

ORD. INT. N° 110/2022

ANT. Ord. Int. N° 97/2018

MAT. Aprueba y oficializa "Protocolo de  
Inmunizaciones", 4ª versión.

TOME, 04 NOV. 2022

DE: DIRECCION CESFAM DR. ALBERTO REYES

A : SEGÚN DISTRIBUCION

Mediante el presente, informo a ustedes lo siguiente:

Esta Dirección aprueba y oficializa documento "Protocolo de Inmunizaciones", 4ª versión, en nuestra Institución (CESFAM Dr. Alberto Reyes y Establecimientos Dependientes).

1. Vigencia del documento: Desde la presente fecha, hasta octubre de 2027.

Lo anterior, para su conocimiento y difusión en los casos que corresponda.

Sin otro particular, se despide,

  
  
OLIVIA MUÑOZ TORRES  
DIRECTORA (I)  
CESFAM DR. ALBERTO REYES

OMT/ jfm.

Distribución

- Encargada de Calidad CESFAM Dr. Alberto Reyes
- Jefaturas de Área (Salud Familiar, Técnica, Administrativa)
- Coordinadoras de Sector (Rojo, Azul, Verde)
- Coordinadoras de CECOSF (El Santo, Cerro Estanque)
- Coordinadora SAR
- Médico Gestor
- Encargada OIRS

C.c.

- Encargada Gestión de Calidad DISAM
- Archivo
- 

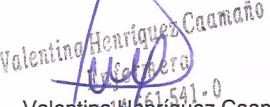
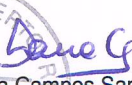
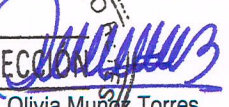
*"Ser un Centro de Salud Familiar confiable y consolidado"*

Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Reyes

DIRECCION

|                                                                                  |                                        |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 1 de 15 |
|                                                                                  | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

# **PROTOCOLO DE INMUNIZACIONES** **CESFAM DR. ALBERTO REYES Y ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES, TOMÉ**

| Elaborado/Actualizado por                                                                                                                                                 | Revisado por                                                                                                                                                        | Aprobado por                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Valentina Henríquez Caamaño<br>Jefa Área Técnica<br>CESFAM Dr. Alberto Reyes, Tomé | <br>Laura Campos Sandoval<br>Encargada Calidad<br>CESFAM Dr. Alberto Reyes, Tomé | <br>Olivia Muñoz Torres<br>Directora (I)<br>CESFAM Dr. Alberto Reyes, Tomé |
| 04/11/2022<br>Fecha                                                                                                                                                       | 04/11/2022<br>Fecha                                                                                                                                                 | 04/11/2022.<br>Fecha                                                                                                                                            |

|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 2 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

## INDICE

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| <b>1. OBJETIVO.....</b>                       | <b>3</b>  |
| <b>2. ALCANCE.....</b>                        | <b>3</b>  |
| <b>3. RESPONSABLES.....</b>                   | <b>3</b>  |
| <b>4. TERMINOLOGIA.....</b>                   | <b>3</b>  |
| <b>5. PROCEDIMIENTO.....</b>                  | <b>4</b>  |
| 5.1 Procedimiento Administrativo.....         | 4         |
| 5.2 Procedimiento de vacunación.....          | 5         |
| 5.3 Manipulación de las vacunas.....          | 6         |
| 5.4 Manejo en caso de presentar un ESAVI..... | 6         |
| 5.5 Shok Anafiláctico.....                    | 7         |
| 5.6 Sitios de Punción .....                   | 11        |
| <b>6. REFERENCIAS.....</b>                    | <b>13</b> |
| <b>7. EQUIPO PARTICIPANTE.....</b>            | <b>13</b> |
| <b>8. DISTRIBUCION.....</b>                   | <b>13</b> |
| <b>9. ANEXOS.....</b>                         | <b>14</b> |
| <b>10.MODIFICACION DEL DOCUMENTO.....</b>     | <b>15</b> |



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 3 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

## 1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento de inmunización y el manejo de shock anafiláctico asociado a vacunas en el CESFAM Alberto Reyes y sus establecimientos dependientes.

## 2. ALCANCE

Este protocolo está dirigido al personal clínico que realiza inmunizaciones en el CESFAM Dr. Alberto Reyes y establecimientos dependientes.

## 3. RESPONSABLES

- **De Ejecutar el protocolo:** Enfermeros, TENS de urgencia y TENS de vacunatorio del CESFAM Dr. Alberto Reyes y establecimientos dependientes.
- **De Supervisar el protocolo:** Enfermera responsable de PNI del CESFAM Dr. Alberto Reyes.

## 4. TERMINOLOGIA

- **CECOSF:** Centro Comunitario de Salud Familiar
- **CESFAM:** Centro de Salud Familiar
- **IM:** Intramuscular
- **Inmunización:** para este documento equivale al procedimiento de vacunación, es decir administrar una vacuna.
- **PNI:** Programa Nacional de Inmunizaciones
- **RNI:** Registro Nacional de Inmunizaciones
- **SAMU:** Servicio de Ambulancia Médico de Urgencia
- **SEREMI:** secretaria regional Ministerial



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 4 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

- **EPRO:** Error Programático
- **ESAVI:** Evento supuestamente atribuible a vacunación e inmunización
- **Shock Anafiláctico:** Reacción de hipersensibilidad aguda grave, completamente distinta a otras reacciones alérgicas, se caracteriza por su naturaleza multisistémica (es decir compromete múltiples órganos o sistemas, por lo general la piel, las vías aéreas y el aparato circulatorio). Se presenta en el período inmediato post-vacunación, por lo general en los 30 minutos siguientes.
- **TENS:** Técnico de Enfermería de Nivel Superior

## 5. PROCEDIMIENTO.

Es de suma relevancia que se implementen todas las medidas necesarias para minimizar la probabilidad de cualquier Error Programático (EPRO) , por lo que es necesario que se refuerce en el nivel ejecutor la aplicación de los 6 correctos:

- Paciente correcto.
- Edad correcta.
- Vacuna correcta.
- Dosis correcta.
- Vía de administración correcta.
- Registro correcto.

### 5.1. Procedimiento Administrativo:

**Responsable:** TENS de Vacunatorio

- Anamnesis, al ingreso e incluye los siguientes pasos:
  - Antecedentes de alergias.
  - Condición de salud actual.
  - Verificación de datos de los documentos existentes.



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 5 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

- Registro posterior a la vacuna en Registro Nacional de Inmunización (RNI), además realizamos registro en libro dispuesto en vacunatorio, debe incluir: Nombre, edad, RUN, Dirección, Comuna, sector, fono, dosis, vacuna, responsable de la administración, lote de la vacuna y por último registro en el Canet de control del menor si corresponde.

## 5.2. Procedimiento de Vacunación:

**Responsable:** TENS y enfermera.

- Higiene de manos.
- Retirar la vacuna correspondiente del termo o caja fría en que se mantienen las vacunas para uso en la jornada.
- Verificar que sea la vacuna indicada y fecha de vencimiento.
- Preparar la solución a inocular.
- Limpiar la piel del usuario en la zona de administración con algodón seco.
- Proceder a la administración de la vacuna correspondiente según su vía de administración y según condiciones de indemnidad de la piel del paciente.
- Una vez administrada la vacuna, se deja cómodo al usuario y se protege el área de inoculación con una pequeña tórula y tela microporosa.
- Eliminar material cortopunzante.
- Higiene de manos.
- Se indica al usuario que permanezca dentro del establecimiento mínimo 30 minutos para observar posibles reacciones adversas posteriores a la vacuna.
- Se entrega información al usuario sobre eventos adversos, cuidados posteriores e importancia de la vacunación.
- Cambio de sabanilla desechable entre cada paciente.



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 6 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

### 5.3. Manipulación de las vacunas:

Siempre mantener cadena de frío, según “Protocolo Cadena de Frío”.

#### ➤ Frascos multidosis abiertos

- DPT y DT, se pueden usar por 28 días como máximo, según recomendación del fabricante y si se cumplen las siguientes condiciones: No haya pasado fecha de vencimiento, mantención de cadena de frío, no se ha sumergido en agua el tapón y empleo de técnicas asépticas para extraer todas las dosis.
- Recordar que todo frasco que se ha usado en rondas o campañas, no debe ser almacenado nuevamente en el refrigerador y debe ser eliminado.

### 5.4 Manejo en caso de presentar un Evento supuestamente atribuible a vacunación e inmunización (ESAVI)

El ESAVI es un cuadro clínico que ocurre después de la administración de una vacuna, que causa preocupación y es supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización.

Si bien un ESAVI denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa- efecto. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso.

### Las reacciones leves mas comunes de las vacunas:

- Cefalea
- Dolor de garganta
- Exantema
- Fiebre



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 7 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

- Irritabilidad
- Dolor, enrojecimiento, edema
- Mialgia
- Síntomas gastrointestinales.

#### **Reacciones graves y menos frecuentes:**

- Anafilaxia
- Choque toxico y septicemia
- Convulsiones
- Encefalopatía y encefalitis
- Parálisis asociada a vacuna
- Síndrome de Guillain Barre
- Purpura trombocitopénica

Siempre ante la sospecha de un ESAVI se deben considerar siempre los siguientes pasos:

- ✓ Contención al paciente y su familia.
- ✓ Aviso a jefe Área Técnica para Notificación inmediata.
- ✓ Solicitar antecedentes de Patologías crónicas, medicamentos en uso, antecedentes de alergia.

#### **5.5 Manejo inmediato de shock anafiláctico provocado por vacunas.**

- Al comenzar cada jornada de vacunación, TENS de vacunatorio debe revisar kit de emergencia este completo.



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 8 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

- Cada vez que administre una vacuna TENS le indicara a la persona vacunada que debe permanecer al interior del establecimiento de salud al menos 30 minutos, en un área cercana a vacunatorio como medida de precaución para detectar e intervenir oportunamente una posible reacción de tipo anafiláctico.
- TENS también informara al usuario que entre 1 a 10 de cada 1.000.000 de vacunados puede presentar una reacción de tipo anafiláctico en los 15 a 30 minutos posteriores a la administración de una vacuna, que estas reacciones se detienen y mejoran rápidamente con un medicamento disponible en el vacunatorio, pero pueden poner en riesgo la vida sino se tratan de forma inmediata.
- Funcionario además le informara al usuario que los primeros síntomas de una reacción anafiláctica suelen ser hinchazón de los labios y la lengua, picazón generalizada o ronchas en la piel, y le indicara regresar de inmediato al vacunatorio en caso de presentar alguno de esos síntomas.

**Kit de emergencia,** Cada equipo vacunador debe contar con kit de emergencia para manejo de SHOCK que consta de:

**Medicamentos:**

- Adrenalina (Epinefrina) 1 Mg. 2 ampollas.
- Hidrocortisona 500 Mg. 1 frasco.
- Clorfenamina 10 Mg. 2 ampollas.
- Suero fisiológico 500 ml



|                                                                                   |                                        |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 9 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                              |

**Insumos:**

- Jeringas de 3 cc.
- Jeringa de tuberculina 1cc
- Mariposa
- Aguja
- Tela adhesiva.
- Ligadura.

**Dosis de medicamentos de emergencia**

• **Dosis Adrenalina:**

| Edad               | Dosis      |
|--------------------|------------|
| < 6 meses          | 0,05 ml IM |
| 6 meses a < 6 años | 0,12 ml IM |
| 6 a 12 años        | 0,25 ml IM |
| > 12 años          | 0,5 ml IM  |

• **Dosis Clorfenamina e Hidrocortisona:**

| Edad        | Clorfenamina  | Hidrocortisona |
|-------------|---------------|----------------|
| 1 a 6 años  | 2,5 – 5 mg IM | 50 mg IM o EV  |
| 6 a 12 años | 5 – 10 mg IM  | 75 mg IM o EV  |
| > 12 años   | 10 – 20 mg IM | 100 IM o EV    |



|                                                                                   |                                        |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 10 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                               |

### Procedimiento en caso del shock anafiláctico.

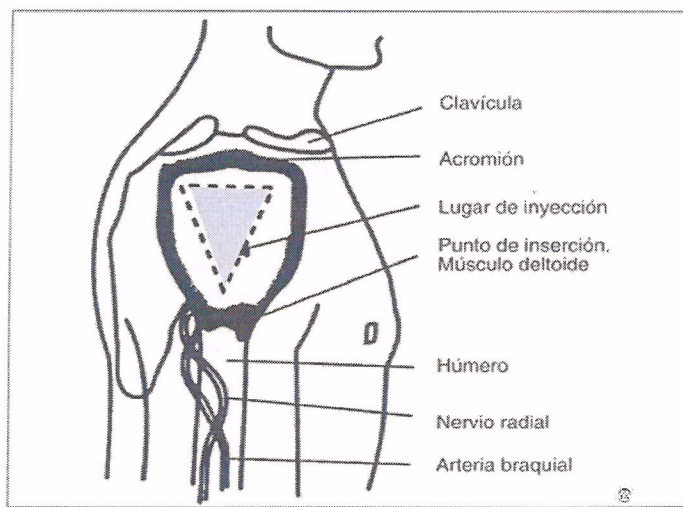
- Evaluar ABC: Vía aérea permeable, respiración y circulación.
- Contactarse rápidamente con el médico de urgencia del establecimiento.
- Poner al paciente en posición decúbito supino, con las extremidades inferiores levantadas. Si presenta dificultad respiratoria semi sentado.
- Administrar **oxígeno**
- Administrar **Adrenalina** vía IM, con jeringa de tuberculina. Si el paciente presenta estridor inspiratorio, sibilancias, dificultad respiratoria, pulso débil o signos de shock.
- Monitorizar saturación de oxígeno
- Administrar **Clorfenamina e hidrocortisona** si no hay mejoría en un lapso de 5 minutos.
- Si persiste la hipotensión posterior al uso de adrenalina, administrar cristaloideos (suero fisiológico, ringer lactato).
- Instalar acceso vascular rápido.
- Si el paciente se estabiliza, el médico resolverá si está en condiciones de regresar a su domicilio o si se deriva al hospital para observación.



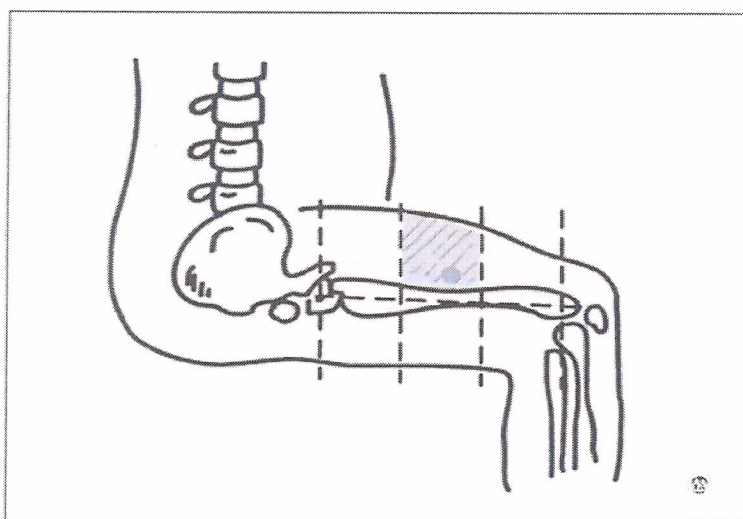
|                                                                                   |                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b></p> | <p>Versión: 04<br/>Fecha de Elaboración: 10/2022<br/>Fecha de Revisión: 10/2027</p> |
|                                                                                   | <p><b>GCL 1.3/4-1</b></p>                     | <p>Página 11 de 15</p>                                                              |

## 5.6 Sitios de Punción.

- **Intramuscular**



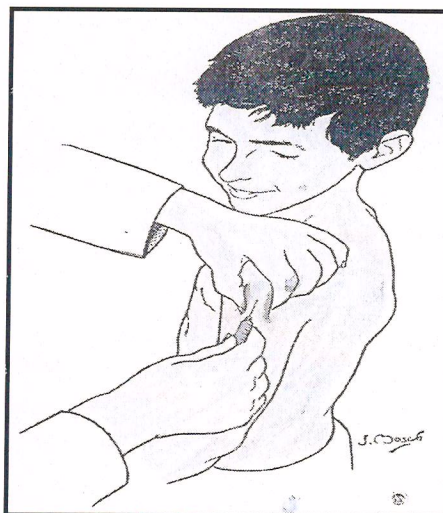
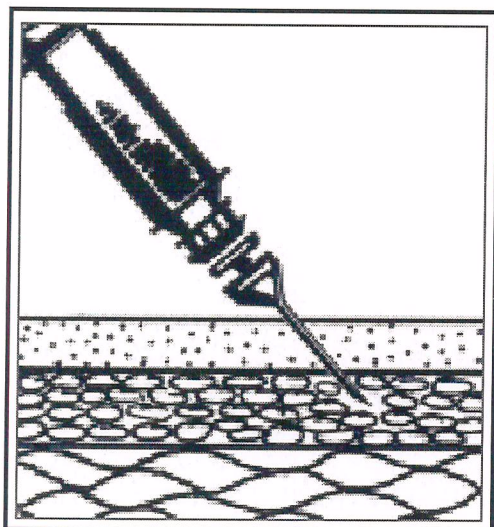
Lugar de la inyección intramuscular en el deltoides.



Lugar de la inyección intramuscular en el vasto externo.

|                                                                                   |                                        |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 12 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                               |

### Subcutánea.



### 5.7 Eliminación de vacunas.

- Se requerirá eliminar vacunas, frente a una o más de las siguientes condiciones:
  - Pérdida de cadena de frío
  - Vencimiento
  - En caso de vacunas multidosas cumplimiento del periodo de vigencia definido.
  - En caso de vacunas reconstituidas cumplimiento de las horas establecidas.
  - No cumplimiento de técnica aséptica.
  - Rotura envase primario.
  - se eliminará, según norma REAS, en depósito de material cortopunzante.
  - Se completará formulario de eliminación respectivo (Anexo 1).



|                                                                                   |                                        |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 13 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                               |

## 6 REFERENCIAS:

- Normas Ministeriales PNII 2001.
- Procedimiento notificación de perdida y eliminación de vacunas, MINSAL.
- Página web MINSAL.
- Power Point, "Anafilaxia posterior a vacunación", MINSAL.
- Norma General Técnica sobre procedimientos operativos Estandarizados para Asegurar la Calidad en la Ejecución del PNI, MINSAL 2010.
- Norma para la elaboración y control de documentos, CESFAM Dr. Alberto Reyes Tomé, 2016.

## 7 EQUIPO PARTICIPANTE

- Valentina Henríquez Caamaño Encargada PNI y Jefa Área Técnica CESFAM Alberto Reyes
- Angela Rodríguez Videla TENS vacunatorio CESFAM Alberto Reyes
- Laura Campos Enfermera encargada Calidad CESFAM Alberto Reyes.

## 8 DISTRIBUCION

- Directora CESFAM
- Encargada Calidad CESFAM
- Encargada Calidad DISAM
- Jefa Área Técnica
- Urgencia
- CECOSF
- Vacunatorio CESFAM



|                                                                                   |                                        |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027<br>Página 14 de 15 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     |                                                                                               |

## 9 ANEXOS:

### ANEXO 1: Formulario de eliminación de vacunas.

#### ACTA DE ELIMINACIÓN DE VACUNAS

Con fecha..... de.....del año..... se procede a la eliminación de los siguientes productos por las causas que se señalan:

##### **Causales de eliminación:**

(Marque con una X la que corresponda)

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Por vacunas contaminadas      |  |
| Por quiebre de cadena de frío |  |
| Por fecha de caducidad        |  |
| Otras (especificar):          |  |

| Marca comercial vacunas | Nº de dosis | Nº de frasco | Serie o lote | Fecha de caducidad | Comentarios |
|-------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------------|-------------|
|                         |             |              |              |                    |             |
|                         |             |              |              |                    |             |
|                         |             |              |              |                    |             |
|                         |             |              |              |                    |             |
|                         |             |              |              |                    |             |

##### **Forma de eliminación:**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Encargado/o del PNI

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Director Establecimiento



|                                                                                   |                                        |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PROTOCOLO<br/>DE INMUNIZACIONES</b> | Versión: 04<br>Fecha de Elaboración: 10/2022<br>Fecha de Revisión: 10/2027 |
|                                                                                   | <b>GCL 1.3/4-1</b>                     | Página 15 de 15                                                            |

## 10 MODIFICACION DEL DOCUMENTO

| Revisión<br>Nº | Página/s<br>Modificada/s | Motivo del Cambio                           | Fecha de<br>vigencia de<br>Versión<br>Anterior | Autor<br>Versión<br>Anterior |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------|
| 02             | 11                       | Se incorpora ítem de eliminación de vacunas | 08/2017                                        | Karen Torres                 |
| 03             | 6                        | Se incorpora manejo en caso de ESAVI        | 11/2023                                        | Karina Espinoza              |
|                | 4                        | Se elimina vacunación oral                  | 11/2023                                        | Karina Espinoza              |
|                |                          |                                             |                                                |                              |
|                |                          |                                             |                                                |                              |
|                |                          |                                             |                                                |                              |
|                |                          |                                             |                                                |                              |
|                |                          |                                             |                                                |                              |
|                |                          |                                             |                                                |                              |

