

LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS **VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA**

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

2025



Responsables

Dra. María Soledad Martínez Gutiérrez

Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. Elizabeth López Tagle

Jefe Departamento Inmunizaciones

División de Prevención y Control de Enfermedades

Autores

Marcela Avendaño Vigueras	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Christián Saavedra Gajardo	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Rosa Solar Sánchez	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Marcela Rivas Iglesias	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Leslie Soto Sandoval	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Juan Rodríguez Santana	- Enfermero, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Siusee Lee Palominos	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Danae Garabito Rosales	- Enfermera, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Patricia Cabezas Olivares	- 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
Felipe Muñoz Pérez	- Ing. Comercial, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL
Iván Brstilo Cerda	- Ing. Civil Matemático, Departamento de Inmunizaciones, MINSAL

Editor documental

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

ÍNDICE

I. ABREVIATURAS	4
II. ANTECEDENTES	5
a) Generalidades	5
b) Recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	6
c) Situación Epidemiológica Mundial	7
d) Situación Epidemiológica en Chile	8
e) Situación de influenza aviar en la región de las Américas	11
III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2025	13
IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA	18
V. ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	22
VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN	26
VII. SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN	28
a) Vigilancia de ESAVI	29
b) Vigilancia de EPRO	32
c) Vía de administración y sitio de punción	38
d) Manejo de reacciones post vacunación	41
VIII. CADENA DE FRÍO	47
IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN	51
X. ASPECTOS COMUNICACIONALES	57
XI. CAPACITACIÓN	59
XII. SUPERVISIÓN	60
XIII. FISCALIZACIÓN	61
XIV. ABASTECIMIENTO	62
XV. SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO (SCI)	65
XVI. INFORME REGIONAL CAMPAÑA INFLUENZA	66
XVII. ANEXOS	67
ANEXO N°1. GUÍA PARA LA MICRO-PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN	68
ANEXO N°2. FORMULARIO REGISTRO NACIONAL DE INMUNIZACIONES	71
ANEXO N°3. PAUTA SUPERVISIÓN PUNTOS DE VACUNACIÓN	72
ANEXO N°4. PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA VACUNACIÓN	74
ANEXO N°5. REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN	75

I. ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
CAE	Centro Atención Especialidades
CIP	Contenedor Isotérmico Pasivo
CONAF	Corporación Nacional Forestal
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
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
FVV	Farmacovigilancia de Vacunas
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
PDI	Policía de Investigaciones de Chile
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
POE	Procedimiento Operativo Estandarizado
REAS	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud
RNI	Registro Nacional Inmunizaciones
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SDFV	Subdepartamento de Fármaco Vigilancia
SE	Semana Epidemiológica
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SENAPRED	Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SS	Servicio de Salud
UR	Unidades Refrigerantes

II. 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 2025, 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. Las epidemias estacionales de influenza causan cada año una carga significativa de enfermedad global, afectando a personas de todas las edades. Sin embargo, las complicaciones graves pueden llevar a hospitalizaciones y muertes, principalmente en adultos mayores, niños pequeños y personas con condiciones de salud como patologías crónicas o inmunosuprimidos².

Los virus de la influenza A y B cambian constantemente sus principales antígenos superficiales, hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA), mediante un proceso llamado “variación antigénica”. Este fenómeno ocurre por mutaciones puntuales en los genes del ARN que codifican estas proteínas, lo que da lugar a nuevas variantes del virus. A medida que aumenta la prevalencia de anticuerpos contra variantes más antiguas del virus en la población, se suprime la circulación de las variantes que antes eran dominantes, lo que permite que nuevas variantes se vuelvan predominantes. La variación antigénica exige sistemas de vigilancia globales robustos para identificar nuevas cepas y ajustar semestralmente las formulaciones de las vacunas. La eficacia de estas vacunas depende de la concordancia antigénica entre las cepas vacunales y los virus circulantes, lo que puede variar cada año, representando un desafío importante para el control y la prevención global de la influenza.

Existen tres tipos de virus de influenza que afectan a los humanos: A, B, C; el D afecta solo a animales³:

- El virus influenza tipo A es el único virus que puede causar pandemias de influenza. Este virus está dividido en subtipos basados en dos proteínas 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 o reordenamiento genético” del virus, la que se traduce en un proceso a través del cual los virus de influenza intercambian segmentos de genes en un mismo huésped.

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” y “sub-clados” 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.

1 Centers for Disease Control and Prevention. The Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (Influenza) [Internet]. 01 abril 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-12-influenza.html>

2 Orenstein W. Plotkin's Vaccines - Electronic. (8th Edition). Elsevier - OHCE; 2023.

3 Centers for Disease Control and Prevention. Influenza: Types of Influenza Viruses [Internet]. 18 septiembre 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses-types.html>

Los virus de influenza A(H1N1) que circulan actualmente están relacionados con el virus pandémico que causaron una pandemia de influenza el año 2009. 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).

Desde marzo de 2020 no ha circulado el linaje B/Yamagata, siendo indicativo de un riesgo muy bajo de infección por virus de este linaje. Por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado a la mayor brevedad a los fabricantes que dejen de incluir este linaje en las próximas vacunas, debido a que no existe ningún beneficio al incluir esta cepa⁴.

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

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

La OMS en febrero y septiembre de cada año convoca consultas técnicas 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 tetravalentes⁴.

La vacuna contra la influenza para el año 2025 está disponible como vacuna inactivada trivalente o tetravalente. La vacuna trivalente, que se utiliza en la campaña de vacunación contra Influenza 2025 en Chile, contiene tres cepas de influenza, generalmente se utilizan dos cepas de influenza tipo A y una cepa de influenza tipo B, y su fabricación es en base a huevo.

La OMS recomienda que las vacunas trivalentes, a base de huevo, para uso en la temporada de influenza del año 2025 del hemisferio sur contengan las siguientes cepas:

- Un virus similar a A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09;
- Un virus similar a A/Croatia/ 10136RV/2023 (H3N2) y
- Un virus similar a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

⁴ World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2025 southern hemisphere influenza season. 27 septiembre 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-southern-hemisphere-influenza-season>

c. Situación epidemiológica mundial

La OMS señala que cada año, principalmente durante el invierno, la influenza estacional infecta hasta 1.000 millones de personas, lo que la convierte en uno de los virus respiratorios infecciosos más comunes después del resfriado común. A pesar de que se registran cientos de millones de casos cada año, la gran mayoría no son graves. Sin embargo, la OMS estima que anualmente se producen entre 3 y 5 millones de casos graves y entre 290.000 y 650.000 muertes respiratorias⁵.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa la situación epidemiológica de influenza a la Semana Epidemiológica (SE) 52 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/OMS⁶:

Según se observa en la figura 1, 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, correspondiendo a los subtipos de influenza A(H3N2) en su mayoría.

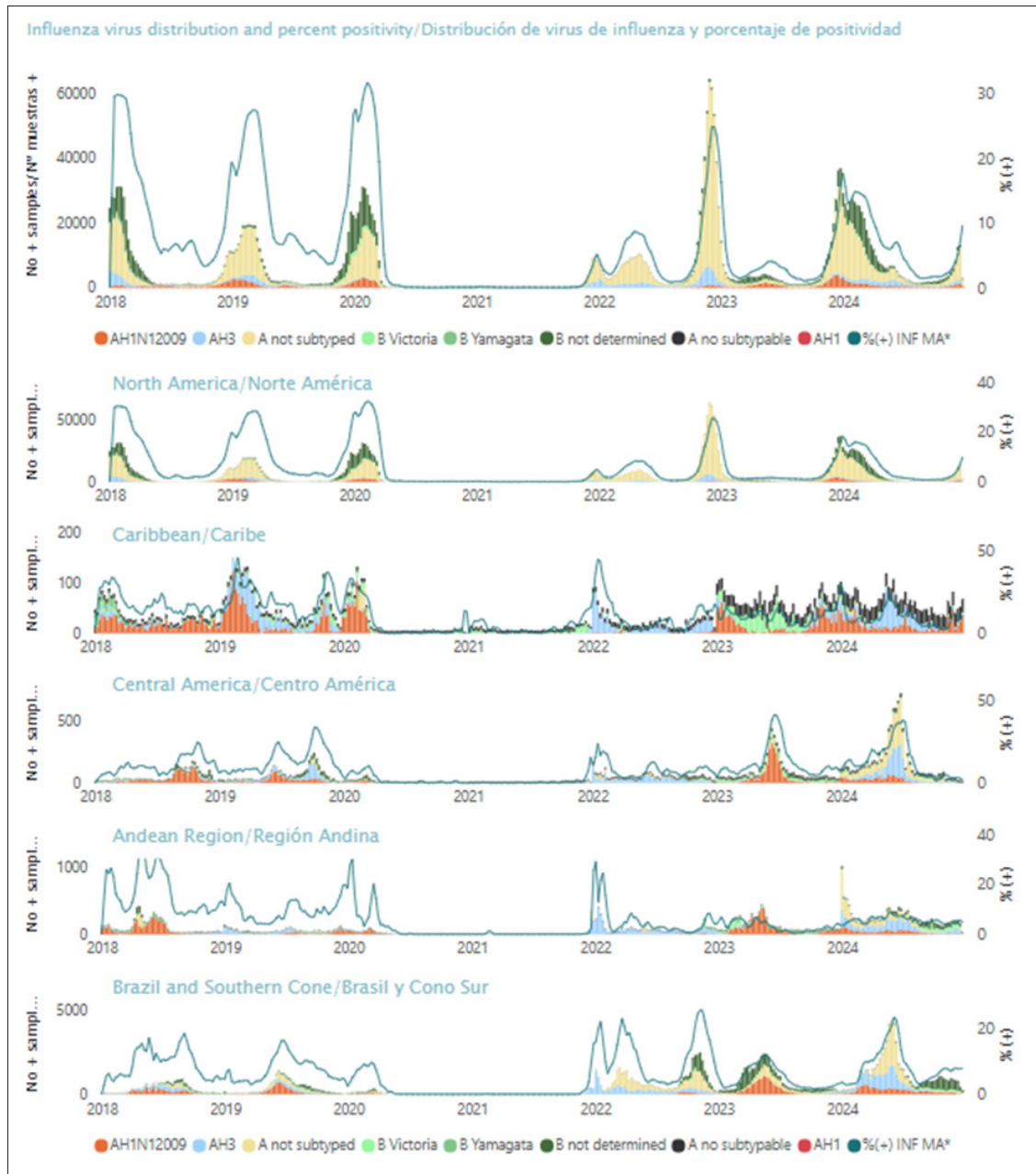
Respecto a América del Sur (en específico Brasil y el cono Sur), durante el año 2023 la mayor cantidad de casos fueron a causa de la influenza tipo B y en menor medida por influenza A(H1N1) pdm09 e influenza A(H3N2). En la región Andina, la influenza ha permanecido estable en niveles bajos de circulación.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

La actividad de influenza en la región en las últimas semanas epidemiológicas de 2024 se ha observado un aumento en: América del Norte llegando a niveles epidémicos; en el Caribe; en algunos países de la subregión Andina tales como Ecuador donde la actividad de influenza supera el umbral epidémico. En el Cono Sur, ha habido un leve aumento de influenza, aunque se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países, con excepción de Argentina y Chile.

5 World Health Organization. The burden of Influenza. 30 marzo 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-burden-of-influenza>

6 Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas SE 52 del 2024 [Internet]. (Acceso el 14 enero 2025). Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

FIGURA N°1: DISTRIBUCIÓN DE VIRUS INFLUENZA Y PORCENTAJE DE POSITIVIDAD 2018- SE52 2024.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud⁶.

d. Situación epidemiológica en Chile

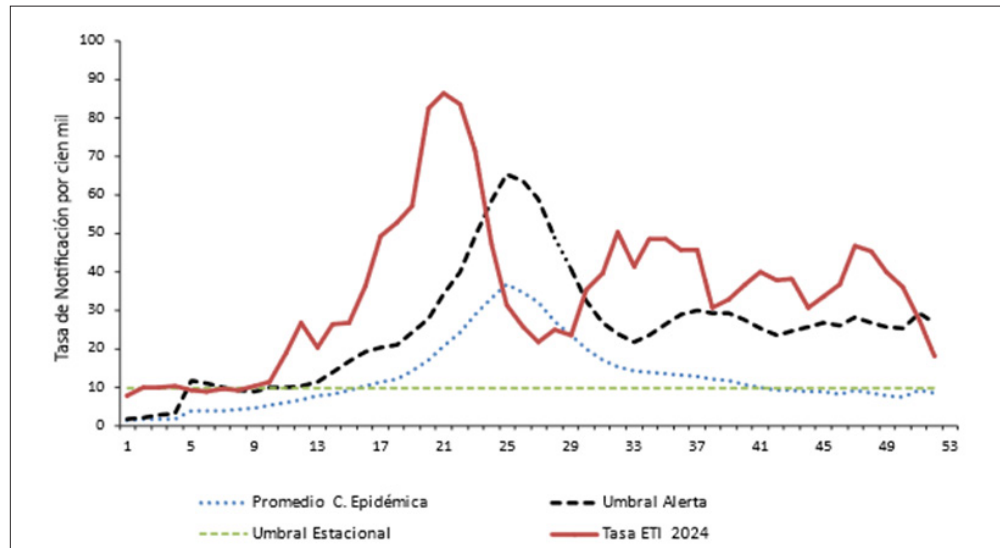
En Chile, en relación a la vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI) y a la vigilancia de infecciones respiratoria aguda grave (IRAG) analizada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud a nivel nacional, que tienen relación con el virus de influenza, se señala lo siguiente:

- Vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI): La tasa de notificación de vigilancia centinela de la ETI en la Atención Primaria en Salud (APS) en la semana epidemiológica (SE) 52 de 2024 se observó bajo el umbral de alerta epidémico con 18,1 casos notificados por cada 100.000 habitantes. Las regiones con mayor tasa de notificación fueron Magallanes, Tarapacá y Aysén⁷.

⁷ Departamento de epidemiología-Ministerio de Salud. Informe epidemiológico N°52: Vigilancia centinela ETI e IRAG de influenza y otros virus respiratorios. 02 enero 202. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/01/EPIDEMIOLOGICO_N_52_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf

- Se observa en la figura 2, que la tasa ETI para la SE 52 presenta un descenso en comparación a las semanas anteriores, pero se mantiene sobre la curva epidémica promedio de los años 2016 al 2023 y bajo el umbral Alerta. En la SE 20-22 se observa un peak de la tasa de ETI durante 2024.

FIGURA N°2: NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. CHILE, SE 52 DE 2024 (COMPARADO CON 2016-2023*)



*Se excluye años 2020, 2021 y 2022 por ser considerados años epidémicos.

Fuente: Vigilancia centinela ETI. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud⁷.

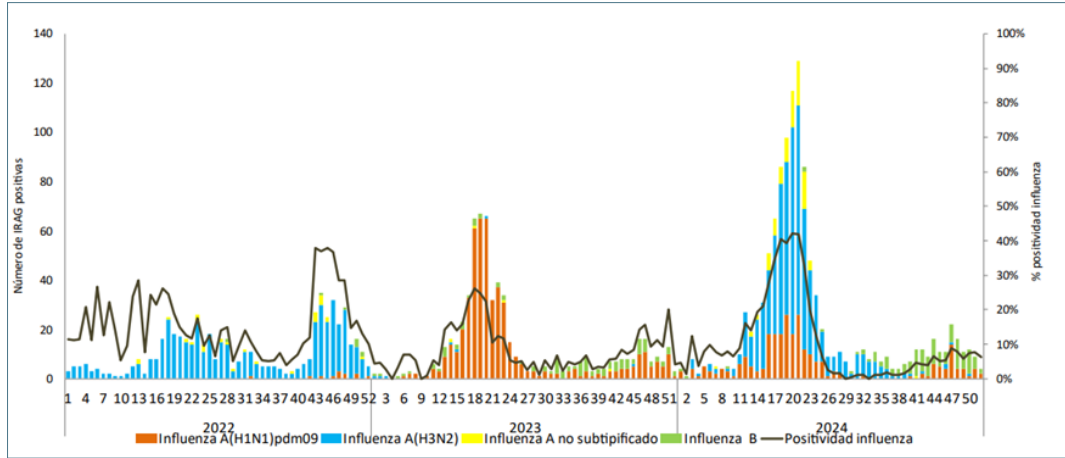
- Vigilancia de infecciones respiratoria aguda grave (IRAG): Entre la SE 1 a SE 52 de 2024 en la vigilancia centinela IRAG, se confirmaron 1.067 casos de influenza, principalmente Influenza A(H3N2) con 581 casos, con 296 casos ingresados a cama crítica y 90 fallecidos. Los casos se han presentado principalmente en la región Metropolitana, Tarapacá y Valparaíso.

En la SE 52 la positividad global de virus respiratorios en la vigilancia de IRAG fue del 28,1% y se presentaron casos asociados a Rinovirus con una positividad 18,8%, seguido por SARS-Cov-2 con 14,1%, Influenza A e Influenza B con 3,1% respectivamente, Parainfluenza, Adenovirus y Metapneumovirus con un 1,6% cada uno.

Hasta la SE 52 del año en curso se observa que los grupos etarios predominantes de casos IRAG influenza son los mayores de 60 años, que corresponden al 48% del acumulado del año, seguido por el grupo etario de 5-19 años con 17% y las personas de 40-59 años con 14%. En la SE 52 se presentaron casos IRAG asociados a influenza perteneciente al grupo etario de 40 a 59 años (50%), seguido por el grupo de 20 a 39 años y mayores de 60 años (25% respectivamente).

Durante el 2024, los casos de influenza en su mayoría han sido por el virus tipo A(H3N2) y A(H1N1), sin embargo, en las últimas semanas del año hubo un aumento de casos por influenza tipo B y una disminución de influenza tipo A (figura N°3).

FIGURA N°3: CASOS DE IRAG ASOCIADOS A INFLUENZA Y SEMANA EPIDEMIOLÓGICA EN HOSPITALES CENTINELAS IRAG. CHILE, AÑOS 202-2024 SE 52.

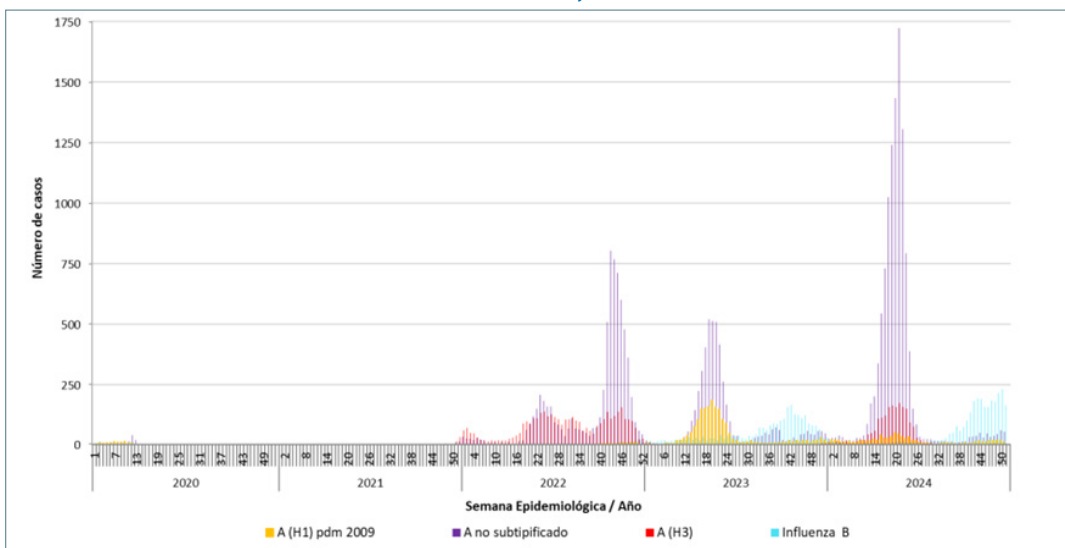


Fuente: Vigilancia centinela IRAG. Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.

Respecto a la vigilancia de laboratorio de virus influenza realizada en el Instituto de Salud Pública (ISP) con muestras de pacientes hospitalizados, ambulatorios y servicios de urgencia a nivel nacional, durante 2024 se observó un descenso de la circulación de influenza A. Hubo co-circulación de Influenza A(H3N2) y A(H1N1) pdm09 en el país, con predominio de la primera por sobre la segunda (69,7% vs 30,3%)⁸.

Hasta la SE N°52 del 2024, el porcentaje de detección de virus respiratorios obtenido por la vigilancia de ISP fue de: Rinovirus (31,2%), Influenza A (17,3%), SARS-CoV-2 (11,7%), VRS (10,5%), Metapneumovirus (8,5%), Parainfluenza (7,5%), Adenovirus (6,9%), Influenza B (3,5%) y Otros virus respiratorios (3%).

FIGURA N°4: DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE INFLUENZA POR TIPOS Y SUBTIPOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, CHILE 2020-2024.**



**Información hasta la SE N°51 del 2024.

Fuente: Sección Virus Respiratorios y Exantemáticos. Departamento de Laboratorio Biomédico. Instituto de Salud Pública de Chile.

⁸ Instituto de Salud Pública. Informe de circulación de virus respiratorios. 30 diciembre 2024. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/wp-content/uploads/2024/12/Informe-circulacion-virus-respiratorios-SE52-30-12-2024.pdf>

e. Situación de influenza aviar en la región de las Américas

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 patógena⁹:

- 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.

Desde 2020, se ha detectado un alto número de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Américas, Asia y Europa, en la mayoría de ellos relacionados a la detección del Influenza A(H5N1) del clado 2.3.4.4b. Desde 2022, 19 países de tres continentes han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). Desde inicios de 2003 hasta el 1 de noviembre del 2024, se notificó a la OMS 939 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluido 464 defunciones (letalidad del 49,4%), en 24 países a nivel global¹⁰.

Desde 2022 hasta el 2 de diciembre de 2024 se notificaron 61 casos de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas, registrándose un aumento creciente en los últimos dos meses. Los cuatro países que han tenido casos por A(H5) son: 58 casos en los Estados Unidos, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023. Durante el año 2024, se notificaron 58 casos humanos, uno en Canadá y 57 en los Estados Unidos. El 74% (n=43) de los casos notificados en ese año, se reportó entre octubre y noviembre del 2024; el 59% de los casos asociado a exposición a ganado lechero y en 5% (n=3) no se ha podido establecer la fuente de exposición. El 96% (n=56) de los casos corresponde a personas mayores de 18 años. Con relación a los datos del subtipo identificados en el total de casos, en el 21% (n= 12 casos) se confirmó el subtipo H5N1 y en el 21% (n= 12 casos) se identificó el clado 2.3.4.4b, para tres de estos casos el genotipo fue B3.13. Hasta el 2 de diciembre del 2024, la transmisión del virus de influenza aviar A(H5N1) de persona a persona no fue notificada.

Vacunación contra Influenza en el contexto de influenza aviar

Respecto a la vacunación en el contexto de la influenza aviar, existen algunas vacunas de uso humano contra la influenza aviar A(H5) autorizadas por instituciones tales como FDA o EMA, pero su uso está restringido. Dado que el riesgo de infección zoonótica sigue siendo bajo, la OMS no recomienda la vacunación de la población con estas vacunas en periodo interpandémico.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Influenza aviar. (acceso 14 enero 2025). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-aviar>

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la de la Salud. Alerta Epidemiológica: Casos Humanos de Influenza Aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, 3 de diciembre del 2024. Disponible: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-12/2024-dic-3-phe-alerta-influenzaaviar-esp-final2.pdf>

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 tiempo, que pudiera resultar en nuevas cepas con potencial pandémico. Por lo anterior, la OMS recomienda la vacunación contra influenza estacional en personas con riesgo de infección por virus de influenza A (H5), especialmente en zonas con casos confirmados de influenza aviar en animales.

En Chile, la recomendación del Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI) es no incorporar la vacuna contra virus influenza A(H5N1) por el momento e incluir a los trabajadores ganaderos en la campaña de vacunación contra influenza 2025, con la finalidad de disminuir el riesgo de coinfecciones por virus de influenza de distinto origen¹¹.

11 Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización. Recomendación del CAVEI sobre incorporación de la vacunación contra influenza aviar en el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile e incorporación de trabajadores ganaderos como grupo objetivo para la campaña de vacunación contra influenza 2025. 17 julio 2024. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/10/Recomendacion-CAVEI-sobre-vacunacion-contra-IA-H5N1.pdf>

III. CAMPAÑA DE VACUNACIÓN 2025

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 últimas condiciones, en base a la evaluación e indicación médica, se puede retrasar la administración de la vacuna hasta la remisión o estabilización de la condición de base, 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 5° año básico** (independiente de la edad).
- 6. Estrategia capullo para familiares de lactantes prematuros de <37 semanas de gestación.**
- 7. Estrategia capullo para familiares de lactantes inmunosuprimidos (**) menores de 6 meses de edad.**
- 8. Docentes y asistentes de la educación preescolar y escolar hasta 8° 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, ganaderas 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^(a), de pequeñas moléculas^(b), corticoides^(c) y otros como el metotrexato, Sulfasalazina, Micofenolato mofetilo, Azatioprina, Ciclofosfamida, Tracolimus, Ciclosporina.

^(a) 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®) | -Dipilimab (Dupixent®) |
| -Rituximab (Mabtheral® y sus biosimilares) | -Belimumab (Benlysta®) |
| -Tocilizumab (Actemra®) | -Ocrelizumab(Ocrevus®) |
| -Ustekinumab (Stelara®) | -Ofatumumab (Kesimta y otros) |
| -Certolizumab (Cimzia®) | -Alentuzumab (Lemtrada®) |
| -Golimumab (Simponi®) | -Fingolimod |
| -Abatacept (Orencia®) | -Cladribina (Levstatin® y otros) |

^(b) Las siguientes se consideran terapias con pequeñas moléculas:

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

^(c) 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.

En el caso de trabajadores de avícolas, ganaderas y de criaderos de cerdo, el propósito de vacunarlos es evitar un cambio genético de la cepa influenza humana al interactuar directamente con las cepas de influenza de ambas especies.

Para el año 2025 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).
- 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 trabajará en elecciones presidenciales y parlamentarias año 2025.
- 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 (FFAA) y Estado Mayor Conjunto.

- Alumnos de escuelas de formación Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública (Armada-Fuerza Aérea-Carabineros y PDI).
- Soldados conscriptos del Ejército de Chile.
- Personal de laboratorios que realizan detección de virus influenza.
- Personal que desarrolla atención directa al público en farmacias comunitarias (comunales y privadas).
- Trabajadores y trabajadoras de medios de comunicación (se solicitará credencial del medio de comunicación).
- Poblaciones definidas por las autoridades del Ministerio de Salud (MINSAL), según riesgo epidemiológico.

Otras vacunas indicadas para población objetivo

Para aprovechar la oportunidad de vacunación, se indica la administración de otras vacunas del calendario de inmunizaciones que corresponden a los siguientes grupos objetivo:

- **Embarazadas:** vacuna contra difteria, tétanos y coqueluche **-(dTp) acelular-** a las 28 semanas de edad gestacional. Esta vacuna se debe administrar en cada embarazo.
- **Personas de 65 años:** vacuna contra enfermedades invasoras por *Streptococcus pneumoniae* **-Neumocócica polisacárida 23 valente-**. La vacuna puede ser administrada a personas de 64 años que durante el año en curso cumplirán 65, al igual que en población de edades superiores que no cuenten con esta dosis.

Los productos biológicos antes mencionados pueden ser administrados en la misma visita al vacunatorio junto a la vacuna contra la influenza y COVID-19, si corresponde, pero en sitios anatómicos distintos.

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) validadas por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

Las poblaciones de enfermos crónicos desde los 11 a los 59 años, personal de salud público y privado, trabajadores avícolas, criaderos de cerdos y otras prioridades, fueron calculadas según el número de inmunizados registrados en RNI 2024.

La población de trabajadores ganaderos ha sido estimada según datos entregados por instituciones relacionadas a estos grupos.

Para el cálculo de la estimación 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”*¹² (pág. 41-42) que utiliza el número de nacidos vivos, descartando los partos múltiples. Para calcular el número de nacidos vivos de partos únicos esperados para el año 2025, se considera el comportamiento demográfico decreciente de los nacimientos en el país. Además, se realizan ajustes debido a que algunas gestantes no conocen su estado de embarazo en el primer mes.

La población objetivo Campaña Influenza 2025 desagregada por región, se enviará a las/los referentes PNI de SEREMI y SS a través de un Ordinario que se utilizará para el cálculo de cobertura.

¹² 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>

Meta

Para el año 2025, la meta de vacunación contra influenza es de 85% a nivel nacional y por cada grupo objetivo.

Inicio de la campaña

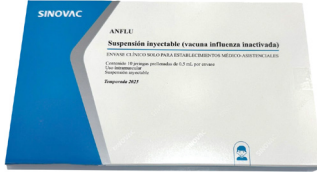
La campaña de vacunación dará inicio el día 01 de marzo de 2025.

IV. CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA DISPONIBLE TEMPORADA 2025 (en base al folleto de información al profesional)

Durante la campaña de vacunación anti influenza 2025 estará disponible la vacuna trivalente contra la influenza del laboratorio Sinovac, de nombre comercial "Anflu®".

En la tabla N°1 se indica la cantidad de vacunas adquiridas y características generales del producto:

TABLA N°1: COMPRA DE VACUNA INFLUENZA 2025 – LABORATORIO SINOVAC®

VACUNA	CANTIDAD	PROVEEDOR	PRESENTACIÓN	
			ENVASE PRIMARIO	ENVASE SECUNDARIO
Anflu® 2025	8.650.000 dosis	Laboratorio Sinovac	Jeringa prellenada de 0,5 mL	 <p>10 jeringas prellenadas</p>

Fuente: Elaboración propia Dpto. de Inmunizaciones, 2025

Esta vacuna cumple con la recomendación de la OMS para la formulación de la vacuna en el hemisferio sur temporada 2025.

En la tabla N°2 se presenta la composición de antígenos de esta vacuna:

TABLA N°2: COMPOSICIÓN EN 0,5 ML DE ANTÍGENOS DE SUPERFICIE INACTIVADOS (HEMAGLUTININA Y NEUROAMINIDASA) DE LAS SIGUIENTES CEPAS*

Antígeno inactivado de cepa A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09 cepa que deriva de (A/Victoria/4897/2022,ivr-238)*	15 mcg HA**
Antígeno inactivado de cepa A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2) cepa que deriva de (A/Croatia/10136RV/2023, nymc x-425A)*	15 mcg HA**
Antígeno inactivado de cepa B/Austria/1359417/2021 (Linaje B/Victoria) cepa que deriva de (B/Michigan/01/2021)*	15 mcg HA**

* Virus de la influenza cultivados en huevos embrionados de gallina.

** Antígenos de hemaglutinina.

Excipientes

Cloruro de potasio, fosfato monobásico de sodio, fosfato disodio hidrogeno y agua para inyectables.

La vacuna puede contener trazas de huevos, como ovoalbúmina, formaldehido, Triton X-100 y sulfato de gentamicina, que se utilizan durante el proceso de fabricación.

Presentación

Envase primario: Jeringa prellenada de 0,5 mL.

Envase secundario: Contiene 10 jeringas prellenadas (0,5 mL).

Vía de administración

La vacuna se administra mediante inyección intramuscular (IM) en zona deltoidea en lactantes a partir del año de vida y en el músculo vasto externo en lactantes menores de un año de edad (6 meses a <1 año de edad).

Apariencia

Suspensión ligeramente opalescente.

No utilice este producto en el caso de que se detecte alguna grieta o etiqueta poco clara en el envase, que el producto esté fuera de su fecha de caducidad o haya algún aspecto anormal, por ejemplo, la vacuna se encuentre turbia, o exista un aglomerado de partículas que no puedan desaparecer con agitación. Si se observa alguna partícula extraña o coloración diferente a la indicada anteriormente, se debe dejar en cuarentena e informar al PNI de la SEREMI de Salud correspondiente.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de la vacuna, incluidos sus excipientes, o cualquier componente presente en cantidad de trazas, tal como formaldehído, tensoactivo "Tritón X-100", gentamicina, ovoalbúmina y proteína del pollo.
- Personas que tienen enfermedades agudas, enfermedades crónicas graves no controladas o en etapa aguda, resfriado y fiebre. En estos casos, se deberá retrasar la vacunación hasta la recuperación.
- Personas con epilepsia no controlada u otra enfermedad progresiva del sistema nervioso.

Advertencias y precauciones

- Su administración no puede ser por vía intravascular.
- Este producto debe utilizarse con precaución en personas susceptibles a tener convulsiones, episodios de epilepsia o que cuenten con antecedentes familiares relacionados.
- Se debe administrar con precaución en pacientes con desórdenes cardiovasculares crónicos, desórdenes respiratorios crónicos o diabetes.
- En personas que tienen o han tenido el síndrome de Guillain-Barré, los profesionales sanitarios deben evaluar los riesgos potenciales de administrar la vacuna frente a los beneficios potenciales.
- La respuesta inmunológica en pacientes en tratamiento inmunosupresor puede verse disminuida.

Embarazo

No hay datos de ensayos clínicos disponibles sobre el uso de este producto en embarazadas y lactantes. Sin embargo, los datos sobre el uso de vacunas inactivadas contra influenza a nivel mundial no indican que tengan algún efecto perjudicial para el feto o la madre embarazada atribuible a la vacuna. Por lo tanto, se puede utilizar en embarazadas.

Lactancia

Se puede utilizar en periodo de lactancia.

Uso de otros medicamentos e interacciones

Puede ser administrado al mismo tiempo que otras vacunas, en extremidades diferentes.

La administración de fármacos como inmunosupresores, quimioterapéuticos, antimetabolitos, agentes alquilantes, fármacos citotóxicos, corticosteroides e inmunoglobulina, puede disminuir la respuesta inmunológica.

Reacciones adversas

Eventos o reacciones adversas esperables de la vacuna contra influenza Anflu®:

TABLA N°4: REACCIONES ADVERSAS ESPERABLES DE LA VACUNA ANFLU®

TIPO DE REACCIÓN	FRECIENTES*	POCO FRECUENTES**
Locales (sitio de administración)	Dolor	Prurito Eritema Hinchazón Induración
Sistémicos	Fiebre Fatiga Dolor de cabeza	Mareo Mialgia Artralgia Disminución del apetito Náuseas Vómitos Diarrea Dolor abdominal Tos Dolor orofaríngeo Decaimiento

Frecuencia de aparición:

*Frecuentes $\geq 1\%$, $<10\%$

**Poco Frecuentes $\geq 0.1\%$, $<1\%$

La notificación de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) se realiza a través de la plataforma del ISP del Sistema de Vigilancia Integrada (SVI) para la comunicación de eventos adversos: <https://svi.ispch.gob.cl/isp/index>. EL SVI es un portal único para que profesionales de la salud (establecimientos de salud público y privado, farmacias comunitarias, titulares de registro sanitario) y el público general puedan notificar posibles efectos adversos asociados a productos sometidos a control sanitario, como las vacunas.

La notificación de los errores programáticos (EPRO) la debe realizar el personal de salud, quienes deben completar y enviar el formulario de notificación a sus respectivos SEREMI de Salud y Servicios de Salud (SS). Las SEREMIs de Salud a su vez, remitirán 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/vacunacion-segura/>.

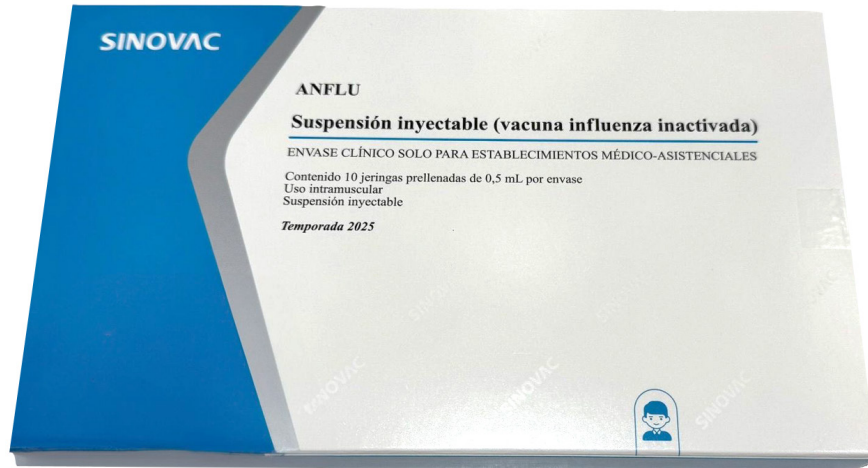
Almacenamiento

Almacenar entre +2°C y +8°C.

Proteger de la luz.

No congelar.

FIGURA N°5: ENVASE SECUNDARIO VACUNA ANFLU® TEMPORADA 2025



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 y actividades relativas a los distintos niveles de gestión:

Departamento de Inmunizaciones del Nivel Central:

- Asesorar a autoridades del MINSAL en temas técnicos operativos relacionados con el PNI.
- 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 *"Para el almacenamiento y transporte de medicamentos refrigerador y congelados"*.
- Realizar las coordinaciones intra y extra institucionales necesarias para dar cumplimiento a los requerimientos de la planificación y la ejecución de la intervención.
- Oficiar a las SEREMI de Salud del país para comprometer su responsabilidad en la gestión de la intervención y el cumplimiento de sus propósitos sanitarios al nivel regional.
- Coordinar con el ISP las acciones necesarias en caso de ESAVI, que se presenten y que sean de carácter grave y/o causen alarma pública, de acuerdo con lo instruido en la *"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"*¹³.
- Vigilar de manera continua los 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 para la población.
- Coordinar con el DEIS el monitoreo y análisis de los datos para alertar al nivel intermedio de posibles errores de registro y así 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 PNI de SEREMI de Salud y Servicios de Salud en materias técnicas de la campaña de vacunación y RNI.

¹³ 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/2024/07/norma-N%C2%B0670-Gu%C3%ADa-Vacunaci%C3%B3n-Segura-8-oct-2013-1-min.pdf>

Referente PNI de SEREMI de Salud:

- Coordinar e implementar el Plan de Vacunación Campaña Influenza Regional.
- Cautelar y gestionar las vacunas, insumos y demás recursos públicos destinados a la campaña 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 y administrativas de la campaña de vacunación.
- Informar periódicamente a los establecimientos de salud el número de personas vacunadas y las brechas para el cumplimiento de las coberturas comprometidas.
- Vigilar el cumplimiento de la cadena de frío durante los procesos de recepción, almacenamiento y distribución de vacunas en los DVI.
- Velar por el correcto acondicionamiento de los Contenedores Isotérmicos Pasivos (CIP) y el registro completo del *"Formulario pedido entrega de productos biológicos PNI"* en la entrega de vacunas desde el DVI.
- Cumplir con los procedimientos de recepción y control de stock en el DVI, según lo establecido por el SGC.
- 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 durante el traslado y al llegar al establecimiento de destino, notificando cualquier excursión de temperatura según protocolo establecido y procedimiento vigente.
- Cautelar que exista una logística de distribución y/o entrega de vacunas e insumos que asegure el abastecimiento oportuno de los vacunatorios.
- Mantener al día el sistema de control de inventario online de cada DVI, registrando la recepción, distribución, monitoreo y cuadratura de las vacunas e insumos destinados a la intervención.
- Vigilar el cumplimiento de las coberturas de vacunación en la región bajo su jurisdicción y apoyar a las autoridades del nivel ejecutor en la investigación de causas y la implementación de estrategias correctivas, cuando éstas se encuentren bajo el nivel de la meta establecida.
- Asegurar que los vacunatorios privados que participan en la 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 *"Guía de Vacunación Segura: Sistema de Notificación, Evaluación e Investigación de ESAVI-EPRO"*.¹⁴
- Reportar información al nivel central y/o realizar investigación de ESAVI de acuerdo con lo solicitado por el Departamento de Inmunizaciones o Subdepartamento de Farmacovigilancia en Vacunas (SDFV) del ISP de acuerdo a lo instruido en la *"Guía de Vacunación Segura"*.¹⁴
- Implementar en conjunto al SS estrategias comunicacionales regionales durante el desarrollo de la campaña, según los lineamientos dispuestos por el MINSAL.

Referente PNI del Servicio 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 2025 por parte de la población objetivo.
- Solicitar las microplanificaciones de cada establecimiento de salud (esta actividad solo corresponde a los establecimientos públicos de la red asistencial) - ver anexo N°1.
- Capacitar a los equipos pertenecientes a la red de vacunatorios públicos en materias técnicas de la campaña de vacunación, RNI y cadena de frío.
- Promover 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.
- Supervisar las coberturas de vacunación en los establecimientos asistenciales bajo su jurisdicción e instruir medidas cuando se encuentren bajas.
- Supervisar que las actividades extramurales se desarrollen cumpliendo los estándares técnicos de calidad y seguridad para la ejecución de la campaña.
- Establecer las comunicaciones necesarias con los directores de las Corporaciones y Departamentos de Salud Municipal, con directores de los establecimientos de la red pública de salud y directores de establecimientos de educación que sea pertinente, para difundir, instruir y definir estrategias conducentes al cumplimiento de los objetivos sanitarios, estándares técnicos y plazos definidos por el MINSAL.
- 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 2025.
- 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).

Equipo PNI del Nivel Ejecutor:

- El director del establecimiento de salud es quien debe asegurar que la campaña sea ejecutada conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos según lo dispuesto en el Decreto de Obligatoriedad, lineamientos técnicos operativos y asignar equipo responsable de la vacunación.
- Capacitar a los equipos vacunadores en los aspectos técnicos y normativos de la campaña.
- 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)¹⁴.
- Identificar población cautiva, pendiente por vacunar o rechazos (ver anexo N°5), ejecutando acciones efectivas de vacunación.
- Monitorear el cumplimiento de la normativa vigente respecto a la administración y manipulación de las vacunas.
- Monitorear el cumplimiento de las coberturas e informar oportunamente a su jefatura cuando estas se encuentren bajo lo meta esperada.

14 Ministerio 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/2024/07/Res.Exenta-No-973-Norma-Gral.-procedimientos-POE-Completa-min.pdf>

- Detectar los ESAVI y EPRO que se presenten durante el desarrollo de la campaña y realizar la 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"*¹⁴. Notificar en formularios correspondientes, disponibles en el sitio web <https://vacunas.minsal.cl/vacunacion-segura/>.
- Coordinar el correcto retiro o recepción de vacunas con su respectivo DVI, según normativa.
- Mantener el monitoreo continuo de temperaturas durante la recepción, almacenamiento o desarrollo de actividades intra y extramurales.
- Notificar las excursiones de temperatura de forma oportuna, según normativa vigente.
- Mantener actualizado, de manera diaria, el stock de vacunas, insumos y demás recursos públicos destinados a la campaña.

VI. ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Las estrategias de vacunación se realizan de acuerdo al contexto epidemiológico y a las recomendaciones entregadas por la autoridad sanitaria.

Estrategias de vacunación intramurales

- 1) Vacunación en establecimientos de salud:** 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 del país. Dentro de los establecimientos de salud se podrá implementar puntos de vacunación para la población objetivo tales como box exclusivos y separados según grupo etario de personas mayores, crónicos, niños/as y personas gestantes, al igual que puntos de vacunación en salas de espera, en los Centros de Atención de Especialidades (CAE) a población bajo control al momento de atención, en Servicio de Orientación Médica Estadística (SOME), farmacia, entrega de alimentos u otros sectores de alto flujo de personas, manteniendo siempre las recomendaciones de campaña de vacunación contra la influenza.
- 2) Vacunación a personas hospitalizadas al momento del alta:** Dado que una importante cantidad de la población objetivo se encuentran en control en hospitales de alta y mediana complejidad, las vacunaciones deben estar dirigidas a implementar vacunatorios o puntos de vacunación en dichos establecimientos de salud, como apoyo a la vacunación para el resto de la población objetivo que no accede a la red de vacunatorios públicos o privados en convenio. Por lo tanto, es fundamental apoyar las estrategias de vacunación, facilitando la ejecución de este proceso en hospitales de alta o mediana complejidad, para acercar esta actividad a la población objetivo que se controla en policlínicos de especialidad o al alta de su hospitalización.

Estrategias de vacunación extramurales

- 1) 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 de población objetivo, al igual que deben considerar la movilidad hacia diferentes sectores de cada comuna. Se deben programar según días y horarios más apropiados, acompañando con actividades de promoción y difusión para facilitar la captura de esta población, para ello es fundamental generar alianzas estratégicas con el extrasector.
- 2) Vacunación a grupos cautivos:** Esta fase, idealmente, debe comenzar en las primeras cuatro semanas de la campaña, considerando los diferentes niveles educativos como salas cunas, jardines infantiles y escolares hasta 5º básico, a las personas institucionalizadas en Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores (ELEAM) o establecimientos psiquiátricos, SENAME, Mejor Niñez, entre otros, al igual que en sedes de juntas de vecinos y centros de adultos mayores (coordinación con dirigentes comunales y agrupaciones para adherencia de grupos priorizados). De acuerdo a la normativa "*Procedimientos Operativos Estandarizados*" (POE)¹⁵, 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.

- 3) 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/o 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 vacunatorio.

Otras estrategias

1. Coordinación con diferentes organismos sociales y con equipo de salud para derivación a los diferentes programas.
2. Rescate telefónico, implementación de call center y link web, para inscripción y solicitud de vacunación en domicilio.
3. Difusión en redes sociales, paneles informativos y alto parlantes, etc.
4. Promoción de la vacunación y difusión de lugar y hora para vacunación de funcionarios/as, mediante correo electrónico o contacto telefónico.

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°9: PROCEDIMIENTOS PARA UNA VACUNACIÓN SEGURA

Confirmar la identidad del/la usuario/a a vacunar	Mediante el documento de identificación (ejemplo: Carnet de identidad - Pasaporte - DNI - otros).		
Leer atentamente el folleto de la vacuna	Composición - Conservación - Almacenamiento - Duración - Dosis - Esquema - Vías de administración - Reacciones adversas - Otros.		
Verificar contraindicaciones especificadas en el folleto de la vacuna	Hipersensibilidad a algún componente de la vacuna.		
Revisar la fecha de vencimiento y aspecto físico de la vacuna	Recordar que, si aparece mes/año, el vencimiento es el último día de ese mes. Revisar coloración y presencia de cuerpos extraños y notificar si corresponde.		
Conservar la cadena de frío	Mantener control y registros de temperatura. En caso de pérdida de cadena de frío, se debe notificar según normativa vigente.		
Informar al/la usuario/a acerca de los posibles efectos adversos después de la vacunación	Entregar información en base a lo que indica el folleto del fabricante.		
Chequear los correctos	<table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente correcto ▪ Edad correcta ▪ Vacuna correcta ▪ Dosis correcta </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vía y sitio de administración correcto ▪ Registro correcto ▪ Verificación de los antecedentes de alergia </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente correcto ▪ Edad correcta ▪ Vacuna correcta ▪ Dosis correcta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vía y sitio de administración correcto ▪ Registro correcto ▪ Verificación de los antecedentes de alergia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente correcto ▪ Edad correcta ▪ Vacuna correcta ▪ Dosis correcta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vía y sitio de administración correcto ▪ Registro correcto ▪ Verificación de los antecedentes de alergia 		
Administrar la vacuna según lo establecido en norma técnica vigente	Revisar “Norma general técnica sobre procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del PNI” ¹⁵ . Procedimiento “Manipulación y administración de vacunas”.		
Registro vacunación	Registrar correcta y oportunamente los datos de la vacunación en sistema RNI u otro acreditado para interoperar, en módulo y criterio correspondiente. Si no cuenta con sistema completar planilla manual (anexo N°2).		
Observar al paciente por 30 minutos después de la vacunación	Verificar posibles eventos adversos y entregar la atención oportuna en caso de ser necesario.		
Notificar ESAVI y EPRO	Las notificaciones deben realizarse por la vía oficial: <ul style="list-style-type: none"> - ESAVI: a través de la plataforma SVI. - EPRO: a través de formulario vigente, vía correo electrónico a la SEREMI de Salud correspondiente. 		
Eliminar correctamente todos los elementos utilizados en la vacunación	Eliminar todas las jeringas con o sin remanente de dosis en contenedores de residuos especiales, según el Reglamento sobre manejo de Residuos en Establecimientos de Atención de Salud (REAS), Decreto Supremo N°6 del Ministerio de Salud, año 2009. 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 2025

a. VIGILANCIA DE ESAVI

Los ESAVI corresponden a las manifestaciones que se presentan posteriores a la administración de vacunas que se sospeche fue ocasionado por alguna de ellas y que no pueden ser atribuidos inicialmente a alguna patología específica. Para su vigilancia se han establecido los lineamientos correspondientes y se debe dar cumplimiento a la Guía de Vacunación Segura¹⁴ 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.

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.
- **ESAVI no serios:** Corresponden a eventos que no representan un riesgo a la salud del paciente, de resolución espontánea o que requiere tratamiento ambulatorio. Por ejemplo: dolor en el sitio de inyección, fiebre, dolor de cabeza, reacción en el sitio de administración, entre otros.

Notificación ESAVI

La notificación de un ESAVI es una de las responsabilidades del Nivel Ejecutor (centro asistencial notificador o vacunatorios públicos y privados 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”¹⁴ 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 la vía oficial:
 - » Plataforma SVI a la cual puede acceder a través del siguiente link: <https://svi.ispch.gob.cl/>.
 - » Esta plataforma actualmente permite la notificación de ESAVI por profesionales de la salud y población general.
- Es importante que al realizar la notificación se completen todos los campos requeridos, ya que esto incide directamente en la evaluación inicial de la notificación.
- El centro asistencial notificador debe cautelar que las notificaciones cumplan con los plazos establecidos, según la seriedad del ESAVI y de acuerdo con la reglamentación vigente en la cual se señala que se deben reportar todos los casos serios dentro de las 72 horas siguientes a la toma de conocimiento del hecho. Los casos no serios también deben notificarse, dentro de un plazo de 30 días. Se sugiere que la notificación se realice lo antes posible.

- El encargado del PNI del establecimiento notificador u otro profesional donde se encuentra el/la usuario/a, debe realizar la investigación del caso y entregar información solicitada por el SDFV y por el PNI. En establecimientos de salud de atención secundaria y terciaria, el responsable será el encargado de epidemiología o el funcionario que la autoridad del establecimiento designe.
- El equipo de salud debe mantener comunicación continua con el/la usuario/a en relación a la evolución del caso, tratando de aportar comentarios clínicos y con base científica para orientarlos dentro de esta situación. Esta debe ser realizada directamente por el equipo de salud tratante, de acuerdo a la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes de los pacientes explicando en forma clara y precisa al usuario o a los acompañantes cualquier duda que presenten en cuanto al proceso de la vacunación, posibles ESAVI que se pudieran presentar o que se hayan presentado.

Recomendaciones ante la presencia de ESAVI

Durante el periodo de observación, el funcionario de salud debe entregar información con respecto a los ESAVI no serios y serios.

En el caso de **ESAVI no serio** de debe recordar que son esperables y mencionar al/la usuario/a que estos habitualmente se resuelven de forma espontánea y requieren una mínima intervención, como la ingesta de líquidos abundantes, medidas físicas para la controlar la fiebre o el dolor en sitio de inyección y/o analgesia, según indicación médica.

Los ESAVI no serios no se les realiza seguimiento por parte de ISP, ya que no afectan la relación riesgo/beneficio de las vacunas administradas. 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.**

En el caso de los **ESAVI serio**, 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). Los ESAVI serios y los Evento Adverso de Interés Especial (EVADIE) luego de ser notificados, se les realizará solicitud de información por parte del ISP en un plazo no mayor a 48hrs hábiles.

En caso de que el/la usuario/a presente una reacción alérgica grave, realizar tratamiento indicado en la tabla N°19 y notificar el ESAVI de acuerdo a la normativa vigente.

Evaluación de Causalidad de ESAVI Serios

- La evaluación de la causalidad de casos individuales, de acuerdo con la OMS, consiste en un análisis de los factores que pudieran incidir o precipitar un evento, (que no necesariamente está relacionado con las vacunas administradas), para determinar la probabilidad de que exista una asociación causal entre el evento y la vacuna o vacunas recibidas.
- Este análisis se realiza por la Sección de farmacovigilancia de vacunas del ISP y los casos de mayor complejidad se presentan al Comité de Farmacovigilancia de Vacunas (FVV).

- El Comité está compuesto por un equipo multidisciplinario de expertos que incluye un panel de médicos especialistas externos, profesionales de la Sección de FVV del ISP, a Profesionales del Departamento de Inmunizaciones. La retroalimentación a la población y a los profesionales de la salud sobre los ESAVI se realizan a través de la publicación de informes estadísticos, notas informativas, medidas con regulatorias y capacitaciones en farmacovigilancia de vacunas, disponibles en: <https://www.ispch.cl/anamed/farmacovigilancia/vacunas/>.
- Para casos serios priorizados, se debe contar 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.

A continuación, se describen los eventos adversos de la vacuna que se utilizará en la campaña influenza 2025:

TABLA N°10: EVENTOS ADVERSOS ESPERABLES CON LA VACUNA CONTRA INFLUENZA TRIVALENTE ANFLU® 2025

TIPO DE REACCIÓN	FRECIENTES*	POCO FRECUENTES**
Locales (sitio de administración)	Dolor	Prurito Eritema Hinchazón Induración
Sistémicos	Fiebre Fatiga Dolor de cabeza	Mareo Mialgia Artralgia Disminución del apetito Náuseas Vómitos Diarrea Dolor abdominal Tos Dolor orofaríngeo Decaimiento

Frecuencia de aparición:

*Frecuentes $\geq 1\%$, $<10\%$

**Poco Frecuentes $\geq 0.1\%$, $<1\%$

b. VIGILANCIA DE EPRO

Los EPRO, corresponden a acciones o procedimientos que no cumplen con las normas y técnicas establecidas. Se entiende por EPRO cualquier incidente prevenible que ocurre por acción u omisión en cualquier punto del proceso de uso de productos biológicos del PNI (vacunas, inmunoglobulinas y anticuerpos monoclonales) desde la recepción, almacenamiento, conservación, distribución, manipulación, preparación, administración y registro que, como resultado pueden provocar potencialmente eventos adversos leves, graves y/o fatales en los usuarios.

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

Acciones frente a un EPRO:

Nivel central:

- Proporcionar el marco regulatorio para la ejecución del PNI, en el ámbito relacionado con la Vacunación Segura.
- Elaborar lineamientos técnicos operativos de las estrategias de vacunación e inmunización, 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 al nivel intermedio, en casos determinados, la realización del Informe de Investigación por parte del nivel local.
- Responder a las solicitudes de apoyo procedentes desde las SEREMI para la resolución de casos, evaluación de antecedentes y entrega de 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.

Nivel intermedio:

- Las personas que cumplen la función de referentes regionales y/o provinciales del PNI de la SEREMI de Salud y su contraparte en el SS, debe reforzar el cumplimiento de lo indicado en la "Guía de Vacunación Segura"¹⁴ en cuanto a los procesos de notificación, seguimiento, evaluación, investigación y cierre de casos de los EPRO.
- A través de un trabajo coordinado, deben entregar al nivel local las orientaciones respecto a las acciones a realizar ante la ocurrencia de EPRO.
- Verificar el registro de las vacunas o inmunizaciones involucradas, en el 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 local:

- Informar a la jefatura del establecimiento una vez detectado el EPRO.
- Realizar la notificación, completando todos los ítems solicitados en el formulario de notificación EPRO y complementar con los antecedentes relevantes del evento ocurrido.
- Entregar información a usuarios/as, padres o tutores de manera oportuna y veraz, con el fin de disminuir la incertidumbre. Esto debe ser individual, inclusive en los casos de EPRO masivos.
- Entregar indicaciones claras de los posibles síntomas y signos que pudieran ocurrir (referirse al folleto del producto inmunobiológico).

- Informar a usuarios/as, padres o tutores, 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 el producto inmunobiológico).
- Informar a usuarios/as, padres o tutores respecto de la validez de la dosis EPRO o si se requiere repetir la dosis.
- Cumplir con la primera evaluación médica dentro de las 24 horas después de ocurrido el EPRO.
- Realizar seguimiento de todos los EPRO ya sea presencial, telefónico o visita domiciliaria.
- 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, el cual puede prolongarse por 30 días, si el caso lo requiere.
- Completar formulario de seguimiento y cierre de caso al finalizar el proceso.
- Posterior a la inmunización clasificada como EPRO, si el usuario presenta manifestaciones locales y/o sistémicas, notificar como ESAVI.

Elaborar un plan de mejora, con detalle y planificación de todas las actividades, que permitirán evitar nuevos EPRO por la misma causa, adjuntando medios verificables de todas las actividades propuestas. Este documento, debe ser enviado a SEREMI y/o Servicio de Salud correspondiente.

Prevención de EPRO

Los errores en vacunación o inmunización son prevenibles en su mayoría, es por esto la relevancia de la capacitación, supervisión y comunicación permanente de todo el equipo involucrado en el proceso de inmunización.

En la siguiente tabla, se muestran los correctos que se deben aplicar para minimizar la ocurrencia de errores en la administración de productos inmunobiológicos:

TABLA N°11: CORRECTOS A SEGUIR PARA LA PREVENCIÓN DE EPRO EN EL PROCESO DE VACUNACIÓN

Tipo de EPRO	Descripción del evento
Paciente correcto	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Previo a la administración del producto biológico, se debe confirmar la identidad de la persona, solicitando documento de identificación. ▫ Verificar datos personales: nombre completo, fecha de nacimiento, datos de contacto. ▫ Revisar minuciosamente el historial de vacunación en el sistema de RNI. ▫ Verificar que no existan contraindicaciones del producto biológico a administrar, indagando sobre antecedentes médicos y reacciones alérgicas del usuario.
Edad correcta	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Corroborar la edad del usuario contrastando información disponible en RNI, documento de identidad, ficha electrónica, etc. ▫ Verificar que el producto a administrar corresponde a la edad del usuario que será inmunizado. ▫ Identificar si para el mismo producto existen diferentes presentaciones para niños/adolescentes y adultos.
Producto biológico correcto	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Verificar en RNI el producto biológico, número de dosis e intervalo correspondiente según esquema, calendarios ministeriales, lineamientos y/o indicación médica. ▫ Identificar dosis pediátrica o dosis adulta en caso de contar con el mismo producto para ambas edades. ▫ Verificar el producto biológico a administrar leyendo etiqueta del vial o jeringa prellenada. ▫ Verificar la vigencia del producto antes de administrar (según fecha de descongelación, lote o desde la apertura del frasco según corresponda). ▫ En frascos multidosis, se debe rotular con fecha y hora de apertura o reconstitución/dilución. Respetar indicaciones del fabricante con respecto a la vigencia del frasco una vez abierto. ▫ Los productos biológicos deben ser almacenados de acuerdo con el principio FEFO (First Expired, First Out).
Dosis correcta	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Verificar si la presentación a administrar corresponde a mono o multidosis. ▫ Verificar si el producto biológico requiere dilución/reconstitución. Para esto, debe utilizar únicamente el diluyente indicado para cada producto y volumen (mL) exacto indicado por el fabricante para asegurar la concentración correcta. ▫ Si el frasco es multidosis, extraiga la cantidad necesaria para una dosis y rotule las dosis restantes en el frasco. Una vez extraída la totalidad de las dosis indicadas por el fabricante, se debe desechar el frasco, no se debe utilizar el remanente. ▫ Verificar dosis (mL) exacta de administración según el fabricante.
Vía y sitio de administración correcto	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Verificar la vía de administración y sitio de punción que se encuentra en el envase y/o folleto del producto biológico. ▫ Comprobar que se utilicen los insumos correspondientes a la vía de administración. ▫ Verificar el sitio de punción recomendado para la correcta administración de cada producto. ▫ Recordar que existen distintos sitios de punción según edad del usuario. ▫ Revisar sitios de administración recomendados por el PNI.

<p>Registro correcto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar los datos de inmunización del usuario al módulo correspondiente del RNI. • Verificar la concordancia de las dosis administradas con las dosis registradas en RNI. • Si no se dispone del sistema RNI en el momento de la inmunización, 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 inmunización) para evitar el registro diferido (anexo N°2). • En caso de tener un error en el registro, estos deben ser corregidos por el establecimiento donde se administró el producto. • Para el correcto registro de las personas extranjeras y/o indocumentadas, siempre se debe buscar el perfil de la persona por nombre completo para evitar duplicidad de datos. • En el caso de las personas indocumentadas, se debe registrar según lo descrito en el Ordinario N°B25/4028¹⁵. • Respecto de las vacunas contra Hepatitis A y B, que pueden usarse según su dosis para población adulta o pediátrica, se ha dispuesto en cada lote (de acuerdo a su composición), si se administra en dosis simples, dosis doble, dosis cuádruple o media dosis.
<p>Cadena de frío</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar correcto armado de CIP según normativa vigente. • Realizar correcta configuración de los termógrafos y su respectiva descarga de información, según instructivo vigente. • Controlar y registrar la temperatura tanto de los equipos de almacenamiento y de los CIP según normativa. • Notificar oportunamente en caso de excursión de temperatura. Los productos sometidos a esta condición, deben ser apartados del resto, en calidad de cuarentena y manteniendo la cadena de frío. Deben ser rotulados como "EXCURSIÓN DE TEMPERATURA, NO UTILIZAR" hasta obtener resolución desde SEREMI de Salud o MINSAL según corresponda.

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

Notificación:

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/vacunacion-segura/>.

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.

15 Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2013). Formaliza procedimientos para el registro en el sistema RNI. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/08/Ordinario-B52-_-N%C2%B04028-de-10-de-diciembre-de-2013-Se-formalizan-procedimientos-para-registro-en-el-sistema-RNI.pdf

TABLA N°12: CONDUCTAS PARA SEGUIR EN EPRO POR VACUNA ANFLU® LABORATORIO SINOVAC

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).			Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.	
Administración de vacuna a paciente de edad incorrecta	Administración de vacuna a usuarios/as menores de 6 meses.			Solicitar orientación a EPRO MINSAL para evaluar antecedentes.	
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.	

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

COMUNICACIÓN DE EPRO A LA COMUNIDAD

La comunicación de un EPRO durante el proceso de vacunación debe ser de manera oportuna, transparente y completa. Esta acción es indispensable para evitar la pérdida de confianza en las vacunas y en el PNI.

La OPS define una crisis 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”*¹⁶. 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.

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. Estos deben ser notificados a través de:

- Plataforma Sistema de Vigilancia Integrada (SVI) <https://svi.ispch.gob.cl/isp/index>

Preparación previa al contacto con el usuario, 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:

- Motivo del contacto con el/la usuario/a.
- Breve descripción de lo ocurrido.
- Mensajes claves a comunicar. Ej: Importancia y beneficios de la vacunación.
- Posibles preguntas que puedan tener los/las usuarios/as y sus respectivas respuestas

Recomendaciones para una Comunicación Efectiva¹⁷

- Comunicar con honestidad y precisión el EPRO, informando los hechos de manera concisa y concreta, evitando utilizar términos médicos o complejos.
- Mantener la calma al hablar y evite dar información no confirmada que pudiera resultar alarmante.
- Comunicar 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.
- Demostrar una actitud receptiva, comprensiva y empática frente a las inquietudes que puedan existir.
- Entregar 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”*.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) de la vacuna contra la influenza pandémica (H1N1) 2009 y prevención de crisis - Guía práctica. 2010. Disponible en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/H1N1_Guia_de_Vigilancia_de_ESAVI_FINAL.pdf

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud en la comunicación con madres, padres, cuidadores y pacientes. 28 enero 2011. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53014>

c. VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y SITIO DE PUNCIÓN

TABLA N°13: TÉCNICA DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA ANFLU®

Ángulo	90° grados
Presentación de la vacuna	La vacuna viene en presentación de jeringa prellenada, verificar indemnidad del envase primario, secundario y de la aguja, junto con observar características de la solución (presencia de partículas y/o cambio de coloración).
Sitio de punción	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Lactantes 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 acromiún.
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrir la zona de punción, en su totalidad. - Definir zona de punción. - Sostener la zona de inyección con el dedo índice y pulgar - 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.

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

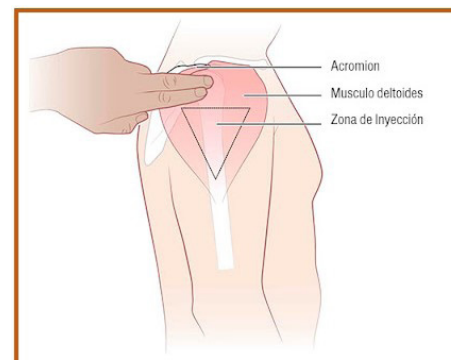
i. Lactantes menores de 12 meses

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

FIGURA N°7: SITIO DE PUNCIÓN LACTANTES MENORES DE 12 MESES



FIGURA N°8: SITIO DE PUNCIÓN A PARTIR DE 12 MESES DE EDAD



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.

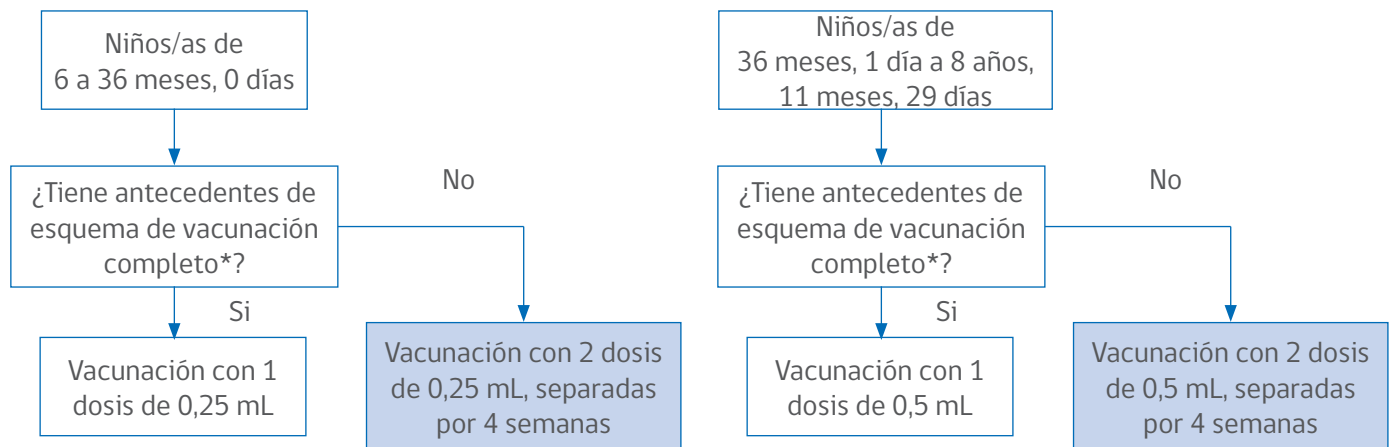
iii. Indicaciones de vacunación campaña antiinfluenza 2025

De acuerdo a la recomendación del CAVEI¹⁸, las dosis de vacuna Anflu® del laboratorio Sinovac para el grupo de 6 meses hasta 8 años, 11 meses, 29 días son las siguientes:

Vacunación en menores de 3 años (hasta 36 meses)

- Los niños/as de 6 meses y hasta los 36 meses (3 años, 0 días), que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez, y aquellos que solo han recibido una dosis previamente, deben recibir dos dosis de 0,25 mL de la vacuna, con un intervalo de 4 semanas.
- Los niños/as de 6 meses y hasta los 36 meses (3 años, 0 días), que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (durante una misma campaña), solo deben recibir una dosis de 0,25 mL de esta vacuna.

FIGURA N°9: ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN NIÑOS Y NIÑAS A PARTIR DE LOS 6 MESES HASTA LOS 8 AÑOS, 11 MESES, 29 DÍAS



Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2025.

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

Vacunación en niños/as a partir de los 3 años, 1 día hasta los 8 años, 11 meses, 29 días

- Estos niños/as que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez, y aquellos que solo han recibido una dosis previamente, deben recibir dos dosis de 0,5 mL de la vacuna, con un intervalo de 4 semanas.
- Aquellos que recibieron previamente dos dosis de la vacuna contra la influenza (durante una misma campaña), solo deben recibir una dosis de 0,5 mL de esta vacuna.

Vacunación en personas a partir de los 9 años en adelante

- A partir de los 9 años deben recibir solo una dosis de 0,5 mL de vacuna contra la influenza, independiente a sus antecedentes de vacunación en campañas anteriores.

18 Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (CAVEI). Recomendación del CAVEI sobre uso "off-label" de la vacuna trivalente contra influenza "Anflu®" en el año 2025. 28 febrero 2025. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/02/Recomendacion-del-CAVEI-sobre-uso-off-label-de-vacuna-contra-influenza-2025.pdf>

iv. Coadministración de vacunas

La vacuna contra la influenza puede ser administrada conjuntamente con otras vacunas programáticas y vacunas contra SARS-CoV-2, pero en sitios de punción diferentes (revisar tabla N°14).

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°14: RECOMENDACIÓN DE SITIOS DE PUNCIÓN Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN SEGÚN EDAD

EDAD	MUSLO DERECHO	MUSLO IZQUIERDO	BRAZO DERECHO	BRAZO IZQUIERDO
6 meses	Hexavalente (IM) + Nirsevimab (IM)	Neumocócica conjug. ^(a) (IM) + Influenza (IM)	COVID-19 (IM) ^(c)	-
12 meses	COVID-19 (IM) ^(c)	Nirsevimab (IM)	Neumocócica conjug.(IM) + Meningocócica tetravalente (IM)	SRP (SC) + Influenza (IM)
18 meses	Influenza (IM)	Nirsevimab (IM) ^(b) + COVID-19 (IM) ^(c)	Hexavalente (IM) + Varicela (SC)	Hepatitis A (IM) + Meningocócica serogrupo B (IM)
18 meses Isla de Pascua	Nirsevimab (IM) ^(b) + COVID-19 (IM) ^(c)	Influenza (IM) + Hepatitis A (IM)	Hexavalente (IM) + Varicela (SC)	Meningocócica serogrupo B (IM) + Fiebre amarilla (SC)
36 meses	-	-	Varicela (SC) + COVID-19 (IM) ^(c)	SRP (SC) + Influenza (IM)
Escolares	-	-	dTpa (IM) [1° y 8° básico] VPH (IM) [4° básico]	Influenza (IM) + COVID-19 (IM) ^(c)
Gestantes	-	-	dTpa (IM)	Influenza (IM) + COVID-19 (IM) ^(c)
Personas mayores	-	-	Neumocócica polisacárida 23V (IM)	Influenza (IM) + COVID-19 (IM) ^(c)

Vías de administración: IM (Intramuscular); SC (Subcutánea)

^(a) Sólo indicada en prematuros menores de 37 semanas.

^(b) Sólo indicado en lactantes de alto riesgo, según lineamiento técnico vigente.

^(c) La vacuna contra COVID-19 puede ser administrada en población inmunocomprometida y crónicos (lactantes a partir de los 6 meses), gestantes y personas mayores.

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2025.

d. MANEJO DE REACCIONES POST VACUNACIÓN

En todo proceso de vacunación e inmunización, 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 de carácter serio. Es necesario conocer las reacciones esperadas con la administración de la vacuna para poder realizar el tratamiento oportuno de ellos. Cabe destacar que los beneficios que aportan las vacunas son mucho mayores que las manifestaciones asociadas a su uso, las que son en la gran mayoría leves y generalmente transitorias.

En base a norma técnica 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 tipo¹⁵.

TABLA N°15: CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

TEMAS	ACTIVIDADES
Procedimientos de campaña de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de protocolos/procedimientos vigentes. Difusión al equipo, utilizando diferentes metodologías.
Equipo de emergencia y uso de medicamentos e insumos	<ul style="list-style-type: none"> Maletín de emergencia. Paso práctico de medicamentos e insumos. Verificar fechas de vencimiento.
Reacciones adversas y manejo inmediato	<ul style="list-style-type: none"> Identificar reacciones adversas vinculadas a vacunas. Manejo de enfermería. Uso de medicamentos frente a Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP). Derivación a la red asistencial.
Vigilancia ESAVI y EPRO	<ul style="list-style-type: none"> Guía de vacunación segura (MINSAL, 2013)¹⁴. Sistema de vigilancia y notificación ESAVI/EPRO. Monitoreo y seguimiento.

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2025.

TABLA N°16: REACCIONES POST-VACUNACIÓN

REACCIONES SISTÉMICAS	ANTECEDENTES	MEDIDAS A CONSIDERAR
Lipotimia o reacción vaso-vagal	<ul style="list-style-type: none"> Desvanecimiento o desmayo. No supone una contraindicación para futuras vacunaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Activar código de emergencia o llamar a médico/a a cargo según protocolo. Evaluar el estado general (aspecto, respiración, circulación) y signos vitales. Ubicar al paciente en decúbito dorsal. Elevar extremidades inferiores sobre el nivel del tórax.
Anafilaxia	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave multisistémica. Se presenta en el período inmediato post-vacunación (primeros 30 minutos). Adrenalina es el tratamiento de elección. Se puede administrar clorfenamina como apoyo a tratamiento inmediato de la anafilaxia frente a síntomas cutáneos. 	<ul style="list-style-type: none"> Activar código de emergencia y contactar a médico/a. Ubicar al paciente en una camilla/sillón, en decúbito dorsal. Comunicarse con personal médico del establecimiento de salud (previamente coordinado).

Fuente: Elaboración Propia Dpto. de Inmunizaciones, 2025.

TABLA N°17: 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 Vacunas¹⁹.

TABLA N°18: 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.

19 Comité Asesor de Vacunas. Manual de vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>

TABLA N°19: 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. Paralelamente, contactar a central del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) para apoyo y traslado.
- Evaluar ABC: vía aérea permeable, ventilación y circulación.
- 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 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.

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL 2025.

Maletín de emergencia


El equipo vacunador profesional y técnico en enfermería deben estar previamente **capacitados** y 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°20: 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 Presión Arterial (P/A), Frecuencia Cardiaca (FC) y Frecuencia Respiratoria (FR)		Algodón
Tijera punta pato		Tela adhesiva
Caja material desechos cortopunzantes		Guantes de procedimiento
Riñones para preparación de medicamentos		

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2025.

TABLA N°21: FICHA TRATAMIENTO VASOCONSTRICTOR (ADRENALINA O EPINEFRINA)

ADRENALINA															
Acción	Es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia, puede prevenir o revertir el broncoespasmo y el colapso cardiovascular, incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías aéreas, aumentando así la presión arterial.														
Administración	La adrenalina intramuscular (ampolla=1 mg/mL), es el tratamiento de elección y debe administrarse lo más precozmente en el tratamiento de la anafilaxia. Dosis: Adrenalina 0,01 mL x kilo de peso. Sitio de punción: cara anterolateral externa del muslo. Para administrar utilice aguja 23Gx1" (niños y adultos).														
Preparación	1 ampolla = 1mg = 1 mL. Sin diluir Extraer la dosis correspondiente, usando jeringa de tuberculina.														
Presentación	1 ampolla de 1mg/1mL 														
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO APROX.</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 kg</td> <td>0,05 mL</td> </tr> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,1 mL</td> </tr> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,3 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>> 50 kg</td> <td>0,5 mL</td> </tr> </tbody> </table>	PESO APROX.	DOSIS INDICADA	5 kg	0,05 mL	10 kg	0,1 mL	20 kg	0,2 mL	30 kg	0,3 mL	40 kg	0,4 mL	> 50 kg	0,5 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA														
5 kg	0,05 mL														
10 kg	0,1 mL														
20 kg	0,2 mL														
30 kg	0,3 mL														
40 kg	0,4 mL														
> 50 kg	0,5 mL														
Consideración	Si no responde a la primera dosis de adrenalina, repetir la misma dosis en 5 minutos. Se registra la hora exacta de administración de las dosis. La aparición de efectos secundarios leves y transitorios, como palidez, temblor, taquicardia, cefalea o mareo es frecuente e indica que se ha alcanzado el rango terapéutico.														

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2025.

TABLA N°22: FICHA TRATAMIENTO OXÍGENO

OXÍGENO	
Acción	Prevenir o tratar la hipoxemia y mejorar la oxigenación tisular.
Preparación	Armar sistema: 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 ajustarla 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, 2025.

TABLA N°23: 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 Dosis: 0,2 mg/kg/dosis (equivalente a 0,02 mL/kg/dosis)														
Preparación	Usar jeringa de tuberculina, para extraer la dosis correspondiente.														
Presentación	1 ampolla de 10mg/1mL 														
Dosificación	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PESO APROX.</th> <th>DOSIS INDICADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 kg</td> <td>0,1 mL</td> </tr> <tr> <td>10 kg</td> <td>0,2 mL</td> </tr> <tr> <td>20 kg</td> <td>0,4 mL</td> </tr> <tr> <td>30 kg</td> <td>0,6 mL</td> </tr> <tr> <td>40 kg</td> <td>0,8 mL</td> </tr> <tr> <td>> 50 kg</td> <td>1,0 mL</td> </tr> </tbody> </table>	PESO APROX.	DOSIS INDICADA	5 kg	0,1 mL	10 kg	0,2 mL	20 kg	0,4 mL	30 kg	0,6 mL	40 kg	0,8 mL	> 50 kg	1,0 mL
PESO APROX.	DOSIS INDICADA														
5 kg	0,1 mL														
10 kg	0,2 mL														
20 kg	0,4 mL														
30 kg	0,6 mL														
40 kg	0,8 mL														
> 50 kg	1,0 mL														
Indicación	Con peso mayor a 50 kg, la indicación es 1 mL (una ampolla)														

Fuente: Elaboración propia, PNI-MINSAL, 2025.

VIII. CADENA DE FRÍO

La cadena de frío es un proceso que, mediante el cumplimiento de aspectos técnicos definidos, asegura la correcta conservación de los productos biológicos durante toda su vida útil, desde que son fabricados en laboratorios productores, pasando por una serie de etapas y procesos logísticos, hasta que son administrados a la población objetivo.

Es fundamental mantener trazabilidad de las temperaturas, tanto en las etapas de almacenamiento (cámaras frigoríficas o refrigeradores de menor tamaño), como en las etapas de transporte (camiones refrigerados o contenedores isotérmicos pasivos). Dicha trazabilidad debe quedar documentada con el objetivo de evidenciar la conservación de los rangos de temperatura óptimos durante toda la cadena de suministro.

Si se interrumpe la cadena de frío en alguna de las etapas de almacenamiento o transporte, exponiendo las vacunas a temperaturas fuera de rango, podría ocasionar un impacto irreversible en la calidad y eficacia del producto.

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/cadena-de-frío/>).



Además, existe un procedimiento denominado "Gestión de la cadena de frío para productos del PNI en los niveles ejecutores", publicado a través de Resolución Exenta N°1335 del 12 de octubre del 2023²⁰, el cual establece los nuevos estándares en esta materia.

20 Ministerio de Salud. Aprueba procedimiento denominado "Gestión de la cadena de frío para productos del (PNI) en los niveles ejecutores" de la Subsecretaría de Salud Pública. 12 octubre 2023. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Res.-Ex.-1335-Procedimiento-gestion-de-la-cadena-de-frío-par-productos-PNI-en-niveles-ejecutores-1.pdf>

Se establecen las siguientes directrices mínimas para asegurar la cadena de frío:

Instalaciones del vacunatorio

- 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).

Refrigeradores para el almacenamiento de vacunas

- Instalados sobre superficie nivelada y alejados de luz solar directa y fuentes de calor.
- Debe existir un equipo exclusivo para el almacenamiento de vacunas, diferente del que se utilice para el acondicionamiento de unidades refrigerantes u otros fármacos.
- Deben mantener distancia del techo y paredes, de al menos 15cm.
- Deben utilizar enchufe exclusivo, sin alargadores y señalizado "NO DESENCUFAR"
- 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%.
- Se recomienda no sobrepasar el 90% de la capacidad de almacenamiento de refrigeradores de uso clínico y del 50% de refrigeradores domésticos acondicionados, manteniendo siempre distancia de las paredes laterales y posterior para permitir la circulación de aire frío.
- En caso de mantener productos en cuarentena, deben estar segregados y señalizados "PRODUCTOS EN CUARENTENA, NO UTILIZAR"
- Los productos almacenados al interior de refrigeradores deben estar siempre contenidos en un envase secundario, ya que podrían ser fotosensibles.
- 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.

Instrumentos de termometría

- Se recomienda el uso de termógrafos, ya que permiten registro de temperaturas a intervalos programables, se recomienda medir cada 10 minutos.
- 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 contenedor isotérmico pasivo (CIP).

Contenedores Isotérmicos Pasivos para el transporte de vacunas

- Se debe utilizar CIP precalificados para el transporte de vacunas.
- Se debe dar cumplimiento estricto a las configuraciones calificadas de los CIP.
- Se deben mantener siempre limpios y secos. Utilizar alcohol 70%.
- Todo traslado de vacunas debe mantener trazabilidad de temperaturas.

TABLA N°24: CONFIGURACIÓN CONTENEDORES ISOTÉRMICOS PASIVOS (CIP) SEGÚN CAPACIDAD

CONFIGURACIÓN CIP	LINK DE ACCESO
Configuración CIP 15 litros	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Instructivo-descargable-15-litros.pdf
Configuración CIP 35 litros	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Instructivo-descargable-35-litros.pdf
Configuración CIP 70 litros	https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/Instructivo-descargable-70-litros.pdf

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

Vehículos para transporte de vacunas

- Está prohibido transportar vacunas en vehículos abiertos (pickup de camionetas).
- Debe tener capacidad suficiente para el traslado de los CIP calificados, minimizando riesgos de apertura accidental, aplastamiento o volcamiento.
- En caso necesario, deberán contar con ambiente climatizado que impida la exposición a temperaturas extremas.
- El vehículo de traslado debe estar en óptimas condiciones mecánicas y disponer de un plan de mantenimiento.
- Se debe inspeccionar la limpieza del vehículo. En caso necesario, se deberá limpiar para el traslado de vacunas.
- Debe priorizarse la ruta más corta para el traslado de vacunas, evitando desvíos y paradas innecesarias.

Registros de temperatura

- Se recomienda ubicar los sensores de temperatura junto a los productos, tanto en almacenamiento como en transporte.
- 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.
- Durante los horarios inhábiles (noches y fines de semana), se deberá disponer de un termógrafo al interior de los equipos de almacenamiento. Lo anterior permitirá realizar un mejor análisis ante eventuales excursiones de temperatura.
- 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 cada 10 minutos con uso de termógrafo.

- Para actividades de vacunación extramural cuya temperatura ambiente no exceda los 30°C, registrar la temperatura del CIP y la del ambiente cada dos horas.
- Para actividades de vacunación extramural cuya temperatura ambiente supere los 30°C, se deberá registrar temperaturas del CIP y del ambiente cada 1 hora.
- Ante cualquier detección de excursión de temperatura, se notificará de inmediato según el procedimiento vigente.

IX. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Contar con información confiable y oportuna en los distintos niveles permite monitorear el avance y cobertura de las metas, puede ser insumo para identificar donde y cuando programar actividades complementarias y estratégicas para apoyar la inmunización. El sistema de registro de vacunación es el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) y se deben tener las siguientes consideraciones:

Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI)

- Es la plataforma informática que permite el registro nominal de personas vacunadas en establecimientos públicos y privados en convenio vigente 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 de exclusiva responsabilidad del vacunador a cargo de la administración del evento de vacunación.
- Previo al ingreso en el registro en RNI se debe verificar el historial de vacunación del/la usuario/a.
- El registro siempre debe ser caso-a-caso.
- El RNI cuenta con alertas informativas y en algunos casos restrictivas para apoyar la selección de los criterios de elegibilidad (condición o característica de una persona para ser inmunizado con cierta vacuna), previo a la administración de la vacuna.
- Se debe completar y guardar el registro posterior a la administración y en presencia de la persona recién vacunada.
- El registro debe ser útil para mantener la trazabilidad de la persona vacunada, el evento de vacunación, los detalles del producto entre otras variables, por tanto, es relevante incorporar la: 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 para esta campaña se debe realizar en el módulo de "Vacunas Campaña" y posteriormente acceder seleccionando la campaña Influenza 2025.
- Una vez ubicada la campaña "Influenza 2025" en el sistema RNI, se debe seleccionar el tipo de documento: RUN, Pasaporte u otro, y continuar con los siguientes pasos:
 - » Verificar los datos personales del/el usuario/a, la comuna de residencia con el/la usuario/a y actualizar si corresponde (dato relevante para la cobertura), ya que el sistema muestra por defecto la comuna registrada en la última vacunación.
 - » Verificar el lote o serie de la vacuna administrada.
 - » Identificar en el RNI el vacunador, seleccionar del listado desplegable el nombre del/la funcionario/a que administro la vacunación.
 - » Es importante identificar la dosis que corresponde: en el campo "Dosis" encuentra las opciones según corresponda:
 - "Única", "1º dosis" o "2º dosis".
 - Para usuarios hasta 8 años, 11 meses, 29 días que no han recibido un esquema completo previo, requerirán una 2º dosis con un intervalo de 4 semanas.
 - » Completados todos los campos, hacer clic en guardar.
 - » El sistema arroja un mensaje señalando "datos guardados exitosamente".

Es importante contar con información precisa de la población vacunada, chequear que el/la usuario/a cumpla con la población objetivo definida para esta estrategia:

- Niños y niñas de 6 meses a 5 años (incluye población que cursa kínder).
- Escolares de 1º a 5º año básico.
- Embarazadas. (gestantes en cualquier momento del embarazo)
- Enfermos crónicos de 11 a 59 años.
- P. de salud: Público.
- P. de salud: Privado.
- Personas 60 y más años.
- Trabajadores de avícolas, ganaderas y de criaderos de cerdo.
- Trabajadores de la educación escolar y preescolar hasta 8º 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.

Para usuarios del sistema de salud privado y que no cumplan el criterio de población objetivo se dispone el criterio "Vacunación privada (No población objetivo)" que solo puede ser utilizado por los vacunatorios privados en convenio vigente con la autoridad sanitaria. En estos casos, el lote a registrar corresponde a "lote privado".

Este criterio está disponible para aquellas personas que NO son parte de los grupos objetivos a vacunar, quieren acceder a ella y que para administrarse la vacuna deben pagar por esta prestación.

Considerar que en caso de personal de salud privado se vacuna con vacunas entregadas por Ministerio de Salud, debe ser registrado en el criterio de elegibilidad: "Personal de salud: privado".

Prioridad de criterio de elegibilidad en el registro

Por Edad: Personas de 60 y más años:

Este criterio considera a además a las personas de 59 años que, durante el año 2025, donde se desarrolla esta nueva campaña cumplirán los 60 años.

Por tanto, no dejar de vacunar a usuarios que aún no hayan cumplido los 60 años en el momento de la vacunación y su registro debe ser en el criterio de 60 años y más.

Esto toma relevancia para no perder oportunidad de vacunación y proteger a esta población.

Por cumplir más de un criterio de elegibilidad:

En caso de usuario/a cuya edad está dentro del rango de los 11 a los 59 años y cumple con más de un criterio de elegibilidad, se debe priorizar de la siguiente orden:

- 1º Embarazadas (aun cuando tenga cualquier otro criterio, este prima).
- 2º Enfermo crónico.
- 3º Personal de salud.
- 4º Trabajador avícola, ganaderas y de criaderos de cerdo.
- 5º Otras prioridades.

Con respecto al criterio de elegibilidad “personal de salud”:

- 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 dentro de -> “Personal de salud público”.
- Personal de salud privado, alumnos en práctica en centros privados y voluntarios del sistema privados serán presentados en conjunto dentro de -> “Personal de salud privado”.

Accesos a la plataforma

El nivel local es el responsable de la gestión de los accesos ya sea de su 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.

Para ingresar datos al RNI debe contar con clave, para obtenerla, se debe solicitar al administrador local²¹.

Se informa que, desde el 6 de enero del año 2025, el proceso de gestión de cuentas de usuario para el RNI, es parte de la Mesa de Servicios (MDS) de TIC MINSAL, por lo anterior las solicitudes de creación, cambio o bloqueo de administradores locales serán enviados por los referentes de estadística del Servicio de Salud y SEREMI según corresponda a la MDS.

Se debe dar cumplimiento a las directrices respecto de las políticas de seguridad de información establecidas por el MINSAL²², en especial a:

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

Registro de personas sin RUN ni pasaporte

El orden de priorización para el registro en este tipo de identificación “Otro” es el siguiente: Documento de identificación del país de origen (DNI, cédula de identidad, cédula de ciudadanía, otros), documentos provisorios (RUN Fonasa, RUN MINEDUC, otros).

Nota: Es fundamental recordar que para el correcto registro de las vacunas administradas de personas con tipo de identificación Pasaporte u Otro, previamente se debe realizar la búsqueda de la persona por nombre completo, para evitar que ésta se duplique en el sistema con distintos tipos de identificación.

21 Ministerio de Salud. Define proceso de gestión de usuarios para RNI en el nivel local. 03 julio 2023. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/2479-ord-define-proceso-de-gestion-de-usuarios-para-RNI-nivel-local.pdf>

22 Ministerio de Salud. Recuerda uso de clave de acceso y seguridad de la información en el Sistema RNI. 14 septiembre 2022. Disponible en <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/07/4466-Ord-uso-claves-de-acceso.pdf>

Registro de personas indocumentadas

Recordar que según el Ord°B52 4028 del 10 de diciembre del año 2013 que formaliza el procedimiento para el registro de personas indocumentadas, donde se indica que se debe ingresar en la opción "Otro" las personas sin documento con un código estandarizado construido de la siguiente manera²⁶:

Código DEIS del establecimiento que administra la vacuna seguido de un guión (-) más un texto libre o un código correlativo estandarizado a nivel local, es importante que el código utilizado para registrar se encuentre respaldado en los procedimientos y registros internos del establecimiento.

Ejemplo: Código DEIS 11-310
Registro correcto "otro": 11310-12

Claves de acceso y seguridad de la información

Se informa que, desde el 6 de enero del año 2025, el proceso de gestión de cuentas de administradores locales para el RNI, es parte de la Mesa de Servicios (MDS) de TIC MINSAL, por lo anterior las solicitudes de creación, cambio o bloqueo de estos administradores locales deben ser consolidados y enviados por los referentes de estadística del SS y SEREMI según corresponda, a la MDS del nivel central.

El administrador de nivel local es el responsable de la gestión de los accesos ya sea de su 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.

Es fundamental para la seguridad de la información, velar por que los permisos de acceso a la información sean revocados oportunamente, en tal caso es responsabilidad de las jefaturas directas informar formalmente las desvinculaciones.

Considerando la relevancia del RNI y el impacto en la Salud Pública que implica este registro se refuerza que:

- El RNI es regulado a través de la Resolución exenta N°889 del 26 de noviembre del 2019 del Ministerio de Salud que define la política general de seguridad de la información para la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Políticas de seguridad de la información establecidas por el MINSAL

En el Registro de Inmunizaciones, según el Ord. N°4466 del 14 de septiembre de 2022 emitido por Ministerio de Salud, se deben cumplir los siguientes ámbitos de las políticas de seguridad de la información establecidas por el Ministerio de Salud:

Directrices sobre el uso y resguardo de contraseñas

- Las contraseñas son únicas, personales e intransferibles. Se debe mantener la información de autenticación secreta como confidencial, asegurándose de que no se divulgue a ninguna otra persona, incluidas las personas con autoridad.
- Se debe evitar mantener un registro (es decir, en papel, archivo de software o en un dispositivo de mano) de la información de autenticación secreta, a menos que esto se pueda almacenar de manera segura y de que el método de almacenamiento haya sido aprobado como lo es una bóveda de contraseñas.

- Se debe cambiar la información de autenticación secreta cuando exista alguna indicación que pudiera haber sido vulnerada o conocida por terceros.
- No se debe compartir la información de autenticación secreta de usuario de una persona.
- No se debe utilizar la misma información de autenticación secreta para fines distintos a los relacionados con las actividades de MINSAL (por ejemplo: cuentas personales de redes sociales, bancos, casas comerciales, etc.)
- Se debe utilizar contraseñas con una longitud mínima suficiente que tengan las siguientes características:
 - » Debe contener 8 caracteres como mínimo.
 - » No debe contener: los nombres o apellidos del funcionario, el user name o nombre de usuario, el nombre de la institución o unidad funcional. No debe contener palabras completas.
 - » Contener al menos un carácter de las siguientes categorías:

TABLA N°25: CARACTERES MÍNIMOS PARA LA CREACIÓN DE CONTRASEÑA DE INGRESO AL RNI

CATEGORÍA	EJEMPLO
Letras mayúsculas	A, B, C
Letras minúsculas	a, b, c
Número	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

- Queda absolutamente prohibido anotar las contraseñas de acceso en lugares públicos.
- Cualquier contraseña encontrada en estos medios será informada y podrá ser motivo de sanción disciplinaria de acuerdo con lo establecido en el Estatuto Administrativo y la Política General de Seguridad de la Información.
- Frente a la evidencia de un compromiso del sistema por uso indebido de cuentas, debe ser inmediatamente informada a sus superior directo, para que se tomen las medidas del caso y estas sean reemplazadas.

Sanciones relacionadas a la adulteración de registros

La adulteración maliciosa de cualquier registro, incluido el RNI, significa falsificación del instrumento público y, como tal, puede conllevar sanciones administrativas, civiles y penales.

En el ámbito penal se pueden configurar los siguientes delitos:

- Uso de Instrumento público falso (Art. 196 Código Penal), cometido por particular (Art. 194 Código Penal).
- Falsificación Informática (Art. 5º Ley 21.459), que establece Normas sobre Delitos Informáticos.
- Falsificación de Instrumento público (Art. 193 Código Penal).

Monitoreo y responsabilidades

Cada SSy SEREMI deberá hacer la difusión de esta información a los respectivos establecimientos de su jurisdicción en el ámbito público y privado, respectivamente.

Formulario manual RNI

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

En el caso de contar con RNI al momento de la vacunación, no es necesario completar el formulario manual.

Registro en Cuaderno/Agenda de Salud

El cuaderno de salud de niñas y niños entre 0 y 9 años cuenta con una hoja de registro de vacunas administradas. En el caso del adulto y persona mayor de 65 años o 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 administración con letra legible.

Coberturas

Cada SEREMI y Servicio de Salud 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.

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 2025 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 DEIS.

La información del avance de la campaña será publicada en un sitio web de reportes del DEIS: <https://deis.minsal.cl/>.

X. ASPECTOS COMUNICACIONALES

Plan comunicacional regional

La SEREMI de Salud y SS de cada región deben elaborar un Plan Comunicacional de la campaña (ver anexo N°4), el que debe estar en concordancia con la estrategia comunicacional que lidera el Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas de MINSAL, 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, colegios profesionales, representante de salud del Ministerio de Educación, entre otros para entregar documentación técnica y operativa de la campaña e identificar voceros que presten apoyo en la difusión en medios locales, tales como entrevistas en radio, televisión y prensa escrita.
- Desarrollar materiales comunicacionales que contengan mensajes dirigido al público objetivo y a la realidad local, manteniendo la línea comunicacional y gráfica 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 SEREMI, SS, establecimientos de salud, vacunatorios y medios de difusión locales, durante todo el período de campaña.

Etapas del plan comunicacional regional

Pre campaña: Esta etapa debe idealmente 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 Servicio de Salud junto con los encargados del PNI 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 y material impreso que envía el nivel central 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 (jardines infantiles, colegios, hogares de ancianos, hogares de menores, municipalidades, y otros lugares de afluencia masiva de público).
- 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 hito comunicacional realizado por las autoridades de MINSAL. Una vez realizado este hito, entre las actividades que se deben realizar destacan:

- Realizar un hito comunicacional regional 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.
- Verificar el uso de las piezas comunicacionales y del material impreso en los establecimientos de salud o puntos estratégicos destinados para esta campaña.
- 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:

- Difusión de los mensajes comunicacionales a través de medios tradicionales (televisión, prensa, radio, 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 SS) y aliados estratégicos participantes en la campaña.

Logística y distribución de material

El Departamento de Comunicaciones y Relaciones Públicas de MINSAL es el encargado de la publicación y difusión de las piezas comunicacionales, como también de la distribución de folletería a las SEREMI.

El Departamento de Inmunizaciones, a través de las SEREMI y SS 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 PNI de SEREMI y Servicios de Salud, con la finalidad de informar los aspectos normativos y operativos de esta estrategia. Para ello, se utilizará la metodología de videoconferencia.

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

La/el referente de PNI de los SS deben realizar las reuniones técnicas o de entrenamiento basadas en el presente documento dirigida a los equipos locales de cada vacunatorio público perteneciente a su comuna.

El material técnico para realizar esta capacitación estará disponible en la página web <https://vacunas.minsal.cl> en el banner *"Información a equipos de salud"* -> *"Capacitación"*.

XII. SUPERVISIÓN

La supervisión de la campaña se realizará en diferentes momentos, durante las etapas de organización, planificación y ejecución. Los supervisores también participan en el proceso de verificación de coberturas de la campaña. 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 estrategias 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 estrategias de captación efectiva de la población objetivo, para lo cual revisa los instrumentos de programación, 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 por la SEREMI de Salud. Dentro de las funciones y objetivos de esta actividad se encuentran:

- 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 y funcionamiento de puntos de vacunación.

XIV. ABASTECIMIENTO

Para el año 2025 se realizó la compra por 8.650.000 dosis de Vacuna Influenza, el proceso comenzó en el mes de octubre 2024 con el llamado a través de la licitación pública N°621-784-LR24, el cual finalizó en el mes de noviembre 2024.

La totalidad de las dosis fue adjudicada al proveedor del Laboratorio SINOVAC BIOTECH con la vacuna Anflu® trivalente, registro sanitario B-2430/24, fabricada por SINOVAC BIOTECH CO., LTD (China) 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 2025.

En este proceso, se han definido las siguientes etapas:

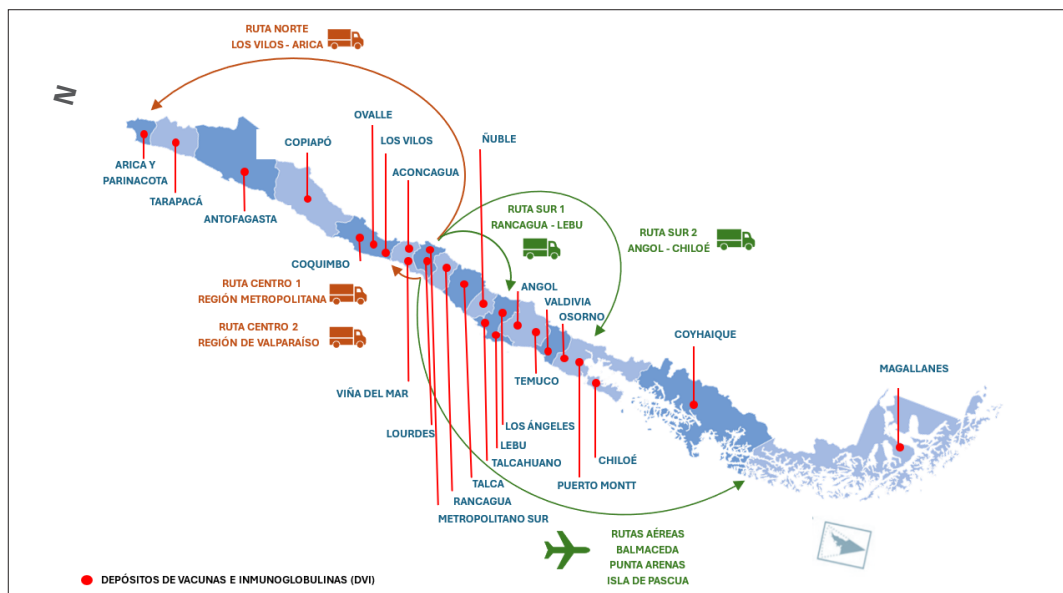
TABLA N°26: DISPONIBILIDAD DE DOSIS VACUNA ANFLU® AÑO 2025

Disponibilidad para MINSAL	Cantidad (dosis)
18-02-2025	1.800.000
25-02-2025	2.100.000
07-03-2025	2.100.000
17-03-2025	2.100.000
03-04-2025	550.000
Total: 8.650.000	

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

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 24 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.

FIGURA N°10: CADENA DE SUMINISTRO NACIONAL



Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

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 públicas²³, datos del Ministerio de Educación y datos históricos de la campaña.
- **Estimación el stock de vacunas regional:** a través del sistema de control de inventario (SCI) del Departamento de Inmunizaciones es posible obtener el stock regional de vacunas en los DVI en tiempo real.
- **Obtención de la cantidad de vacunados:** a través del RNI y otras herramientas de gestión (Dashboard) es posible obtener la cantidad de vacunados por comuna y región, lo que permite combinar una serie de variables demográficas relevantes para la planificación.
- **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 mayo, el cual está sujeto a modificaciones por parte del Ministerio de Salud:

²² Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Proyecciones de población [Internet]. [Citado el 06 enero 2025]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

TABLA N°26: PLAN ESTIMADO DE DISTRIBUCIÓN VACUNA ANTIINFLUENZA, FEBRERO-MAYO 2025

Fechas de distribución estimadas		19/02	25/02	05/03	13/03	21/03	27/03	03/04	14/04	28/04	06/05	Total
REGIÓN	DVI	Dist.1	Dist.2	Dist.3	Dist.4	Dist.5	Dist.6	Dist.7	Dist.8	Dist.9	Dist.10	Total
Arica y Parinacota	Arica	15.000	15.000	15.000	10.500	5.000	10.500	8.000	8.000	8.000	2.400	107.400
Tarapacá	Iquique	21.000	21.000	24.000	18.000	24.000	18.000	12.000	12.000	12.000	9.000	171.000
Antofagasta	Antofagasta	27.000	27.000	27.000	36.000	27.000	36.000	27.000	24.000	27.000	21.000	279.000
Atacama	Copiapó	15.000	15.000	18.000	12.000	18.000	12.000	7.000	7.000	7.000	4.500	115.500
Coquimbo	Coquimbo	27.000	27.000	27.000	30.000	27.000	30.000	18.000	18.000	18.000	12.000	234.000
Coquimbo	Ovalle	9.000	9.000	12.000	18.000	12.000	18.000	15.000	15.000	15.000	9.000	132.000
Coquimbo	Los Vilos	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	4.500	58.500
Valparaíso	Aconcagua	15.000	15.000	30.000	45.000	30.000	45.000	30.000	30.000	30.000	18.000	288.000
Valparaíso	Viña del Mar	81.000	90.000	90.000	90.000	90.000	90.000	51.000	51.000	51.000	30.000	714.000
Valparaíso	Isla de Pascua	900	1.200	900	1.800	900	1.800	-	-	-	-	7.500
Lib. B. O'Higgins	Rancagua	51.000	51.000	60.000	60.000	60.000	60.000	42.000	42.000	42.000	21.000	489.000
Maule	Talca	66.000	66.000	69.000	72.000	69.000	72.000	60.000	60.000	60.000	24.000	618.000
Ñuble	Ñuble	27.000	27.000	33.000	33.000	33.000	33.000	18.000	18.000	18.000	12.000	252.000
Bio-Bío	Los Ángeles	21.000	21.000	18.000	21.000	18.000	21.000	15.000	15.000	15.000	15.000	180.000
Bio-Bío	Talcahuano	42.000	42.000	45.000	42.000	45.000	42.000	42.000	42.000	42.000	30.000	414.000
Bio-Bío	Lebu	12.000	12.000	15.000	18.000	15.000	18.000	12.000	12.000	12.000	9.000	135.000
Araucanía	Angol	12.000	12.000	15.000	18.000	15.000	18.000	12.000	12.000	12.000	6.000	132.000
Araucanía	Temuco	36.000	36.000	36.000	39.000	36.000	39.000	24.000	24.000	24.000	24.000	318.000
De los Ríos	Valdivia	18.000	18.000	18.000	21.000	18.000	21.000	15.000	15.000	15.000	6.000	165.000
De los Lagos	Osorno	12.000	12.000	15.000	15.000	15.000	15.000	9.000	9.000	9.000	9.000	120.000
De los Lagos	Puerto Montt	21.000	21.000	24.000	30.000	24.000	30.000	21.000	21.000	21.000	21.000	234.000
De los Lagos	Castro	9.000	9.000	10.800	12.000	10.800	12.000	8.000	8.000	8.000	4.600	90.200
Aisén	Coyhaique	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	3.000	3.000	3.000	3.000	48.000
Magallanes	Magallanes	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	9.000	6.000	6.000	6.000	3.000	75.000
Metropolitana	Santiago (Lourdes)	249.000	261.900	300.000	300.000	300.000	300.000	180.000	180.000	180.000	180.000	2.430.900
Metropolitana	Santiago (Sur/B. Luco)	81.000	81.000	93.000	120.000	93.000	120.000	60.000	62.000	60.000	72.000	842.000
		888.900	911.100	1.016.700	1.083.300	1.016.700	1.083.300	701.000	700.000	699.000	550.000	8.650.000

Fuente: Elaboración propia Departamento de Inmunizaciones, MINSAL, 2025.

XV. SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIO (SCI)

El PNI cuenta con un sistema computacional que permite gestionar el proceso logístico y generar informes que reduzcan los potenciales riesgos de quiebres de stock y así, no perder oportunidades de vacunación.

La gestión logística del PNI se realiza fundamentalmente por el control del inventario, en donde se podrá visualizar en esta campaña las dosis de vacunas anti-influenza en todos los niveles de administración de la red asistencial y del PNI. Esta información es relevante para la toma de decisiones en cuanto a la reposición de vacunas y redistribuciones locales entre otras acciones, 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.

El SCI permite conocer el total de vacunas enviadas a cada región desagregada por DVI (según corresponda). Además, permite evaluar las dosis utilizadas con el cruce de datos del RNI en el nivel central y el ritmo de vacunación durante el desarrollo de la campaña. Por otra parte, permite identificar las entregas de vacunas a los centros, el total de dosis perdidas por DVI y nivel local y el stock actual.

XVI. INFORME REGIONAL CAMPAÑA INFLUENZA

Al finalizar la campaña influenza, la/el referente de PNI de cada SEREMI de Salud debe generar un informe en conjunto con la/el referente de PNI del Servicio de Salud, el que debe incluir los siguientes aspectos:

- I. Introducción.
- II. Análisis por componente.
 - Organización y gestión.
 - Microplanificación.
 - Fases y tácticas de vacunación.
 - Comunicación social y difusión.
 - Coordinaciones.
 - Supervisión.
 - Monitoreo y verificación de coberturas.
- III. Descripción de la vacunación extramural.
- IV. Estrategias de vacunación de grupos priorizados (SENAME y Mejor Niñez, ELEAM, centros penitenciarios y otros según corresponda).
- V. Número de ESAVI notificados, por establecimiento de salud y comuna.
- VI. Número de EPRO notificados y sus respectivos informes de mejora, por establecimiento de salud y comuna.
- VII. Conclusiones, lecciones aprendidas.
- VIII. Evaluación final.

Se enviará formato vía correo electrónico para completar el Informe Regional Campaña Influenza 2025.

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 “*microplanificación*”. 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°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, escríbala en la casilla "Observaciones".

	SI	NO	OBSERVACIONES
Punto de vacunación			
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/la usuario/a			
Cuenta con alcohol gel			
Cuenta con toalla de papel desechable			
Cadena de frío			
Cuenta con CIP configurado de acuerdo con su instructivo o precalificación			
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)			
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			
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 para la entrega al usuario/a			

Nombre y firmar del profesional supervisor:

Nombre y firma del entrevistado:

ANEXO N°4: PLAN COMUNICACIONAL REGIONAL ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN

Detallar cada etapa del plan comunicacional, sus actividades u observaciones e identificar el/la/ los/las responsables, según corresponda.

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			
Desarrollo plan de medios			
Redes sociales			
Difusión en redes sociales			
Mantenimiento			
Entrevistas			

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: _____

Padre/Madre o Representante Legal
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: _____

Usuario/a que rechaza
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

