vacunado/a (hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la influenza). De igual forma, conozco acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas a mi cuidado y aseguro haber sido informado/a de que la autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud.

Por lo que cual el Centro de Salud _____ podría interponer acciones judiciales que le sean conferidas mediante lo estipulado por el Ministerio de Salud en beneficio de la Salud Pública del país.

MOTIVO DEL RECHAZO: _____

Usuario/a que rechaza
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

REGISTRO DE RESPALDO

RECHAZO DE VACUNACIÓN POBLACIÓN GENERAL

Fecha _____

Mediante el presente documento, Yo _____

RUN _____, edad _____ con domicilio _____

por voluntad propia:

☐

Rechazo la administración de la vacuna contra la influenza a (nombre de/la menor):

_____, como su padre, madre o representante legal.

☐

Rechazo que me sea administrada la vacuna contra la influenza.

Declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente).

He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que me expongo y a las personas que sean mi contacto, y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N° 725 del Código Sanitario.

Por lo que cual, el Centro de Salud _____
podría interponer acciones judiciales que le sean conferidas mediante lo estipulado por el Ministerio de Salud en beneficio de la Salud Pública del país.

MOTIVO DEL RECHAZO: _____

Padre/Madre o Representante Legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

