

Jornada nacional de vacunación contra sarampión y rubéola

MANUAL OPERATIVO

*Su salud está en sus manos,
la vacuna contra la rubéola hace la diferencia...*

Costa Rica

CONTENIDO***Presentación***

<i>I. Introducción</i>	6
<i>II. Objetivos del manual</i>	6
<i>III. Rubéola, Síndrome de rubéola congénita y Sarampión</i>	6
A. Rubéola	6
B. Síndrome de rubéola congénita	8
C. Sarampión	10
<i>IV. Importancia de la jornada nacional de vacunación</i>	11
<i>V. Lineamientos de la jornada</i>	12
A. Objetivo	12
B. Meta	12
C. Población blanco	13
D. Vacuna a utilizar	13
E. Contraindicaciones	13
F. Técnica de aplicación	14
• Presentación y dosis	
• Equipo	
• Procedimientos	
G. Seguridad de la Vacunación	15
• Eventos post-vacunales esperados	
• Calidad de la vacuna y cadena de frío	
• Descarte de biológicos y otros materiales	
<i>VI. Organización y funciones</i>	17
A. Funciones del Nivel central	19
B. Funciones del Nivel regional	25
C. Funciones del Nivel local	29
<i>VII. Planificación y programación</i>	32
<i>VIII. Capacitación</i>	35
<i>IX. Movilización social</i>	36
<i>X. Sistema de información de coberturas</i>	38
<i>XI. Supervisión, monitoreo y evaluación</i>	39

<i>XII. Monitoreo de la Seguridad de la Vacunación</i>	44
A. Monitoreo de eventos post-vacunales esperados	
B. Seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas	
<i>XIII. Vigilancia epidemiológica</i>	50
A. Notificación de casos de sarampión y rubéola durante la jornada	50
B. Vigilancia integrada del sarampión y la rubéola	50
C. Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita	55
<i>Anexos</i>	59
<i>Anexo 1:</i>	Directorio de funcionarios responsables del nivel central por subcomponentes
<i>Anexo 2:</i>	Técnica de limpieza del área para la vacunación
<i>Anexo 3:</i>	Parámetros de programación de insumos
<i>Anexo 4:</i>	Instrumentos del sistema de información para coberturas
<i>Anexo 5:</i>	Instrumentos para la organización de la participación social
<i>Anexo 6:</i>	Criterios para programar el recurso humano
<i>Anexo 7:</i>	Instrucciones para el llenado de la tarjeta amarilla de farmacovigilancia.
<i>Anexo 8:</i>	Formato de seguimiento de recién nacidos de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas
<i>Anexo 9:</i>	Formato de reporte y seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas
<i>Anexo 10:</i>	Guía de supervisión del nivel nacional.
<i>Anexo 11:</i>	Formulario de supervisión del nivel regional.
<i>Anexo 12:</i>	Monitoreo rápido de vacunación contra sarampión y rubéola.
<i>Anexo 13:</i>	Funciones de los padrinos y las madrinas.

PRESENTACIÓN

Las decisiones en salud pública deben sustentarse en el análisis de la situación de salud, de la respuesta que brinda la sociedad a esa realidad y de la evidencia de la efectividad de las intervenciones.

El "Plan de acción para la prevención del Síndrome de Rubéola Congénita y la erradicación del sarampión" es un ejemplo de esa articulación del conocimiento con la acción, al vincular el fundamento técnico con la decisión política. Las autoridades de salud de Costa Rica tomamos la decisión de introducir la vacunación contra sarampión-rubéola (SR) en mujeres durante el post-parto desde el 1° de diciembre del 2000 y realizar una campaña nacional de vacunación en mayo del 2001. Esta decisión se fundamenta en el análisis epidemiológico del comportamiento de las tendencias del sarampión, la rubéola y el Síndrome de rubéola congénita (SRC) desde inicios de los setenta, en resultados de estudios de seroprevalencia y la evaluación de las coberturas y esquemas de vacunación implementados en el país desde hace varias décadas.

Este plan de acción que hemos elaborado incorpora no solo objetivos específicos para la realización de la Jornada de vacunación, sino también la implementación de un sistema de vigilancia del SRC, el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades febriles y la evaluación del impacto de la vacunación.

El trabajo conjunto es un elemento fundamental de este proyecto, pues en él participan instituciones de salud y agencias internacionales de cooperación técnica y financiera. Esta estrategia de trabajo ha permitido movilizar recursos técnicos y financieros de diversas fuentes y articular diversas iniciativas y proyectos hacia objetivos comunes que son prioritarios para la salud pública del país.

Este esfuerzo que el gobierno de nuestro país está desarrollando no es solo de interés nacional, pues además de estar ejecutando acciones concretas hacia la eliminación de la rubéola, el SRC y la erradicación del sarampión en el país, se está generando conocimiento útil para la definición de estrategias de inmunización para el conjunto de los países en las Américas. Es por ello que también están participando la Organización Panamericana de la Salud y los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC).

Agradecemos a todos los que han participado e impulsan esta iniciativa y al personal de salud que labora en cada establecimiento de salud del país, con la certeza de que con la implementación de esta iniciativa estamos avanzando hacia el cumplimiento efectivo de los derechos a la salud de los niños, niñas, hombres y mujeres de nuestro país.



Dr. Rogelio Pardo Evans
Ministro de Salud
Costa Rica



Lic. Rodolfo Piza Rocafort
Presidente Ejecutivo
Caja Costarricense de Seguro Social

I. Introducción

Este manual contiene información técnica y operativa dirigida a los grupos que participan en la jornada nacional de vacunación contra sarampión y rubéola que se realizará en mayo del 2001. Podrá utilizarse como material de apoyo y consulta para la planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación de la jornada.

Sus contenidos facilitarán la elaboración del material de capacitación para los equipos de trabajo y el desarrollo de actividades de divulgación y educación a la población.

A partir de los objetivos formulados para este manual, se describen algunas características clínicas y epidemiológicas de la rubéola, Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) y el sarampión. Este análisis da sustento a las estrategias de intervención que el país está desarrollando hacia la prevención del SRC y la erradicación del sarampión.

En el apartado de lineamientos se incluyen elementos programáticos y técnicos necesarios para la adecuada ejecución de la jornada. Se incluyen también aspectos organizativos por nivel de gestión que son la base para la planificación y programación de las actividades, así como para las acciones de monitoreo, control y evaluación.

Los anexos incluyen algunos procedimientos, instrumentos e instructivos que apoyarán la puesta en práctica de los componentes de la jornada.

II. Objetivos del manual

- Ofrecer información técnica que permita planificar, organizar, ejecutar y evaluar eficientemente las actividades para la jornada de vacunación.
- Servir como instrumento de consulta para los funcionarios participantes en este evento: coordinadores, supervisores, vacunadores y personal de apoyo.
- Proveer los instrumentos e instructivos a utilizar en la jornada.

III. Rubéola, Síndrome de rubéola congénita y Sarampión

A. Rubéola

La rubéola es una enfermedad infecciosa, transmisible por vía respiratoria, que afecta indistintamente a hombres y mujeres que no hayan recibido la vacuna, ni tengan antecedente de exposición al virus silvestre, la enfermedad no presenta

variación estacional. De la totalidad de las personas infectadas el 50% aproximadamente no hace cuadro clínico pero mantiene su capacidad de transmisión del virus.

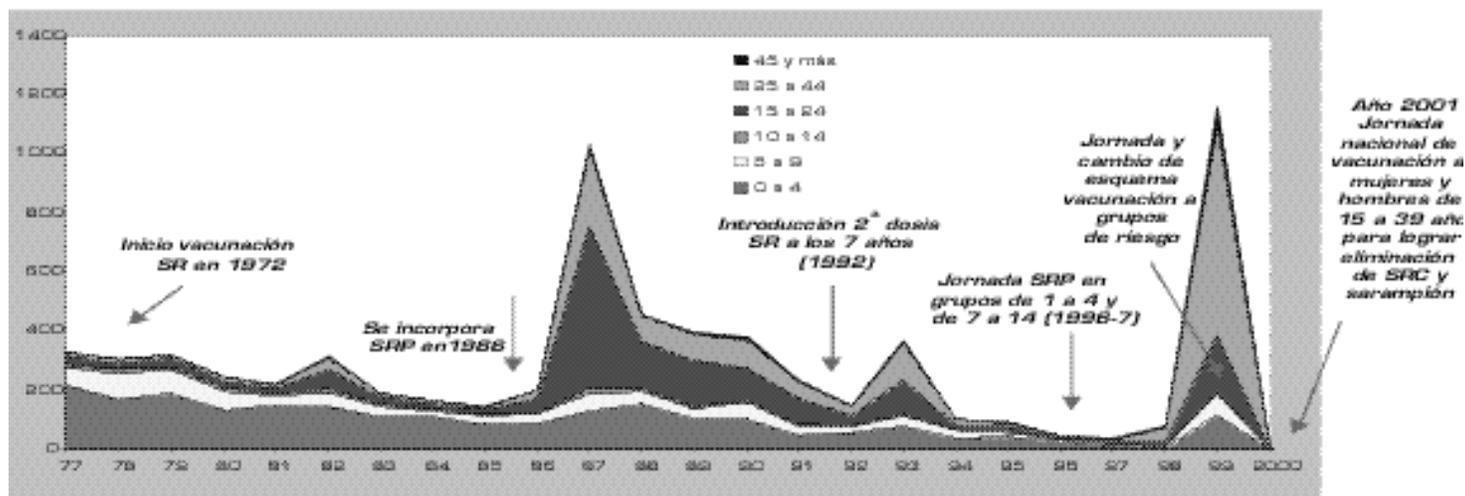
La enfermedad se presenta tanto en forma endémica como en brotes epidémicos con espacios entre epidemias que dependen de la cobertura de vacunación obtenida en años previos. En Costa Rica, se han presentado en los últimos 28 años epidemias en los años 75-76, 87-88, 93-94 y 98-99. En estos brotes hubo 2835, 1079, 496 y 1282 casos respectivamente.

Desde la introducción de la vacuna en 1972 (Gráfico N°1), durante las primeras dos décadas no se observaron cambios radicales en la tendencia de la enfermedad producto de las bajas coberturas y fundamentalmente porque el grupo objetivo era muy reducido. Las coberturas de vacunación contra rubéola en niños fueron inferiores al 40% hasta principios de los ochenta y es hasta 1984 que se alcanzan cifras cercanas al 80%. En los años 94 a 98 se obtuvo la endemia más baja.

Con relación a la edad (Cuadro N°1) durante los brotes 87-88, 93-94 y 98-99 se observa un desplazamiento en la edad de los afectados; en el grupo de 15 a 24 años que desde el primer brote hasta el tercero hay un descenso progresivo en la importancia relativa del grupo y consecuentemente un aumento progresivo en el grupo de 25 a 44 años con 22.5%, 31.0% y 41.0% respectivamente.

Cuadro N°1
Importancia relativa de grupo en edad fértil en
3 últimos brotes de rubéola
Costa Rica, 87-88/93-94/98-99

Edades	Brote 87-88	Brote 93-94	Brote 98-99
	%	%	%
15-24 años	45	25	11.2
25-44 años	22.5	31.0	41.0

GRAFICO N° 1**Número de casos de rubéola por edades y estrategias de vacunación.
Costa Rica, 1977 a 1999**

Fuente: Centro de información. Sección Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud

La incidencia de la rubéola según sexo no ha mostrado diferencias importantes desde la introducción de la vacuna ya que el grupo objetivo eran niños y niñas. El brote de rubéola que se presenta en 1998-99, afectó tanto a hombres y mujeres (53% mujeres, razón de tasa de incidencia = 1.15 mujer/ 1 hombre).

Según resultados de una encuesta serológica nacional realizada en 1996, la seroprevalencia de susceptibles a la rubéola en preescolares, fue de 7.3%. Sin embargo, para las mujeres en edad fértil, se determinó que un 36.2% eran susceptibles a la rubéola.

B. Síndrome de rubéola congénita (SRC)

El síndrome de rubéola congénita clásicamente se caracteriza por retardo del crecimiento intrauterino, cataratas, cardiopatías, retardo mental, sordera, microcefalia. Sin embargo es claro que, que las consecuencias de la rubéola durante el embarazo, son variables e impredecibles. Puede afectarse cualquier órgano, uno sólo o varios órganos a la vez ya sean en forma transitoria o progresiva y permanentes.

Una amplia variedad de manifestaciones clínicas pueden estar presentes durante las primeras semanas de vida. Bajo peso al nacer, relacionado con la duración del embarazo; lesiones en piel tipo púrpura trombocitopenia, petequias, asociado o no con aumento del hígado y el bazo (hepatoesplenomegalia), hepatitis, anemia, lesiones en los huesos y/o abombamiento de la fontanela anterior. Las lesiones en piel, debidas a la disminución de plaquetas, recuerdan a las fresas o frambuesas.

Otros hallazgos, además de los descritos, incluyen defectos oculares como son las cataratas, sordera en niños fuera del período de recién nacido, retardo mental, cambios en el tamaño de los dedos, siendo estos más pequeños, lo que se conoce como braquidactilia. Los niños pequeños, pueden presentar, tono muscular aumentado, asumiendo una postura de hiperextensión corporal, echando la cabeza hacia atrás y arqueando el tronco, con los puños de las manos apretados fuertemente; esta manifestación de la rubéola congénita puede ser confundida con secuelas de hipoxia neonatal (falta de oxígeno al nacer).

El diagnóstico se sospecha por los hallazgos clínicos y se confirma a través de la presencia de anticuerpos tipo IgM en sangre. Lamentablemente no hay cura o tratamiento específico. Algunas anomalías, como las cardíacas se corrigen con cirugía, pero implican un riesgo. De ahí que la única medida preventiva sea la vacuna.

Ante una enfermedad endémica como la rubéola y con la presentación de brotes recientes, como el ocurrido en 1998-99, que afectó prioritariamente al grupo en edad fértil se esperaba una elevación en el número de casos del SRC, pero el registro de notificación obligatoria no registra ningún caso de SRC desde 1992. Por lo anterior, se realizó una búsqueda activa de casos de SRC en el Hospital Nacional de Niños (HNN), para lo cual se analizó la base de datos de la Sección de Inmunología del Laboratorio Clínico, identificando aquellos casos de niños menores de 3 meses a los cuales, desde enero de 1996 hasta el año 2000 se les había realizado una serología IgM por el virus de la rubéola.

De esa forma se detectaron 49 niños con SRC con los siguientes diagnósticos:

- hepato-esplenomegalia 20 (41%);
- microcefalia 10 (20%),
- poli-malformado 10 (20%),
- sin anotar la causa en el expediente 7 (15%) y
- cataratas 2 (4%).

La magnitud del SRC en Costa Rica también se evidencia en los resultados preliminares del estudio de prevalencia de sordera realizado en 1996-97, que evaluó a un total de 12612 niños de primer grado de 250 escuelas del país. Esta encuesta detectó una prevalencia de sordera neurosensorial de 2.5% en la población escolar, cuyo origen era desconocido en el 40% de los casos, congénita en el 38% y adquirida en el 22%. El antecedente de rubéola durante el embarazo de la madre se reportó como una de las principales causas en la categoría de sorderas congénitas.

Estos resultados reflejan parcialmente la problemática del SRC en el país, pues solo corresponden a los casos de niños menores de 3 meses detectados en el Hospital Nacional de Niños y a un estudio que caracteriza la situación de la

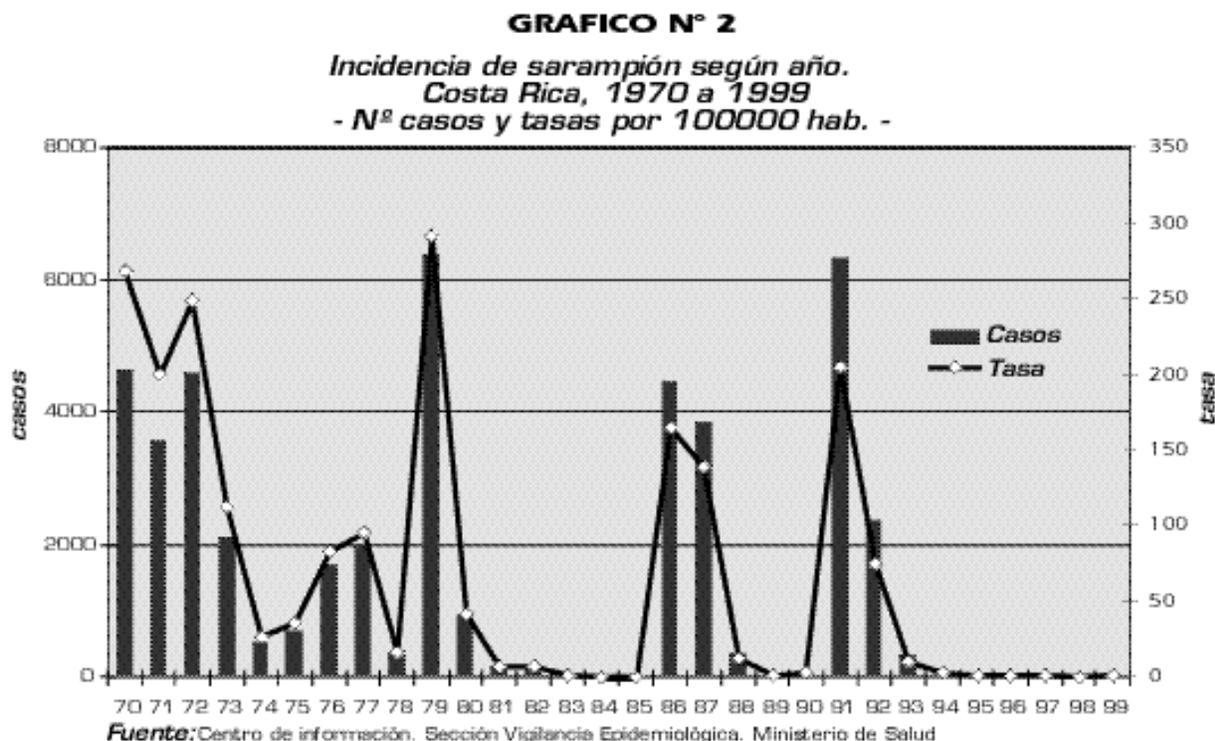
sordera en el niño escolar y las dificultades que éstos enfrentan para insertarse en la sociedad. Esta información también demuestra que hay un subregistro de casos en el sistema de notificación de SRC, y que debe mejorarse la detección y notificación de este problema.

C. Sarampión

Con respecto al sarampión (Gráfico N°2), a principios de los setenta, Costa Rica logró reducir el número de enfermos desde 4627 en 1970 a 512 en 1974. Sin embargo, la incidencia de esta enfermedad se eleva a finales de la década y alcanza 6389 casos en 1979, la mayoría en menores de 5 años. Una nueva epidemia se inició en 1991, con un reporte de 6323 casos en ese año y 2361 en 1992. Además se presentó una inversión del patrón tradicional de edades afectadas: la mayoría fueron adolescentes y adultos jóvenes.

En 1996 hubo un pequeño brote de 6 casos confirmados por laboratorio cuyo caso índice fue un turista procedente de Brasil. Desde 1996 hasta 1999 el número de casos confirmados clínicamente corresponde a casos cuya investigación no logró reunir los elementos de juicio para confirmarlo o descartarlos alcanzando la cifra de 18 en 1996 y 1997, 26 en 1998 y 19 en 1999 respectivamente, es decir corresponde a una falla del sistema de vigilancia.

En cuanto a mortalidad de causa específica por sarampión durante la epidemia de 1991-92 ocurrieron 55 muertes y la última defunción por sarampión en el



IV. Importancia de la jornada nacional de vacunación

La introducción de la vacuna de rubéola en la población, en 1972 unida al sarampión que se había incluido en el esquema nacional en 1967, modificó el comportamiento de la rubéola de tal manera, que la edad fue gradualmente aumentando. En el último brote en el país, la mayoría de los casos se presentaron entre las edades de 25 a 44 años, con un 50% de los casos. La población mayor de los 44 años prácticamente no fue afectada, debido probablemente a que la mayoría era inmune por haber sufrido la infección por el virus salvaje previo al impacto por la vacuna.

Estudios recientes en serología, para detectar anticuerpos para el virus de la rubéola demostraron que el 36.2% de las mujeres en edad fértil no tuvieron evidencia de protección en 1996, por tanto son susceptibles a la infección.

La situación actual aumenta el riesgo de que se produzcan más casos de síndrome rubéola congénita, dada las probabilidades de que el niño sea afectado entre un 25 hasta un 81%, dependiendo del momento del embarazo en que la madre se infecte; siendo mayor, cuanto más temprana la gestación.

Los efectos de la infección del niño durante el embarazo son desde aborto, mortinato y parto prematuro, hasta malformaciones que pueden afectar prácticamente cualquier sistema, los más frecuentes son el cardiovascular, el sistema nervioso central y los órganos de los sentidos, provocando discapacidad, enfermedad y muerte. Se asocia a otras complicaciones tardías como diabetes y encefalopatía progresiva.

El costo económico, social y familiar que producen estos eventos es alto. En Estados Unidos se reporta que el costo del tratamiento de uno estos niños a lo largo de su vida supera los US \$200000.

Además, los niños afectados por rubéola congénita pueden esparcir el virus y ser fuente de contagio hasta por un año.

A lo anterior se une el interés y compromiso del país, y en el ámbito internacional, de erradicar la circulación del virus del sarampión, por lo que las autoridades del Ministerio de Salud y de Caja Costarricense de Seguro Social, han decidido introducir la vacunación de toda mujer en el post-parto inmediato con la vacuna viral contra sarampión - rubéola (SR) a partir del 1 de diciembre del 2000, lo que será reforzado con una jornada nacional masiva para vacunar hombres y mujeres de 15 a 39 años que se realizará en mayo del 2001. Con esto se pretende lograr a corto plazo, el control de los casos de rubéola adquirida y prevención del SRC, además de contribuir a consolidar la erradicación del sarampión en el país.

Para que estas actividades sean efectivas, deben alcanzar al menos una cobertura del 95% en la población meta en un corto tiempo, en forma homogénea dentro de cada cantón, de cada región y a nivel nacional.

La organización clara y precisa que se concretice a través de los grupos de trabajo con personal del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el nivel central, regional y local es un aspecto determinante del éxito de la jornada. En cada nivel de gestión, la jornada tendrá un equipo responsable e instancias de apoyo para el desarrollo de los aspectos fundamentales para la planificación, programación, ejecución y evaluación de la misma.

Además, es importante que el dinamismo, esfuerzo y concentración en la jornada, al igual que la capacitación, divulgación y movilización de la comunidad sirvan como incentivo e instrumento para el perfeccionamiento y fortalecimiento de las actividades rutinarias del Programa Nacional de Inmunizaciones.

V. Lineamientos de la jornada

A. Objetivo

Mediante una estrategia integrada de vacunación y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, se espera:

1. Consolidar la erradicación del sarampión
2. Controlar la rubéola y prevención del Síndrome de rubéola congénita

Para cumplir con este objetivo general, se ha elaborado un Plan de acción, que incluye como uno de sus objetivos específicos el relativo a la jornada:

- Vacunar a la población de 15 a 39 años de ambos sexos contra el sarampión y la rubéola mediante una Jornada intensiva de vacunación.

B. Meta

La meta para la jornada es alcanzar al menos el 95% de cobertura, por cantón, región y país entre el 02 y el 31 de mayo del 2001.

C. Población blanco

La población blanco a cubrir durante la jornada son hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad a nivel nacional.

La definición de personas a vacunar se calcula con base en la población adscrita de las áreas de salud, más la población que, a pesar de no residir en el Cantón, es de responsabilidad del equipo de vacunadores de esa área pues se captará mediante el empleo de diversas estrategias de vacunación al visitar empresas, centros comerciales, centros turísticos, entre otros.

La vacunación será independiente del estado vacunal de los usuarios o del antecedente de haber padecido rubéola o sarampión; cubriendo en forma universal todo el territorio nacional.

Se exceptúan las personas que presenten carné de vacunación con la dosis de SR o SRP, recibida en las últimas cuatro semanas a quienes no se aplicará la vacuna, pero se registra como dosis aplicada; en los casos con evidencia escrita de haber recibido esta vacuna con más de cuatro semanas, se revacuna y se registra como dosis aplicada al igual que la generalidad de la población blanco.

D. Vacuna a utilizar

- El tipo de vacuna a utilizar será la que contiene los virus vivos atenuados de sarampión (Cepa Edmonstong Zagreb) y rubéola (RA 27/3), en frascos de 10 dosis.
- La vacuna se presenta liofilizada y con su respectivo diluyente (agua estéril para inyección).
- No utilizar la vacuna triple viral que incluye parotiditis (SRP).
- La inmunidad que produce la vacuna es del 95%.

E. Contraindicaciones

1. Reacciones anafilácticas o neomicina.
2. Mujeres embarazadas.
3. Inmunesupresión por enfermedad o efectos secundarios a terapias.
4. Evidencia de haber recibido inmunoglobulinas o productos sanguíneos como sangre total o glóbulos rojos empacados. En ambos casos debe posponerse la vacunación por tres meses.
5. Enfermedad aguda grave.

Recuerde que no son contraindicaciones:

1. Reacciones alérgicas a la penicilina.
2. Lactancia Materna.
3. Uso de antibióticos.
4. Tratamiento con esteroides a bajas dosis, tópicos o en aerosol.
5. Infecciones agudas leves o moderadas.

F. Técnica de aplicación

Presentación y dosis

- La vacuna se presenta en un frasco ampolla de diez dosis, liofilizada y una ampolleta de diluyente estéril para su reconstitución.
- Tanto el diluyente como la vacuna deben mantenerse en refrigeración pues el cambio de temperatura entre ambos puede disminuir la efectividad de la misma. Cuando se vacuna a domicilio o en cualquier otro escenario distinto al establecimiento, se debe transportar el diluyente en el termo para que se mantenga a la misma temperatura que la vacuna liofilizada. En caso de no contar con el espacio necesario para el diluyente, éste se deberá poner a enfriar durante una hora antes de ser utilizado.
- La vacuna reconstituida debe protegerse de la luz directa, de lo contrario se inactiva rápidamente.
- La dosis corresponde a la inoculación de 0.5 cc de solución inyectable reconstituida y no se debe usar alcohol para la limpieza del área porque se inactiva la vacuna (anexo 2).

Equipo

- Una bandeja conteniendo: jeringas desechables de 2 -3cc y agujas 26 ó 27 de 5/8 de pulgada. También se puede usar la jeringa para tuberculina o insulina.
- Torundas de algodón secas, una botella con agua y otra con jabón ambas tapadas, una bolsa de papel para descartar material sucio y un riñón para descartar material sucio húmedo.
- Formulario de registro diario, carné de vacunación del adulto y otros que disponga el establecimiento.

Procedimiento

- Lávese las manos de acuerdo a técnica aséptica médica antes de reconstituir la vacuna y cuando vaya a vacunar.
- Reúna el equipo necesario para la preparación y aplicación de la vacuna.
- Verifique la fecha de vencimiento y el contenido de la ampolla.

- Reconstituya la vacuna: abra el frasco ampola del diluyente y cárguelo en la jeringa de 5 ml con aguja de 20. Retire el sello del frasco que contiene la vacuna liofilizada SR e introduzca el diluyente lentamente hasta lograr una solución homogénea, clara y sin residuos.
- Cargue la jeringa de 2 -3cc y agujas 26 ó 27 de 5/8 de pulgada con 0.5 cc, que es la dosis a aplicar.
- Localice el área anatómica en el tercio superior del brazo, en la región deltoidea previa limpieza con agua y jabón, nunca usar alcohol, (Anexo 2: Técnica de limpieza del área) e inocule la solución vía subcutánea. Se puede aplicar en cualquiera de los brazos, pero se recomienda hacerlo en el brazo contrario al dominante, el izquierdo en personas diestras, y el derecho en personas zurdas.
- No olvide como parte importante de todo procedimiento: informar a la persona sobre la actividad a realizar, los posibles eventos post-vacunales esperados y su manejo.
- Por último, hacer las anotaciones en los registros correspondientes y dar cuidado posterior al equipo y a las jeringas y agujas.

G. Seguridad de la vacunación

Eventos post-vacunales esperados

Con la aplicación de la vacuna SR se pueden presentar algunos eventos similares a la enfermedad natural como:

- Fiebre $>39,4$ °C en 5-15% de las personas vacunadas.
- Erupción cutánea transitoria en 1-16% de las personas vacunadas.
- Artralgias o artritis transitoria en 10-25% de vacunados, más frecuentemente en mujeres.
- 1 caso de encefalitis en 1 millón de personas vacunadas.
- Además, 1 caso de trombocitopenia transitoria en 24.000 personas vacunadas.
- Cerca de 5% de las personas vacunadas presentan rigidez de nuca o linfadenopatía.

Los efectos secundarios se presentan principalmente en personas susceptibles, **y evidencian la necesidad de haber aplicado la vacuna.**

Generalmente aparecen entre el quinto y el duodécimo día después de la aplicación, las manifestaciones articulares entre la primera y tercera semana después de la misma.

Todas estas manifestaciones son mucho más leves que las producidas por la infección natural, transitorias y desaparecen en pocos días. Las

manifestaciones articulares tienden a durar más y se reporta una duración hasta tres semanas. El manejo de la fiebre o el dolor es sintomático con analgésicos comunes.

Es importante destacar que la vacunación con SR en la madre que amamanta, no tiene ningún efecto sobre el bebé, ni afecta la lactancia materna.

Existe suficiente evidencia internacional que la aplicación durante el embarazo no produce ningún efecto negativo en el producto.

Calidad de la vacuna y cadena de frío

Es importante recordar que estas vacunas proceden de laboratorios certificados por agencias de Naciones Unidas, como garantía de su calidad. Además en el país se realizan pruebas para asegurar la ausencia de contaminantes y de sus aspectos físicos (pruebas organolépticas), las cuales ratifican la calidad de las mismas.

Para mantener la estabilidad y efectividad de la vacuna es necesaria el mantenimiento estricto de algunas condiciones durante su almacenamiento y transporte en todos los niveles del sistema de salud.

- ***Debe garantizarse el mantenimiento de la vacuna y su diluyente, en condiciones de temperaturas entre 2 y 8° C.*** En caso de que el diluyente no esté a esa temperatura por falta de espacio en la caja fría, éste se deberá poner a enfriar durante una hora antes de ser utilizado.
- No debe exponerse a la luz solar, ni congelarse.
- Una vez reconstituida debe aplicarse inmediatamente o máximo en el término de 8 horas, después de ese tiempo debe descartarse, independientemente de las dosis sobrantes.
- No deben mantenerse agujas insertadas en el tapón de hule del frasco de vacuna ya reconstituida para cargar las dosis y no sumergir en agua los tapones. Limpie el tapón cada vez que extraiga una dosis.
- Antes de guardar la vacuna en los termos, los paquetes fríos no deben tener escarcha en su superficie y en su interior sólo hielo y una pequeña cantidad de agua, para evitar la congelación de las vacunas.

Descarte de biológicos y otros materiales

La inactivación es el procedimiento que debe realizarse antes de desechar la vacuna. Debido a la composición de éstas se pueden utilizar diferentes procedimientos.

Se deben descartar los biológicos cuando:

- Alcanzó la fecha de vencimiento.
- Se comprueba que se ha congelado.
- A las ocho horas de reconstituida.
- Cuando el contenido contenga partículas en suspensión o presente aspecto turbio.

Es importante recordar que:

- Toda vacuna que no se puede utilizar por deterioro, mal estado o vencimiento se desactiva en autoclave a 121°C, a 15 libras de presión por 30 minutos y luego se elimina como lo establece la Norma para el Manejo de Residuos Peligrosos. La normativa establece que los desechos punzocortantes (frascos y ampollas de vacuna), luego de autoclavarse o darle tratamiento químico, deben colocarse en una bolsa plástica e introducirlos en un caja de cartón resistente, la cual deberá rotularse como "Material punzocortante" y sellarse.
- En caso de no contar con autoclave, las vacunas y sus residuos se sumergen en una solución de hipoclorito de sodio del 0.05 a 0.1% (dilución del hipoclorito de sodio comercial 1/20, es decir, una medida de cloro por 19 de agua), por 24 horas y luego descartar el líquido en la pila con bastante agua y los residuos sólidos como residuos peligrosos debidamente rotulados.
- Antes de proceder a cualquier método de inactivación, las jeringas y agujas deben separarse utilizando una pinza o el aditamento para ese fin que tiene el recipiente de seguridad, no intentar devolver el cobertor a la aguja, para evitar accidentes.
- Las agujas deben descartarse introduciéndolas en contenedores de seguridad específicos (cajas de seguridad) o artesanales como envases de plásticos fuerte, debidamente rotulados.

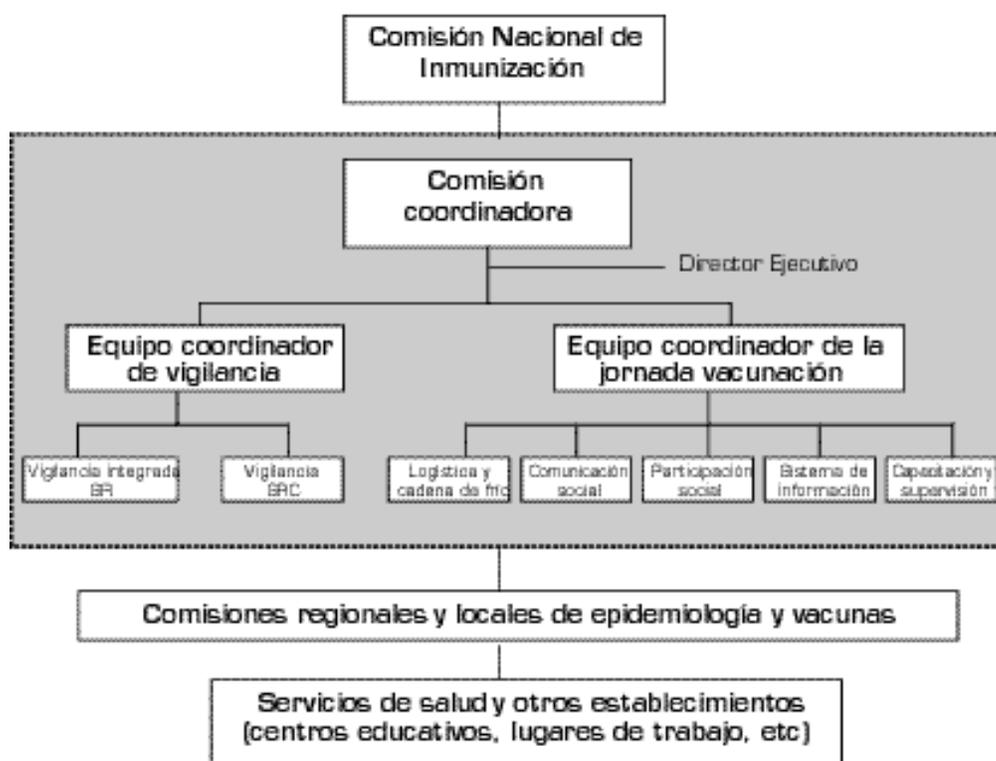
VI. Organización y funciones

Se cuenta con una Comisión coordinadora de la jornada, presidida por la Sra. Viceministra de Salud, quien coordina con las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta comisión está constituida por el Ministerio de Salud (MS), Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y cuenta con la cooperación de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Para facilitar la comunicación y consultas se proporciona un directorio de funcionarios responsables de los componentes de la jornada del nivel central (Anexo 1).

Esta comisión ha elaborado el Plan de acción de la jornada y los lineamientos generales para esta actividad. La comisión está encargada también de establecer los vínculos con otras entidades dentro y fuera del sector salud para alcanzar los objetivos.

ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN



La organización de la Jornada, optimiza la eficiencia considerando la experiencia y dedicación de cada uno de los responsables.

En cada región, área de salud o establecimiento debe replicarse esta organización o mantenerse las funciones de acuerdo a los recursos humanos para la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de la Jornada.

Como se observa en el diagrama anterior, cada subcomponente está constituido por un coordinador y los miembros que éste estime necesarios para el cumplimiento exitoso de la Jornada. Estos son:

- Logística y cadena de frío
- Sistema de información
- Movilización social, que incluye las áreas de:
 - * Participación social
 - * Comunicación social

- Capacitación y supervisión
- Vigilancia epidemiológica

A. Funciones del nivel central

Comisión Nacional de Inmunización:

1. Aprobar los Planes, Presupuesto y Lineamientos para la vacunación contra rubéola - sarampión con el objetivo de la Eliminación del SRC.
2. Realizar la comunicación social de la Jornada en el ámbito técnico-político de acuerdo a recomendaciones del Comité Coordinador.
3. Coordinar acciones con otros sectores en el ámbito técnico-político.
4. Velar por el adecuado desarrollo de la Jornada.

Comité Coordinador de la Jornada:

1. Planificar, organizar, conducir, controlar y evaluar la Jornada.
2. Definir las funciones y metodología de trabajo a los Equipos Técnicos responsables de cada Sub-componente.
3. Aprobar y velar por la divulgación y cumplimiento de lo establecido en:
 - Plan de Acción de la Jornada.
 - Manual operativo de la jornada.
 - Otros lineamientos oficiales de la Jornada.
4. Velar por la programación, ejecución, monitoreo y evaluación adecuados y oportunos en cada nivel.
5. Realizar visitas al nivel regional y local para supervisar y asesorar la organización y ejecución de la Jornada (Anexo 10).
6. Analizar los reportes del monitoreo por subcomponente y si se requiere, definir acciones correctivas.
7. Integrar la información suministrada por los responsables de cada subcomponente de la jornada en sus diferentes etapas.
8. Participar en la elaboración de comunicaciones escritas para las autoridades institucionales MS-CCSS.
9. Informar a la Comisión Nacional de Inmunizaciones y otras autoridades del avance de la jornada y los resultados del monitoreo y evaluación.

La coordinación del Comité Coordinador está a cargo de la Viceministra de Salud.

Director Ejecutivo:

1. Orientar las funciones y metodología de trabajo de los Equipos Técnicos

- responsables de cada subcomponente.
2. Convocar a los Equipos Técnicos cuando lo establezca el cronograma de trabajo o según situaciones de emergencia.
 3. Conducir las sesiones de revisión de avances de las actividades contenidas en el cronograma de trabajo de la Comisión Coordinadora.
 4. Coordinar y monitorear el trabajo de cada subcomponente en cada etapa de la Jornada y acciones correctivas cuando se requiera.
 5. Informar al Comité Coordinador sobre los avances de la planeación y ejecución de la Jornada y sugerir acciones correctivas cuando se requiera.
 6. Preparar comunicaciones escritas para las autoridades en apoyo a Coordinación del Comité.
 7. Revisar, con responsables del subcomponente de comunicación, la información técnica para los medios.
 8. Coordinar con otras instancias institucionales las acciones que se requieran.
 9. Coordinar las acciones de supervisión de acuerdo a necesidades.

Sub-componente de logística y cadena de frío:

1. Establecer un plan de adquisición y distribución de vacunas e insumos (cajas frías, termos, jeringas, carné de vacunación, formularios de registro de dosis aplicadas, de consolidación y de eventos post vacunales esperados) (ver anexo 3).
2. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará, de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
3. Coordinar la distribución de vacunas y otros insumos durante la Jornada, por establecimiento.
4. Revisar la capacidad de almacenamiento de la vacuna en los niveles locales.
5. Definir los mecanismos de distribución de la vacuna y otros insumos.
6. Identificar las necesidades de vacunas y otros insumos en el nivel nacional, por región y establecimiento, según lineamientos definidos.
7. Proponer alternativas de solución viables cuando hay dificultades para el almacenamiento de las vacunas.
8. Hacer listado de nombre y teléfono de responsables de solicitar y recibir las vacunas en cada establecimiento.
9. Velar por la disponibilidad y oportunidad de transporte para la dotación de suministros y desplazamiento del personal en los diferentes niveles.
10. Preparar reportes de avance del proceso y de la evaluación de la jornada
11. Reportar inmediatamente al Director Ejecutivo cualquier anomalía en la distribución y disponibilidad de las vacunas y otros insumos.
12. Elaborar procedimientos de contingencia para el mantenimiento de la cadena de frío.
13. Tener un control de las vacunas distribuidas, utilizadas y desechadas.

14. Colaborar con el responsable de la Capacitación para definir los contenidos y participar en las actividades de capacitación, incorporando aspectos de bioseguridad.
15. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.
16. Revisar el transporte disponible antes y durante la jornada, tanto del propio sector como de otras instituciones involucradas en la misma para el personal del nivel central.
17. Elaborar un listado de requerimientos de transporte que incluya cronograma y rutas para el desarrollo de actividades del personal del nivel central durante la jornada.

Sub-componente sistema de información:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará, de acuerdo a los lineamientos establecidos para la jornada.
2. Diseñar los instrumentos de registro e instructivos necesarios para el sistema de información de la jornada de vacunación. (Anexo 4)
3. Estimar y solicitar los recursos financieros para la edición, reproducción y distribución de los instrumentos.
4. Elaborar listado de necesidades de los instrumentos de registro por regiones y establecimientos y coordinar su distribución.
5. Elaborar directorio de los responsables regionales y locales del sistema de información.
6. Colaborar con el responsable de la capacitación para definir los contenidos y participar en las actividades de capacitación
7. Monitorear la ejecución del funcionamiento del sistema de información en las regiones y establecimientos.
8. Preparar reportes parciales (semanales) y final de resultados y evaluación de este subcomponente.
9. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

Sub-componente de movilización social:

Está integrado por dos áreas: participación y comunicación social.

Participación Social:

1. Preparar cronograma de actividades, de acuerdo a los lineamientos de la jornada
2. Promover la participación de actores sociales clave a nivel nacional: Unión de Gobiernos locales, MEP y otros ministerios, empresas de alimentos a

nivel nacional, Consejo Nacional de Educación Superior, asociaciones profesionales, autoridades religiosas y eclesiásticas, ICT, Club de Leones, Cruz Roja, entre otros.

3. Identificar el aporte que pueden dar los actores sociales, a la Jornada. (anexo No. 5).
4. Identificar a líderes para ser vacunados en público, usar esta estrategia como modelo a seguir por la población, especialmente la de más difícil acceso cultural.
5. Realizar actividades de sensibilización e información para obtener el apoyo de los líderes a la Jornada.
6. Coordinar las actividades comprometidas por los actores sociales y los responsables de la Jornada en todos los niveles.
7. Asesorar y apoyar a los responsables regionales y locales para las acciones de participación social en sus respectivos niveles.
8. Participar con el responsable de la capacitación en la definición de contenidos y actividades de capacitación en lo concerniente a este subcomponente.
9. Coordinar con el responsable de comunicación la preparación de material técnico para información y motivación de líderes de la comunidad.
10. Preparar reportes de avances del proceso y evaluación de este subcomponente.
11. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

Comunicación social:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
2. Identificar los medios con mayor difusión y proponer los requerimientos de divulgación según los grupos de población a vacunar.
3. Contactar los medios de mayor relevancia para la jornada y establecer un plan de divulgación antes y durante esta actividad.
4. Establecer alianzas estratégicas con los medios de comunicación, en la búsqueda de pauta a bajo costo o gratuita.
5. Contactar al comercio y a la industria para su apoyo financiero en la producción de mantas, afiches, panfletos y otros materiales promocionales.
6. Elaborar un directorio de profesionales a ser entrevistados por los medios de difusión.
7. Identificar eventos técnicos, científicos y sociales (ferias, congresos, reuniones, etc.) para obtener su apoyo y colaboración en la difusión de la jornada.
8. Definir el "eslogan" de la jornada.
9. Elaborar y presupuestar la propuesta de comunicación social para la jornada de vacunación.

10. Solicitar y colaborar en la administración de los recursos financieros para la implementación del subcomponente de comunicación.
11. Organizar y ejecutar la actividad inaugural de la jornada de vacunación conjuntamente con participación social
12. Elaborar propuestas de contenidos de mensajes y materiales para someterlas al Comité Coordinador.
13. Validar los mensajes y materiales educativos para medios de comunicación social con el grupo coordinador.
14. Asesorar y acompañar a los niveles regionales y locales para la elaboración de material y actividades comunicacionales.
15. Identificar las necesidades y enviar el material educativo a las regiones y establecimientos.
16. Coordinar la colocación de los mensajes en los diversos medios de comunicación.
17. Preparar las comunicaciones escritas para las autoridades, regiones, establecimientos y medios de comunicación, en las diferentes etapas de la jornada.
18. Preparar informes de avance del proceso y evaluación de la jornada en su subcomponente.
19. Supervisar y monitorear la ejecución de las actividades de comunicación.
20. Participar con el responsable de la capacitación en la definición de contenidos y actividades de capacitación en lo concerniente a este subcomponente.
21. Apoyar al Comité Coordinador en el registro y recopilación de materiales y actividades comunicacionales relativos a la jornada para la documentación y archivo histórico.
22. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

Sub-componente de capacitación:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el subcomponente, de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
2. Elaborar la propuesta de capacitación al personal de salud de todos los niveles.
3. Preparar el material de capacitación una vez definida la metodología.
4. Elaborar listado de necesidades de materiales didácticos por regiones y establecimientos.
5. Estimar y solicitar los recursos financieros para la preparación y distribución del material.
6. Coordinar la distribución del material educativo de acuerdo a requerimientos de las regiones y establecimientos.
7. Elaborar un directorio con los responsables regionales y locales de la capacitación.

8. Realizar cronograma de actividades de capacitación por regiones
9. Asesorar y apoyar los niveles regionales para el desarrollo de la capacitación en los niveles locales, en coordinación con el grupo central.
10. Monitorear la ejecución de las actividades de capacitación en las regiones y establecimientos.
11. Preparar reportes de avances del proceso y evaluación de este subcomponente.
12. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

Sub-componente de vigilancia epidemiológica:

Sarampión-Rubéola

1. Evaluar el estado actual de la vigilancia del sarampión y la rubéola.
2. Revisar y actualizar los flujos de referencia para la detección, notificación e investigación de casos.
3. Validar los protocolos de vigilancia de SR que actualmente están en proceso de actualización.
4. Capacitar en protocolos de vigilancia SR.
5. Implementar la vigilancia del virus del sarampión y rubéola.
6. Monitorear las tendencias en la incidencia de SR.
7. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de servicios.

Síndrome de Rubéola Congénita

1. Realizar una búsqueda de casos de SRC para tener un nivel basal de información.
2. Elaborar un diagnóstico de recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos, fuentes y flujos de información para diseñar el sistema de vigilancia.
3. Elaborar la propuesta del sistema de vigilancia de SRC: definición de caso, flujos de información, indicadores, reportes, vigilancia de laboratorio, entre otros.
4. Preparar el material técnico que requiere la jornada de vacunación para capacitar al personal y comunicar a la población con respecto a vigilancia.
5. Realizar un taller validación de la propuesta del sistema de vigilancia del SRC.
6. Editar y reproducir el manual de normas y procedimientos del sistema de vigilancia SRC.
7. Capacitar en las normas y procedimientos del sistema de vigilancia del SRC.
8. Elaborar el protocolo para evaluación y seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas.
9. Participar en el proceso de supervisión según necesidad en toda la red de

servicios.

B. Funciones del nivel regional

A nivel regional y local se debe designar responsables de manera similar al nivel central, aunque una misma persona asuma varios componentes, de acuerdo a los recursos humanos disponibles. Poner énfasis en las siguientes actividades:

1. Mapear el área de influencia, identificando nuevas comunidades, barrios o localidades, particularmente las de la periferia a partir del trabajo de los niveles locales.
2. Agrupar o sectorizar las Areas de salud, sectores, barrios y localidades para constituir zonas o sectores a vacunar.
3. Determinar los responsables locales y apoyar la definición del área de acción para cada equipo coordinador, supervisores y equipo de vacunadores, identificando el número de puestos, ubicación y unidades de apoyo y su referencia (anexo 6).
4. Hacer un reconocimiento del área para:
5. Ubicar e instalar los puestos de vacunación de acuerdo a la evaluación en términos de: desempeño del puesto durante jornadas anteriores, acceso, población que demanda, transporte, etc.
6. Ubicación de los supervisores, las unidades de apoyo y de referencia; según necesidades.
7. Reconocimiento de nuevas concentraciones poblacionales e identificación de sitios para los puestos de vacunación.
8. Revisión de las rutas de los puestos móviles e instalación de nuevos puestos, a partir de las necesidades referidas por niveles locales.
9. Revisión de la ubicación de puestos fijos en áreas rurales incluyendo los poblados, caseríos, fincas, haciendas y aglomeraciones populares anteriormente inexistentes y desconocidas; referidos por el nivel local.
10. Observación y registro del estado de las vías de comunicación y de las distancias entre los puestos de vacunación teniendo en cuenta mayores facilidades para la accesibilidad de la población y del supervisor;
11. Identificación de las áreas donde haya la necesidad de anticipar o prolongar la vacunación, o de concentrar en un lugar estratégico a la población dispersa o de difícil acceso.

Son atribuciones básicas de la comisión regional:

1. Organizar un equipo regional responsable del trabajo, con mapas, cuadros, teléfono y otros materiales y equipos necesarios para apoyar las actividades de la jornada.
2. Elaboración de un Plan de Acción para la región.
3. Hacer un listado con nombre y teléfono de los responsables de solicitar y

- recibir las vacunas en cada establecimiento.
4. Definir los equipos responsables para llevar a cabo las diversas actividades de la jornada.
 5. Asistir a la capacitación que realiza el nivel central y capacitar a todo el personal involucrado en las tareas de la jornada.
 6. Asesorar el desarrollo de los planes de acción locales para la jornada.
 7. Definir conjuntamente con el nivel local las estrategias a utilizar según la población y área geográfica a cubrir, así como los recursos necesarios humanos, materiales y financieros.
 8. Establecer mecanismos que garanticen la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros, necesarios para el desempeño de las actividades.
 9. Participar en la validación, consolidación, envío y análisis de la información para los cortes semanales establecidos.
 10. Establecer el sistema de colecta de datos parciales y finales durante la campaña, para información de la prensa, las autoridades y al nivel superior.
 11. Realizar la supervisión y evaluación de la jornada en sus diferentes componentes. (Anexo 11)
 12. Producir informes de su región, a partir de los informes locales, utilizando los indicadores establecidos para la toma de decisiones.
 13. Divulgar los resultados finales de la campaña y de la evaluación a los participantes en La jornada: instituciones, profesionales, técnicos y a la comunidad.
 14. Definir la necesidad de vehículos, antes y durante de la vacunación, así como establecer mecanismos que garanticen la disponibilidad de los mismos, sean estos propios o de otras instituciones, antes, durante y después de la jornada de vacunación.

Sub-componente de logística y cadena de frío:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará dentro del equipo regional, de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
2. Definir las necesidades de vacuna, jeringas y otros insumos en coordinación con el responsable del nivel central (Anexo 3: Parámetros de programación de insumos).
3. Revisar la capacidad de almacenamiento de la vacuna en los niveles locales, para definir la entrega y recepción de las vacunas.
4. Definir los mecanismos de distribución de la vacuna y otros insumos.
5. Apoyar a los niveles locales en alternativas de solución viables cuando hay dificultades para el almacenamiento de las vacunas.
6. Velar por la disponibilidad y oportunidad de transporte para la dotación de suministros y desplazamiento del personal en los niveles locales.
7. Elaborar procedimientos de contingencia para el mantenimiento de la cadena de frío.

8. Reportar inmediatamente al coordinador central cualquier anomalía en la distribución y disponibilidad de las vacunas y otros insumos.
9. Colaborar con el responsable de la Capacitación preparando los contenidos y participando en las actividades de capacitación.
10. Participar en el proceso de supervisión y evaluación según planificación regional.

Sub-componente sistema de información:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará, dentro del equipo regional, de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
2. Velar por la disponibilidad y uso adecuado de los instrumentos de registro para el sistema de información durante la jornada de vacunación.
3. Colaborar con el responsable de la capacitación preparando contenidos y participando en las actividades de capacitación para el llenado de los instrumentos.
4. Monitorear la ejecución del funcionamiento del sistema de información en los niveles locales.
5. Apoyar a los niveles locales de acuerdo a necesidades detectadas en el sistema de información durante la jornada.
6. Participar en el proceso de monitoreo por cortes, supervisión y evaluación según programación regional.

Sub-componente de movilización social:

Está integrado por dos áreas: participación y comunicación social.

Participación social:

1. Preparar cronograma de actividades dentro del plan regional, de acuerdo a los lineamientos de la jornada
2. Identificar las necesidades de apoyo de los diferentes recursos de la comunidad en los niveles regionales (municipalidades, escuelas, comercio, iglesia, grupos organizados para el desarrollo y la salud local entre otros).
3. Identificar a los actores sociales que deben involucrarse en la Jornada en la región (Anexo 5).
4. Realizar actividades de sensibilización e información para obtener el apoyo de los líderes y actores sociales a la Jornada.
5. Asesorar y apoyar a los responsables locales para las acciones de participación social durante la jornada.
6. Participar con el responsable de la capacitación en los contenidos y actividades para la movilización social.
7. Coordinar con el responsable de comunicación la preparación de material técnico para información y motivación de líderes y actores sociales de la

comunidad.

8. Participar en el proceso de supervisión y evaluación según plan regional.

Comunicación social:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará dentro del plan regional, de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
2. Elaborar y presupuestar la propuesta de comunicación social de la región para la jornada de vacunación, como parte del plan regional.
3. Solicitar y colaborar en la administración de los recursos financieros para la implementación de actividades de comunicación.
4. Organizar y ejecutar la actividad inaugural de la jornada de vacunación conjuntamente con participación social en la región.
5. Elaborar propuestas de contenidos de mensajes y materiales para someterlas al equipo responsable de la jornada a nivel regional con base en los mensajes y contenidos definidos para todo el país.
6. Asesorar y acompañar a los niveles locales actividades comunicacionales.
7. Identificar las necesidades y enviar material educativo a los niveles locales.
8. Coordinar la colocación de los mensajes en los diversos medios de comunicación regional.
9. Supervisar y monitorear la ejecución de las actividades de comunicación como parte del plan regional.
10. Participar con el responsable de la capacitación con los contenidos y actividades de participación social.
11. Apoyar al equipo regional en el registro y recopilación de materiales y actividades comunicacionales relativos a la jornada para la documentación y archivo histórico.
12. Participar en el proceso de supervisión y evaluación según plan regional.

Sub-componente de capacitación:

1. Preparar cronograma con las actividades que desarrollará el subcomponente, de acuerdo a los lineamientos de la jornada.
2. Elaborar la propuesta de capacitación al personal de salud de los niveles locales, incluyendo materiales y metodología con base en lo definido para todo el país.
3. Estimar y solicitar los recursos financieros para la capacitación en los niveles locales.
4. Realizar cronograma de actividades de capacitación de la región.
5. Participar en el proceso de supervisión y evaluación según plan regional.

C. Funciones del nivel local

En el nivel local, la coordinación de las actividades de vacunación deberá ser definida teniendo en cuenta criterios o peculiaridades inherentes a cada situación particular. Lo ideal es que la responsabilidad sea atribuida al establecimiento de salud del área de influencia; quienes a su vez coordinan los diferentes equipos de vacunación constituidos para la jornada. El equipo de trabajo en este nivel tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Promover la participación de las entidades del sector salud presentes en el área de atracción correspondiente.
2. Actualizar del croquis del área a vacunar con la población de hombres y mujeres entre los 15 y 39 años.
3. Elaborar un directorio de centros de trabajo, estudio, recreación, etc. con población a vacunar.
4. Programar estrategias de acuerdo a la ubicación de la población.
5. Elaborar programa de actividades de vacunación con cronograma, para cubrir la meta.
6. Definir promedio de dosis de vacunas a aplicar diariamente para cubrir la meta por área.
7. Promover la participación de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dentro de la comunidad en la programación y ejecución de las actividades de la jornada.
8. Actualizar la disponibilidad de los locales para la instalación de los puestos de vacunación de acuerdo a las normas o criterios establecidos.
9. Utilizar los medios de comunicación disponibles en el área y los de mayor difusión para promover la vacunación.
10. Definir la forma de identificación de la población vacunada día a día en el vacunómetro.

Sub-componente de logística y cadena de frío:

Definir la necesidad de transporte requerida para desplazar los equipos de vacunadores y supervisores para desarrollar las actividades de vacunación.

1. Asegurar que se cuenta con las vacunas e insumos necesarios para cubrir al menos el 95% de la población del área asignada (Anexo 3: Parámetros de programación de insumos).
2. Revisar la capacidad de almacenamiento de la vacuna para solicitar los envíos de la misma del almacén general.
3. Definir los biológicos, insumos y el transporte necesario cada día, de acuerdo a las estrategias para cubrir la meta.
4. Aplicar alternativas de solución definidas, si se le presentan dificultades para el almacenamiento de las vacunas.

5. Elaborar procedimientos de contingencia para el mantenimiento de la cadena de frío.
6. Reportar inmediatamente al coordinador local de su área de atracción cualquier anomalía que interfiere con la actividad de vacunación.

Sub-componente sistema de información:

Velar por la disponibilidad de los instrumentos de registro para el sistema de información durante la jornada de vacunación.

1. Registrar los usuarios que están siendo vacunados en el formulario de registro diario.
2. Hacer revisión de los registros al finalizar la jornada con el fin de resolver inconsistencias.
3. Participar en la consolidación de informes y cortes semanales.

Sub-componente de movilización social:

Está integrado por dos áreas: participación y comunicación social.

Participación social:

1. Lograr la participación activa de los actores sociales de cada nivel de gestión y atención en la Jornada.
2. Preparar cronograma de actividades de participación social para desarrollar ese componente en el nivel local (Anexo 5).
3. Identificar a los actores sociales que deben involucrarse en la Jornada en el nivel local.
4. Identificar actividades en las que pueden participar los actores sociales. (Anexo 5).
5. Involucrar a los recursos disponibles en la comunidad bajo su responsabilidad para que apoyen las actividades de vacunación (municipalidades, escuelas, comercio, iglesia, grupos organizados para el desarrollo y la salud local entre otros).
6. Realizar actividades de sensibilización e información para obtener el apoyo de los líderes comunales en la Jornada.
7. Definir conjuntamente con los actores sociales una estrategia para detectar a las personas sin vacunar.
8. Al concluir la jornada, participar en la evaluación y sistematizar las acciones desarrolladas con participación social utilizando el formulario.

Comunicación social:

1. Preparar cronograma con las actividades de comunicación social que se desarrollarán en su comunidad.
2. Organizar y ejecutar la actividad inaugural de la jornada de vacunación conjuntamente con participación social en su comunidad.
3. Identificación de medios de comunicación y recursos locales para las actividades.
4. Selección de medios de mayor impacto.
5. Distribuir material educativo elaborado para la jornada y definir los mensajes, tanto a la población en general como los medios de comunicación, centros educativos, laborales y recreativos de su comunidad. Todo esto tomando como base los mensajes y materiales aplicados a todo el país.
6. Apoyar al equipo regional en el registro y recopilación de materiales y actividades comunicacionales relativos a la jornada para la documentación y archivo histórico.

Sub-componente de capacitación al personal de salud:

1. Capacitarse en los lineamientos y contenidos de vacunación para la jornada.
2. Participar en la capacitación al personal y a la comunidad para la jornada de vacunación.
3. Realizar cronograma de actividades de capacitación para los voluntarios de la comunidad.

Funciones del vacunador:

1. Identificar la población a vacunar en el área bajo su responsabilidad.
2. Planificar las estrategias a utilizar de acuerdo a la población a vacunar en conjunto con su supervisor.
3. Revisar y preparar diariamente su equipo y material necesario para la vacunación en conjunto con su supervisor.
4. Aplicar las dosis de vacuna SR a la población de hombres y mujeres de 15 a 39 años según la norma (Ver apartado sobre Técnica de aplicación de la vacuna).
5. Mantener las vacunas entre 2 y 8^a C ya sea en el refrigerador o termo, según norma (Ver apartado sobre Calidad de la vacuna y cadena de frío).
6. Proteger los frascos de vacuna de la luz.
7. Orientar el usuario a vacunarse sobre: tipo de vacuna, enfermedad de la que protege, el procedimiento de aplicación, posibles eventos post-vacunales esperados y su manejo, información general sobre la rubéola y la jornada de vacunación.

8. Registrar la dosis aplicada en el carné, registro diario (Anexo 4), y otros que el centro tenga para ese fin.
9. Descartar las jeringas, agujas y vacunas según norma (Ver apartado de descarte de jeringas, agujas y otros).
10. Revisar los registros de dosis aplicadas al final del día con su supervisor.

VII. Planificación y programación

El plan de acción de cada Área de salud y establecimiento describirá las estrategias y necesidades de recursos humanos, materiales y financieros, así como la ubicación y número de puestos de acuerdo a la población blanco. Definirá líneas de acción a seguir en la capacitación y reclutamiento del personal encargado de la supervisión, vacunación, registro e información, divulgación y movilización dentro de las comunidades, dando énfasis a las áreas con bajas coberturas, en donde se han presentado casos o con dificultades de acceso geográfico, cultural o por condición migratoria irregular.

Cada región elaborará su respectivo plan para las actividades preparatorias, de capacitación, supervisión y monitoreo y evaluación. Para la ejecución elaborará su plan con base en los diferentes planes locales.

Aunque la definición de las estrategias de vacunación a emplear, depende de la situación particular de la población a vacunar, el acceso a los servicios existentes, los recursos disponibles, la experiencia previa en actividades similares, etc., algunas estrategias son:

- Debe facilitarse el acceso permanente en los establecimientos de salud durante todo su horario habitual de funcionamiento, sin restricciones de horario.
- Aprovechar todo contacto de la población blanco con los servicios, independientemente de la causa de la consulta.
- Establecer puestos fijos de acuerdo al acceso a los establecimientos en:
 - Supermercados
 - Centros comerciales
 - Iglesias
 - Centros educativos (escuelas, colegios, universidades)
 - Sitios de trabajo
 - Otros
- Visitas casa por casa en especial en zonas rurales.
- Organizar brigadas de penetración a zonas de difícil acceso.
- Todos los Hospitales de la CCSS, deben establecer puestos de vacunación para los servicios de consulta externa y emergencias y para la vacunación del personal y pacientes hospitalizados que no presentes contraindicaciones.

- En caso de clínicas u hospitales privados y de servicios de medicina de empresa en su zona de responsabilidad, se debe coordinar, facilitar, participar y velar porque se realice la vacunación de pacientes hospitalizados sin contraindicaciones para la misma, así como del personal. Además de garantizar los registros respectivos.

El grupo coordinador en cada Area o establecimiento de salud debe establecer mecanismos que permitan durante la jornada, continuar las actividades regulares del Programa de Inmunizaciones: notificación e investigación de casos, actividades de bloqueo, así como la aplicación de las dosis del esquema básico.

Deben definirse los recursos humanos necesarios a partir de:

- Criterios y experiencia previa sobre el rendimiento de dosis aplicadas en jornadas anteriores, personal técnico y profesional existente, para la formación de equipos de vacunación (fijos y móviles), de supervisión y para la identificación de necesidades de transporte. (Anexo 6 Criterios para programar el recurso humano).
- Listado, por cantón, de los recursos humanos del sector salud capacitados para ejercer las distintas funciones de la jornada;
- Listado del personal de otras instituciones que ya han participado en las jornadas, distribuyéndolos según las necesidades;
- Identificación de necesidades adicionales de recursos humanos a ser capacitados para ejercer las funciones de vacunador, registrador y supervisores.
- Identificación de otras instituciones de donde puedan ser reclutados los recursos humanos adicionales.
- Los grupos de coordinación en los diferentes niveles deberán prever las necesidades de recursos materiales y financieros, estableciendo las fuentes de financiamiento, los mecanismos de adquisición y distribución de los materiales. Todo este detalle deberá constar en el plan de acción y tendrá como base la población blanco a vacunar.

La previsión de los recursos, en especial los recursos materiales, debe tener como base las necesidades mínimas para el funcionamiento de un puesto de vacunación en los días de jornada. Así, será necesario:

- Seguridad en la ubicación del puesto de vacunación para garantizar la calidad del biológico, del personal y de los usuarios.

- Para la conservación de las vacunas que serán utilizadas el día del trabajo: termo con paquetes fríos. En caso de ser necesario, según la demanda, prever una caja fría para conservar las vacunas que no están siendo utilizadas
- Para la vacunación: la vacuna, jeringas descartables, hojas de registro; carnés de vacunación, si fuese el caso bolsas plásticas, tablas de apoyo y contenedores de seguridad para descartar las jeringas y agujas.

Se deberá hacer análisis de la demanda, la accesibilidad y funcionamiento de los puestos de vacunación, para lo cual se recomienda identificar con la comunidad las mejores opciones para la instalación de los puestos, principalmente cuando hay muchas solicitudes por parte de las comunidades

Se debe divulgar exhaustivamente por todos los medios posibles, la ubicación y horario de funcionamiento de los puestos de vacunación, lo mismo que visitas a otros escenarios (centros educativos, sitios de trabajo, a hogares etc.)

Los puestos fijos, instalados para la jornada, deben ser suficientes y localizables de tal forma que posibiliten el acceso de la población blanco

Los puestos deben instalarse, siempre que sea posible, en los locales con entrada y salida independientes, para permitir el flujo continuo y fácil de las personas. Deben ser identificados previamente con afiches y carteles que llamen la atención y faciliten su localización por parte de la población.

Lo ideal es que los puestos sean instalados en lugares donde ya exista una demanda natural, o concentración de la población blanco, utilizando los espacios físicos disponibles: clínicas, centros de salud, salones comunales, escuelas, iglesias, clubes, lugares de recreación, terminales de transporte, ferias, entradas y salidas de ciudades, mercados, supermercados, centros comerciales, iglesias, etc.

Para la atención de la población suburbana, rural y rural dispersa, se deberán prever algunas tácticas especiales: puestos móviles, Convocatoria y concentración de la población en lugares estratégicos, brigadas de penetración, vacunación casa por casa, vacunación días antes del período establecido para la jornada y la flexibilidad de horarios de trabajo. En zonas urbanas donde la población se desplaza por motivos laborales durante el día, se debe considerar la vacunación en horario no hábil o fines de semana.

En las grandes ciudades, los grupos de coordinación deberán conocer la ubicación de los puestos fijos y las rutas de los puestos móviles a través de

marcas en mapas actualizados.

En la distribución de los puestos de vacunación, se deberá dar atención especial a las áreas más densamente pobladas, medios y vías de transporte, la periferia de las ciudades y asentamientos humanos irregulares y otros puntos de flujo de las personas, para facilitar la convergencia de la población blanco.

El equipo de vacunación trabajará todo el día, ininterrumpidamente, un equipo de vacunación debe estar compuesto idealmente por un mínimo de tres elementos: un vacunador, un registrador y las supervisiones necesarias según parámetros definidos (Anexo 6 Criterios para programar el recurso humano necesario). En los puestos de gran demanda, se debe prever la formación de dos o más equipos o un incremento de alguno de sus elementos (más de un vacunador y registrador).

Los componentes de los equipos de vacunación deberán ser reclutados y seleccionados del sector salud. Personal voluntario de la comunidad puede realizar la tarea del registro, previa capacitación u otras funciones de apoyo. El supervisor debe pertenecer preferentemente al establecimiento o Área de salud. Todo el personal seleccionado debe recibir capacitación teórica-práctica en cuanto al desempeño de sus funciones durante la campaña, lo mismo que el personal de clínicas hospitales privados, o de servicios de medicina de empresa que participen.

VIII. Capacitación

Con el propósito de estandarizar conceptos y procedimientos, así como desarrollar habilidades para la coordinación y operacionalización del plan de acción de la jornada de vacunación en sus etapas de planificación, ejecución y evaluación, se hará una estandarización del equipo central con participación de todos los responsables de los componentes.

Posteriormente el equipo del nivel central capacitará mediante un curso de dos días a los responsables de los equipos regionales, tanto del Ministerio de Salud como de la CCSS. Se realizará un curso similar para los responsables de la jornada en las Clínicas del Área metropolitana y de los hospitales nacionales.

Para facilitar la capacitación y el manejo homogéneo de los contenidos, el equipo central entregará a los equipos regionales y de Clínicas metropolitanas y hospitales nacionales, los Manuales de operación de la jornada, otro material impreso de apoyo y todas las presentaciones en un diskette.

Los equipos regionales deberán planificar y ejecutar la capacitación de todo el

personal local a involucrarse en las actividades de la jornada.

Tanto en la capacitación a las regiones como a los niveles locales se aplicará un cuestionario de evaluación previo y posterior a la capacitación. El propósito es conocer cuáles contenidos requieren más atención durante la actividad, así como evaluar el conocimiento adquirido.

Si los resultados de la evaluación posterior del personal de campo son insatisfactorios se deberá considerar el reforzamiento individualizado, la supervisión más cercana o la reasignación de funciones o su sustitución.

Contenido

- Información sobre las enfermedades de las enfermedades a prevenir por la jornada: aspectos clínicos y epidemiológicos y otros aspectos que justifican la jornada, y su importancia.
- La propuesta de control, eliminación o erradicación de estas enfermedades según corresponda.
- Lineamientos de la jornada, población blanco, meta, etc.
- Características de la vacuna a utilizar, dosis, vía y técnica de administración, indicaciones, contraindicaciones, eventos post-vacunales esperados y su manejo.
- Planificación y programación.
- Estrategias de vacunación: programa permanente y jornadas intensivas.
- Logística y cadena de frío.
- Registro e información.
- Comunicación y participación social.
- Seguridad de la vacunación
 - Vigilancia de eventos post-vacunales esperados.
 - Seguimiento de embarazadas vacunadas inadvertidamente.
- Vigilancia epidemiológica
 - Casos de sarampión y rubéola en la población de 15 a 39 años.
- Capacitación, supervisión y evaluación.

IX. Movilización social

La movilización social es determinante para el éxito de la jornada. Se ha dividido en dos subcomponentes: Participación y comunicación social.

Las actividades se realizarán tanto a nivel nacional como regional y local.

En participación social se identifican los actores sociales a involucrar en las actividades idealmente desde la planificación, se define sus aportes, se elabora cronograma de ejecución y se evalúa y sistematiza las actividades (Anexo 5).

Entre los posibles actores sociales se incluye municipalidades, otras instituciones públicas, como los Ministerios de Educación, de Obras Públicas y Transportes, Iglesias tanto católicas como de otros cultos, empresas, grupos organizados de la comunidad como juntas y comités de salud, la red de adolescentes protagonistas, damas voluntarias y fundaciones pro hospital en los hospitales, estudiantes de secundaria o de ciencias de la salud, personal de salud pensionado, etc.

En comunicación social se establece a nivel nacional las estrategias de medios masivos y del ámbito interpersonal. Se define el lema de la campaña tanto para la población blanco general como para el segmento más joven, debido a que éste último no tiene la maternidad o paternidad como una realidad inmediata.

Los lemas respectivos son:

"Su salud está en sus manos...La vacuna contra la rubéola hace la diferencia"
"Decide tu futuro hoy...La vacuna contra al rubéola hace la diferencia"

A nivel nacional se elabora materiales para radio, televisión y medios escritos, así como materiales impresos.

Se contará con cuatro cortos para la televisión que incluye la convocatoria a la población blanco y fechas de la jornada, un testimonio de una madre con un hijo afectado de rubéola congénita, uno dirigido a adolescentes y jóvenes y otro sobre la rubéola y el síndrome de la rubéola congénita. Para radio se incluyen los mismos cuatro temas mencionados en cuatro cuñas. Este material se colocará en televisoras y radioemisoras nacionales de alta audiencia, también en cable. Este material se distribuirá a las regiones y servicios para su colocación en emisoras locales y su utilización en los servicios.

El material impreso incluye un desplegable para la población, un folleto de preguntas y respuestas frecuentes para personal de salud y tres tipos de afiche: el de convocatoria, el vacunómetro y otro para anotar y divulgar la ubicación de los puestos de vacunación, tanto dentro como fuera de los establecimientos.

Se realizará conferencias de prensa previas a la jornada, actividad inaugural y actividades semanales en sitios públicos, y una conferencia de prensa al final para divulgar los resultados.

Se aprovechará espacios en programas de radio y televisión de entrevistas o de temas de salud para que funcionarios del nivel central participen en la divulgación de la jornada. En muchos de estos programas se establece la participación telefónica de la población, por lo que se aclararán inquietudes personales.

A nivel regional y local se deberá incluir en los planes las actividades para identificar los actores sociales a involucrar, su selección, información y entrega de materiales y mensajes. Aunque los mensajes deben responder a la realidad particular de cada comunidad, debe mantener consistencia con lo establecido para todo el país.

Para apoyar y asesorar la definición de la estrategia regional se designaron funcionarios de la Dirección de Comunicación Organizacional de la CCSS a cada región.

Ambos subcomponentes realizan coordinación con diferentes instituciones y organizaciones públicas y privadas, principalmente para la divulgación y convocatoria y otros campos de colaboración.

X. Sistema de información de coberturas

La información oportuna y de calidad permite realizar medidas correctivas durante y después de la jornada para el alcance de las metas propuestas. El sistema de información ha establecido formatos específicos para ser utilizados durante la jornada de vacunación tanto para el registro diario, como para los consolidados de las dosis aplicadas.

Registro de dosis y consolidado de información.

Se dispone de un formulario de registro diario de las dosis aplicadas (Anexo 4). Este formulario permite:

- La obtención de información por grupo de edad, sexo, cantón y procedencia.
- Será llenado por el equipo vacunador.
- Al final de la jornada los datos deben ser validados por el supervisor y el equipo de vacunación antes de ser entregados al área correspondiente

Se dispone también de un formulario de consolidación de la información para agrupar la información por cantón y regiones. Este formato permite:

- La obtención de información por grupo de edad, sexo, cantón y procedencia.
- Obtener la cobertura de vacunación alcanzada, utilizando como denominador, la población meta.
- Será llenado por los responsables de inmunizaciones y epidemiología en las áreas.
- Los datos deben ser validados por el equipo de área antes de ser entregados a la región correspondiente.
- Los equipos regionales CCSS-MS deberán validar la información antes de

- enviarla al nivel central CCSS-MS para los cortes semanales.
- El flujo del envío de los informes se establece en el anexo 4.

Los equipos de información nacional CCSS-MS, deberán entregar los cortes semanales, a las autoridades MS-CCSS, enviando simultáneamente una copia a la Comisión coordinadora nacional de la jornada para el análisis de los avances y la toma de decisiones si se requiere.

XI. Supervisión, monitoreo y evaluación

A. Supervisión

La supervisión como instrumento de monitoreo y control, contribuye al éxito de la jornada, tanto en la etapa de planificación, como en la de ejecución de la jornada. El personal comprometido debe estar informado de la situación de la enfermedad, de los lineamientos de la jornada y a quien dirigirse para asesoría o para la resolución de dificultades, en caso necesario.

Para realizar estas funciones se contará con supervisores locales y regionales y se crea la figura de monitores o "padrinos" regionales y del nivel central. Estos últimos tienen como función principal la de facilitar la comunicación y coordinación entre los equipos de nivel central, regional y local. Sus funciones aparecen en el Anexo 13.

Perfil deseable para los supervisores locales y regionales:

- Pertenecer al área de salud o establecimiento.
- Conocer las actividades de vacunación.
- Tener experiencia en jornadas de vacunación.
- Liderazgo y habilidad para la toma oportuna de decisiones correctivas.

De esta forma, la persona responsable de la supervisión deberá, de acuerdo a su nivel de competencia:

- Verificar que las actividades se realizan según lo establecido durante la planificación y la ejecución de la Jornada.
- Identificar fortalezas y debilidades.
- Detectar oportunamente dificultades y problemas para su resolución oportuna.
- Utilizar los instrumentos y metodología de la supervisión de manera uniforme (Anexo 10 y 11).
- Trabajar con las demás comisiones o grupos.

Funciones del supervisor

El supervisor es un elemento fundamental en el reconocimiento del área, en la planificación, programación de insumos, organización de los equipos y puestos de vacunación, en la capacitación del personal y en la evaluación de las actividades, debe ser capaz de identificar las fallas e implementar medidas correctivas con oportunidad.

La función básica del supervisor es garantizar que la planificación, programación y ejecución de la jornada permita la cobertura de la población blanco.

Cada supervisor debe tener bajo su responsabilidad un número de puestos que le permita realizar su trabajo de forma eficiente, lo cual dependerá de la disponibilidad de los recursos humanos capacitados, de la distribución geográfica de los puestos, de la accesibilidad a los mismos y del transporte disponible. Se recomienda un supervisor por cada diez vacunadores o puestos de vacunación.

Serán sus funciones antes de la jornada:

- Preparar el esquema de supervisión para cada área, con los instrumentos diseñados para su aplicación uniforme en todo el país (Anexo 11).
- Conocer ampliamente su área de trabajo.
- Disponer de un mapa o croquis del área a supervisar.
- Visitar y reconocer su área a supervisar.
- Revisar los planes regionales y locales.
- Identificar fortalezas y debilidades en los planes.
- Brindar asesoría y recomendaciones sobre las debilidades detectadas.
- Verificar que se haya programado el 100% de la población de 15 a 39 años a vacunar: la población adscrita más la población que estudia, trabaja o que por otras razones permanece en el área.
- Identificar las necesidades de suministros para la ejecución de la vacunación con base en la población programada a vacunar, según parámetros de programación.
- Valorar el recurso humano programado e identificar las necesidades de más recursos humanos para conformar los equipos de acuerdo a la población a vacunar y su ubicación geográfica.
- Valorar la definición de áreas, sectores y ubicación de los puestos, rutas, croquis, cronograma, responsables y transportación antes y durante la jornada.
- Velar porque se cumpla los horarios y actividades de los vacunadores.
- Identificar las necesidades de capacitación y asesoría del personal del área supervisada.

- Recomendar a los coordinadores o directores de cada área o establecimiento, alternativas para la solución de problemas identificados y la reubicación de los equipos de vacunación según necesidades.
- Informar sobre sus actividades al grupo de coordinación y preparar los respectivos informes.
- Comunicar al equipo de vacunación los sectores que le correspondan.
- Elaborar el cronograma de supervisión de los diversos grupos.

Serán sus funciones durante la jornada:

- Presentarse en el establecimiento de salud respectivo a las 7 A.M. el día de la vacunación.
- Asegurar que su equipo de vacunadores esté completo.
- Verificar que cada equipo de vacunadores tenga el croquis de los sectores bajo su responsabilidad, suficientes vacunas, jeringas, formularios, carné, contenedores de seguridad para descartar jeringas y agujas usadas, si se encuentra deficiencias informar al coordinador del área para cubrir las necesidades presentadas.
- Reuniones con los equipos para distribuir el material y dar las últimas instrucciones.
- Llevar siempre un termo con vacunas y otros materiales (formularios, lápices), para suplir a los vacunadores y aportar material adicional en caso necesario.
- Colaborar con el vacunador para en el caso de personas se resistan a recibir la vacuna.
- Realizar visitas de monitoreo al azar en las viviendas, centros de trabajo y o educativos, con el fin de verificar la calidad de la visita y monitorear las coberturas, para ello revisa el carné de vacunas en una pequeña muestra de la población blanco (Anexo 12).
- Supervisar las técnicas de administración de vacuna, calidad del registro y condiciones de cadena de frío.
- Anotar las situaciones que necesiten ser analizadas con su equipo el día siguiente de la vacunación o para actividades futuras.

Serán sus funciones después de la vacunación diaria:

- Participar en el sistema de recolección de los datos parciales durante la jornada.
- Revisar formulario con el vacunador y el registrador.
- Al final del día debe, para consolidar sus avances:
 1. Verificar los sectores que se han vacunado e identificar sectores que faltan de vacunar.
 2. Consolidar diariamente la información de los equipos bajo su responsabilidad.

3. Obtener el resultado del número de personas vacunadas y evaluar el rendimiento de los vacunadores.
 4. Evaluar diariamente el avance de la meta programada de personas a vacunar.
 5. Verificar los sectores que se han vacunado e identificar sectores y personas que faltan de vacunar.
 6. Proponer medidas correctivas si la evaluación muestra un bajo avance de la meta a cubrir.
- Coordinar con el coordinador local en caso necesario para el siguiente día de vacunación.
 - Entregar los datos consolidados al responsable local de los registros, al finalizar cada día de vacunación.
 - Revisar conjuntamente con el equipo de vacunación al final del trabajo, todo el material utilizado (vacunas, termos, hojas de registro, etc.).
 - Evaluar, conjuntamente con el equipo de vacunación, el día trabajado y participar en la evaluación de la campaña.
 - Elaborar el informe de su zona.

Aspectos a supervisar:

- Planes regionales y locales.
- Meta de población a vacunar.
- Recursos humanos, equipo y otros suministros, según la población a vacunar y los parámetros de programación.
- Cronogramas, responsables, rutas e itinerarios.
- Organización del trabajo y del puesto de vacunación.
- Disponibilidad y conservación de la vacuna.
- Técnica de aplicación de la vacuna.
- Registro de dosis aplicadas en la hoja específica.
- Distribución y llenado del carné de vacunación.
- Descarte de vacuna.
- Oportunidades perdidas de vacunación.
- Educación a la población blanco de la jornada.
- Revisar conjuntamente con el equipo de vacunación al final del trabajo, todo el material utilizado (vacunas, termos, hojas de registro, etc.).
- Evaluar, conjuntamente con el equipo de vacunación, el día trabajado y participar en la evaluación de la campaña.
- Elaborar el informe de su zona.

B. Monitoreo y evaluación

Se evaluarán los siguientes indicadores:

De Proceso:

- Areas trabajadas/Áreas programadas/X 100
- Visitas realizadas/Visitas programadas X 100
- % de puestos fijos y móviles con dotación adecuada de insumos.
- % de registros en Formulario de registro diario de dosis aplicadas adecuados.
- Visitas programadas para vacunar en centros de educación, trabajo y recreación específicos, sobre el total de los centros programados a visitar.

Estos indicadores de proceso serán analizados semanalmente en cada área o establecimiento por los responsables locales en conjunto con los supervisores. Además, el personal del nivel central verificará estos indicadores en pequeñas muestras al azar semanalmente.

De Resultado:

El monitoreo de la vacunación durante la jornada incorpora dos aspectos de vital importancia para cumplir con la meta de lograr coberturas superiores al 95% en todos los cantones del país:

- 1) Avance en el cumplimiento de la programación de población a vacunar (incluye tanto población adscrita como vacunas aplicadas a personas que a pesar de no residir se captan mediante la vacunación a población cautiva y estrategias diversas implementadas).
- 2) Cálculo de coberturas de vacunación de población adscrita, la misma que se obtiene una vez integrada la información en el nivel regional y nacional cada semana.

Los indicadores para el análisis serán:

- Dosis aplicadas/población meta X 100 por cantón, región y país
- Cobertura por sexo y grupo de edad
- % de cantones con cobertura menor al 80% durante la jornada
- % de cantones con cobertura entre el 80-94% durante la jornada
- % de cantones con cobertura superior al 95 % durante la jornada

Estos indicadores serán analizados a nivel central al final de la jornada. El avance del logro de las metas se realizará semanalmente.

De Impacto:

- Incidencia de rubéola adquirida
- Incidencia del Síndrome de Rubéola Congénita
- Incidencia de sarampión.

Estos indicadores serán analizados posterior a la jornada con base en el sistema de vigilancia epidemiológica.

XII. Monitoreo de la seguridad de la vacunación**A. Monitoreo de eventos post-vacunales esperados.**

Para el reporte de eventos post-vacunales debe utilizar la "Tarjeta Amarilla" de farmacovigilancia utilizada rutinariamente en los servicios de Farmacia de los establecimientos, para ello debe hacerlo de acuerdo a los lineamientos establecidos en el (anexo 7). Las tarjetas estarán disponibles en las farmacias de los establecimientos de salud y que además serán entregadas como parte del material durante la jornada.

Los eventos catalogados como graves son las que requieren hospitalización, ponen en riesgo de la vida, o producen incapacidad o muerte, los que ocurren en grupos específicos de población (personas vacunas en una empresa, escuela, comunidad, etc.) y/o los eventos relacionados con el programa (errores en la aplicación del biológico u otras iatrogenias) o los rumores, deberán notificarse de manera inmediata al Centro de Farmacovigilancia y en forma simultánea a vigilancia epidemiológica de su Área de Salud (CCSS-MS), requieren de atención, análisis e investigación urgente.

Existen elementos ajenos al biológico que podrían relacionarse con los eventos post-vacunales tales como:

- Dosificación.
- Método de administración.
- Uso de jeringas no desechables
- Manipulación inadecuada de las agujas usadas.
- Reconstitución accidental de las vacunas con una producto diferente al diluyente.
- Preparación inadecuada de vacunas.
- Sustitución del biológico o de los diluyentes a aplicar, por medicamentos u otras vacunas.
- Contaminación biológica o química de la vacuna o el diluyente.

- Almacenamiento y transporte indebido de las vacunas.
- Vacunas usadas después de su fecha de caducidad.
- Capacitación deficiente en el personal vacunador, en el que controla la red de frío o en ambos.

Al aplicar la vacuna se deben considerar los siguientes aspectos para prevenir eventos post-vacunales:

- Asegurar la distribución y cantidad adecuada del diluyente y de jeringas junto con la vacuna.
- Impartir adiestramiento sobre la reconstitución de las vacunas liofilizadas, y las técnicas adecuadas de administración.
- Asegurar el descarte adecuado de las jeringas.
- Hacer énfasis en la capacitación de contraindicaciones verdaderas o las precauciones que deben seguirse por el personal vacunador.
- Observar las prácticas de inmunización y proporcionar adiestramiento en servicio:
- Reconstitución adecuada de las vacunas.
- Asegurar la esterilidad de la vacuna: Uso de aguja y jeringa descartables para cada inyección.
- Mantener la vacuna a 2 a 8 grados y protegida de la luz solar directa mientras este en uso.
- Descartar siempre la vacuna reconstituida después de ocho horas.

Luego de analizados los reportes de sospecha de eventos post-vacunales recibidos por el establecimiento, éste enviará un informe semanal al Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, al Programa de Análisis Epidemiológico, excepto en los casos graves que deberá hacerlo de manera inmediata.

El Programa de Análisis Epidemiológico del Departamento de Medicina Preventiva de la CCSS, en coordinación con los Equipos Regionales de Vigilancia Epidemiológica del M de S considerarán en la investigación de los eventos post-vacunales graves los siguiente aspectos:

- Presencia de varios casos en una misma área de trabajo.
- Determinar si las personas afectadas fueron vacunadas por el mismo trabajador sanitario.
- Comparar con la incidencia de casos en personas con otros trabajadores sanitarios.

Investigar en general:

- La incidencia del cuadro clínico supuestamente asociado a la vacunación, en la población no inmunizada del mismo grupo de edad y de la misma zona

geográfica.

- Si otras personas inmunizadas con el mismo lote de vacuna en la misma zona geográfica presentan los mismos síntomas.
- Si otras personas inmunizadas con el mismo lote de vacuna en los mismos establecimientos y el mismo día no presentan los mismos síntomas.

Eventos relacionados con la vacuna: Dependen generalmente de la susceptibilidad individual y aunque son sumamente raros, es importante investigar cada caso.

Eventos no relacionados con la vacuna: Podrían haberse presentado aún si la persona no hubiera sido vacunada. La mejor manera de sustentar que el incidente se produjo por coincidencia es demostrar que ocurrió también en un grupo de población que no fue inmunizado, o que se demuestre otra causalidad. Ejemplo: cuadro clínico de intoxicación por plaguicida en una persona vacunada.

Otra información relevante a obtener:

- Variables básicas:
- Datos demográficos: Edad, sexo, lugar de residencia.
- Resumen clínico reciente: síntomas y signos, relacionados con el evento, cuándo aparecieron, duración, examen clínico, tratamiento, resultado, diagnóstico.
- Antecedentes personales no patológicos: vacunas aplicadas y fecha de la última dosis.
- Antecedentes personales patológicos: eventos post-vacunales, alergias a medicamentos, alimentos y a otras sustancias, trastornos neurológicos preexistentes, artritis, medicamentos que está tomando actualmente, etc.

Identificación de la vacuna utilizada:

- Número del lote.
- Fechas de fabricación y caducidad.
- Laboratorio de fabricación.
- Procedencia de vacuna, fecha embarque y datos sobre transporte.
- Aspecto físico de la vacuna.
- Resultados de control de calidad de la vacuna.
- Dosis totales del lote en el país
- Dosis distribuidas del lote involucrado establecimiento de salud
- De ser posible: dosis aplicadas del lote involucrado

Aspectos operativos del programa:

- Almacenamiento y transporte de la vacuna.

- Manipulación de la vacuna.
- Uso de diluyentes, reconstitución y vía de administración.
- Dosificación adecuada.
- Disponibilidad de agujas y jeringas desechables y prácticas de inyección segura.

Determinación del evento notificado como un incidente aislado o vinculado de alguna manera a otros casos.

- Más de una persona presentó los mismos síntomas, vacunadas con el mismo lote de biológico, en el mismo periodo.
- Las personas no vacunadas o la población vacunada con un lote diferente de biológico (del mismo fabricante u otro) presentan síntomas similares.

Después de la investigación, deberá analizarse la información para confirmar el diagnóstico definitivo o sugerir otros diagnósticos posibles.

B. Seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas

Aún cuando la aplicación de la vacuna doble viral contra sarampión y rubéola (vacuna SR) no se administra en las embarazadas, eventualmente pueden presentarse casos de mujeres que al momento de la vacunación ignoraban su estado de gravidez inicial.

La vacuna SR contiene virus de sarampión y rubéola vivos atenuados. El virus del sarampión contenido en la vacuna probablemente no atraviesa la barrera placentaria, por lo que no puede llegar al producto. El virus de rubéola vacunal raramente atraviesa la placenta pero, a diferencia del virus salvaje de la rubéola, no existe evidencia de que los virus vacunales afecten el producto de la gestación, como lo avala la experiencia internacional documentada hasta la fecha.

La vacuna no representa por lo tanto, un riesgo real para el o los productos de la concepción. Si su aplicación se evita durante el embarazo, es para no relacionarla con complicaciones que eventualmente pueden ocurrir durante el mismo, incluyendo la potencial afectación del producto por causas diferentes a la aplicación inadvertida de esta vacuna, o a la probabilidad de que se presente aborto espontáneo por causas ajenas a la vacunación.

En el caso de aplicación de vacuna SR a embarazadas, la conducta a seguir es la siguiente:

Con la embarazada

- Determinar la edad gestacional.
- Llenar el formato de notificación (Anexo 8) y remitirlo a la región correspondiente de la CCSS, preferentemente en las primeras 48 horas de conocido el caso.
- Realizar seguimiento clínico epidemiológico de la embarazada vacunada, durante toda la gestación.
- Obtener muestra sanguínea de la paciente para realizar determinación de anticuerpos séricos IgM (ELISA cualitativo) y anticuerpos IgG contra rubéola en la misma alícuota.
- La prueba que se realiza en el laboratorio depende del tiempo transcurrido después de la vacunación.
- Si la obtención de la muestra se realiza durante los 15 a 60 días después de la vacunación, un resultado de IgM positivo indica susceptibilidad a rubéola en el momento de la vacunación. Un resultado de IgM negativo amerita la determinación de IgG que, de resultar positiva, en los primeros 30 días después de la vacunación indica que la embarazada no era susceptible al momento de la vacunación, lo que probablemente disminuye el riesgo de infección del producto de la concepción por el virus vacuna.
- Un resultado de IgG positivo después de los 30 y antes de los 60 días de la vacunación requerirá obtención de una segunda muestra. Un incremento entre los títulos de anticuerpos entre la primera y la segunda muestra, indica que la mujer era probablemente susceptible. Si no hay incremento de títulos, indica que no era susceptible.
- Si la prueba se realiza después de 60 días de la vacunación, un resultado de IgG negativo indica susceptibilidad a rubéola. Si el resultado de IgG es positivo, no es posible inferir el estado de susceptibilidad previo a la vacunación.
- Informar mensualmente a la región de la CCSS, o antes si se requiere, la evolución de la vacunada y el curso del embarazo (Anexo 9).
- Una vez que se tienen los resultados de laboratorio, las mujeres serán clasificadas en los siguientes grupos, de acuerdo al estado de inmunidad al

momento de la vacunación:

- Susceptible o inmune
 - No susceptible o no inmune
 - Se desconoce
- Para el análisis y seguimiento específico de cada caso, se ha establecido un protocolo detallado que será seguido por un grupo integrado de la Unidad de Análisis Epidemiológico de la CCSS, de la Dirección de Análisis de Salud del Ministerio de Salud, de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Costa Rica, de la Asociación Costarricense de Pediatría y de la Organización Panamericana de la Salud.

Con el recién nacido(a)

- Al momento del parto, tomar muestra de sangre del cordón umbilical o del talón del recién nacido. Obtener el suero y enviarlo al laboratorio donde deberá determinarse la presencia de anticuerpos IgM (ELISA) contra rubéola.
- Si la muestra resulta positiva, debe concluirse que el virus vacunal infectó al producto de la concepción, lo que no implica necesariamente que se presente Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). En tal caso será necesario insistir en la revisión clínica cuidadosa del recién nacido, por médicos especialistas.
- Si se descarta el Síndrome de Rubéola Congénita, se deberá continuar con el manejo habitual del niño sano. Si se presentaran casos de muerte in útero o de abortos, podría intentarse el aislamiento viral en los tejidos.
- Los recién nacidos serán clasificados en las siguientes categorías:
 - Sin malformaciones congénitas
 - Con malformaciones congénitas

XIII. Vigilancia Epidemiológica

A. Notificación de casos de sarampión y rubéola durante la jornada

Los casos sospechosos de sarampión y rubéola en personas de edades comprendidas entre los 15 y 39 años, que se presenten durante la jornada, que tengan antecedente de haber recibido la vacuna, y no tengan nexo epidemiológico, no se investigarán con toma de muestra de sangre para laboratorio.

Aquellos casos sospechosos en estas edades que se presenten y tengan nexo epidemiológico, sí deben ser sujetos de la investigación epidemiológica completa. Todo caso de otras edades, sin antecedente de haber sido vacunados, debe también ser investigado de manera completa.

B. Vigilancia integrada de sarampión y rubéola

La vigilancia de la rubéola y el sarampión debe permitir la detección de la circulación de esos virus en zonas geográficas y grupos específicos de población, de manera que sea posible delimitar cuándo y dónde circulan los virus e implementar medidas de control.

Es necesario diferenciar la rubéola del sarampión, escarlatina, infecciones con algunos enterovirus, reacciones a medicamentos y otras patologías como el exantema súbito, el eritema infeccioso y la mononucleosis. Por ello se establece un sistema de vigilancia integrado que es capaz de detectar la circulación de los virus del sarampión y de la rubéola y permite hacer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades febriles como el dengue y la leptospirosis.

El diagnóstico clínico de la rubéola suele ser inexacto, por lo que es importante la confirmación por estudios de laboratorio. La rubéola, especialmente en mujeres embarazadas se confirma al demostrar que se ha cuadruplicado el título de anticuerpos específicos, en muestras de suero en fase aguda y de convalecencia, por pruebas como ELISA o por la presencia de IgM específica de rubéola, característica que denota una infección reciente.

Es importante obtener los sueros en la fase más temprana posible entre 7 y 10 día después del inicio de la enfermedad y de nuevo dos o tres semanas más tarde. El virus puede aislarse de la faringe desde una semana antes hasta dos semanas después de comenzar la erupción. En muestras de sangre, orina o heces a veces se identifica el virus. El diagnóstico de rubéola congénita en el recién nacido se confirma por la presencia de anticuerpos IgM específicos en una sola muestra o por el aislamiento de virus, que pueden excretarse con las

secreciones de la faringe y de la orina hasta por un año.

En Costa Rica, se realiza rutinariamente la determinación de IgM (y en algunas oportunidades se hace también IgG sobre todo para estudios de seroprevalencia) tanto para rubéola como para sarampión. Las muestras pueden tomarse en cualquier laboratorio de la red nacional y deben enviarse al Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Febriles del Inciensa.

Definiciones de casos para la vigilancia integrada de sarampión/rubéola

- **Caso sospechoso de sarampión/rubéola**

Para los fines de la vigilancia, siempre que el trabajador de salud presuma que una persona está infectada por el virus del sarampión o de la rubéola, considerará que se trata de un caso sospechoso de sarampión/rubéola. Estos pacientes suelen presentar fiebre y manifestaciones exantemáticas.

- **Caso de sarampión confirmado mediante pruebas de laboratorio**

Caso sospechoso de sarampión que:

- a) Tiene un resultado positivo al anticuerpo de IgM contra el sarampión, o
- b) Está vinculado epidemiológicamente con un caso de sarampión confirmado mediante pruebas de laboratorio.

- **Caso de rubéola confirmado mediante pruebas de laboratorio**

Caso sospechoso de sarampión/rubéola que:

- a) Tiene un resultado positivo al anticuerpo de IgM contra rubéola, o
- b) Está vinculado epidemiológicamente con un caso de rubéola confirmado mediante pruebas de laboratorio.

- **Caso de sarampión confirmado clínicamente**

Un caso de sarampión confirmado clínicamente es una clasificación final para cualquier paciente en el que clínicamente se sospecha de sarampión, aunque el paciente no guarde ningún vínculo epidemiológico con un caso de sarampión confirmado mediante pruebas de laboratorio, y no haya una muestra de suero, por la razón que sea, para hacer las pruebas de laboratorio (por ej., porque la muestra no se tomó, se perdió o se hemolizó). Puesto que no se pudo confirmar la infección por sarampión, ni se pudo descartar con conocimiento de causa, estos casos se consideran una falla del sistema de vigilancia.

- **Caso de rubéola confirmado clínicamente**

Un caso de rubéola confirmado clínicamente es una clasificación final para cualquier paciente en el que clínicamente se sospecha de rubéola, aunque el paciente no guarde ningún vínculo epidemiológico con un caso de rubéola confirmado mediante pruebas de laboratorio, y no haya una muestra de suero, por la razón que sea, para hacer las pruebas de laboratorio (por ej., porque la muestra no se tomó, se perdió o se hemolizó). Puesto que no se pudo confirmar la infección por rubéola, ni se pudo descartar con conocimiento de causa, estos casos se consideran una falla del sistema de vigilancia.

- **Caso descartado de sarampión/rubéola**

Si después de las pruebas de laboratorio, la prueba serológica de IgM es negativa para el sarampión o la rubéola, el caso sospechoso de sarampión/rubéola puede clasificarse como descartado.

Pruebas de laboratorio para la vigilancia del sarampión/rubéola

La confirmación del laboratorio es crucial para el diagnóstico del sarampión o la rubéola. Se debe tomar una muestra de sangre a cada paciente en el que se sospecha la infección por sarampión/rubéola en el primer contacto que establezca con el sistema de salud. En un paciente que reúna los criterios de la definición de caso sospechoso de rubéola o sarampión se necesita:

- Una muestra de 5 ml sangre y enviar el suero al Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Febriles del Inciensa.
- Completar la ficha de investigación de caso de sarampión/rubéola y enviarla a la Comisión Interinstitucional Regional de Vigilancia Epidemiológica.

Con objeto de interpretar los resultados de laboratorio y asignar la clasificación definitiva al caso, véase el Flujograma para la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola. Cuando no se haya obtenido la muestra correspondiente y no exista un vínculo epidemiológico con un caso confirmado mediante pruebas de laboratorio, el caso se clasificará como un caso de sarampión o rubéola confirmado clínicamente basándose en los síntomas clínicos y los datos epidemiológicos.

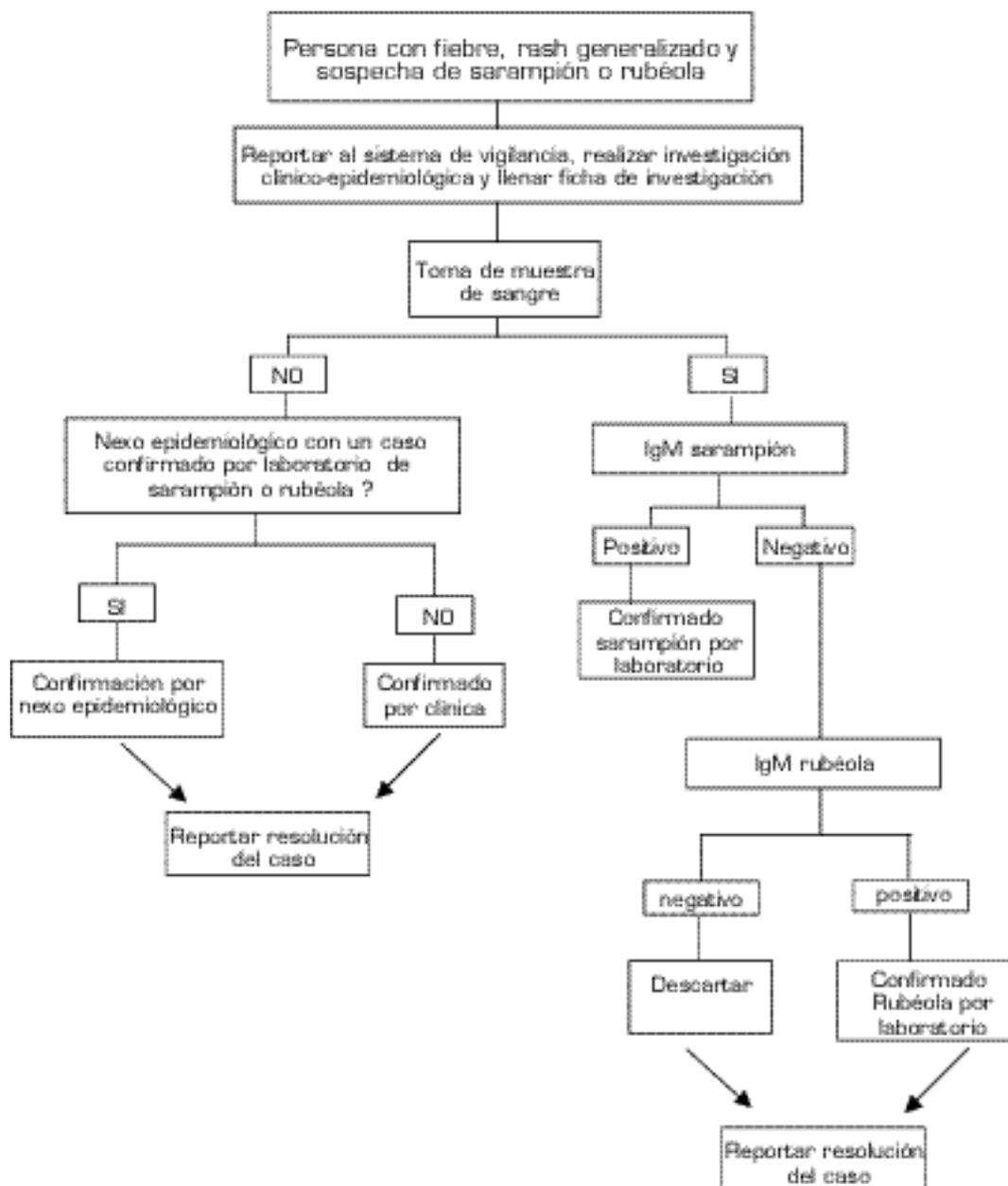
Sospecha o confirmación de infección por rubéola durante el embarazo

Un componente importante del sistema de vigilancia del sarampión/rubéola es la detección de la infección por rubéola en una embarazada. Cuando un

trabajador de salud presume que una embarazada está infectada por rubéola, debe seguir este procedimiento:

1. Tomar una muestra de sangre en cuanto presuma que la mujer está infectada por rubéola.
2. Después de tomar la muestra, explicar el diagnóstico clínico presuntivo a la paciente y solicitarle que regrese para ver los resultados de la prueba de sangre y continuar la evaluación.
3. Si el resultado de la primera muestra fuera positivo para los anticuerpos de IgM contra el sarampión o la rubéola, no se necesita ninguna otra prueba y la paciente deberá recibir la orientación debida.
4. Si la primera muestra es negativa para los anticuerpos de IgM contra la rubéola, habrá que tomar una segunda muestra (5 a 10 días después de la primera) y someterla a pruebas para descartar la infección aguda de rubéola.
5. Si la segunda muestra es positiva para una infección reciente por sarampión o rubéola, la paciente deberá recibir la orientación debida.
6. En todos los casos de infección de rubéola durante el embarazo confirmados mediante pruebas de laboratorio, se ingresará el nombre de la paciente y cualquier otra información pertinente en un registro de rubéola durante el embarazo y se procurará proporcionar a la paciente la orientación debida y el seguimiento médico que necesite.

Flujograma para la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola



C. Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

La vigilancia del SRC debe enfatizar la detección de niños menores de un año con SRC. A pesar de que algunos de las manifestaciones de esta enfermedad se diagnostican en edades posteriores, es difícil confirmar la rubéola como causa específica de las malformaciones o defectos congénitos. Además, el diagnóstico debe realizarse en etapas tempranas de la vida para evitar mayor grado de discapacidad y debe alertar oportunamente al sistema de vigilancia de que se están presentando casos nuevos de esta enfermedad. En condiciones de epidemia la vigilancia del SRC debe intensificarse.

En la vigilancia del SRC participan los diferentes niveles de atención pues requiere tanto de la detección y el seguimiento de la mujer embarazada con sospecha o confirmación de rubéola, como de la evaluación de recién nacidos y lactantes con manifestaciones sugestivas de SRC.

Por lo tanto es necesario mantener una estrecha comunicación con los trabajadores de salud en el nivel primario y en la consulta especializada (gineco-obstetras, pediatras, neonatólogos, cardiólogos y oftalmólogos pediátricos), para detectar y notificar los casos sospechosos de SRC a las autoridades de salud pública, de manera que el sistema de vigilancia tenga una máxima sensibilidad.

Definiciones de casos para la vigilancia del SRC

Al igual que para la vigilancia integrada del sarampión/rubéola, la confirmación mediante pruebas de laboratorio y la investigación clínica de un caso probables son componentes esenciales de la vigilancia del SRC.

- ***Caso sospechoso de SRC***

Un caso sospechoso es cualquier lactante menor de un año en quien el trabajador de salud sospecha el SRC. En cualquier nivel del sistema de salud se debe sospechar un caso de SRC si:

1. Un niño menor de un año presenta una o más de las siguientes manifestaciones: cataratas, disminución de la visión, nistagmus (movimiento pendular de los ojos), microoftalmus (globo ocular pequeño), hepatosplenomegalia, conducto arterioso persistente, púrpura o deficiencias auditivas;
2. La madre del niño ha tenido sospecha o confirmación de infección por rubéola durante el embarazo

- ***Caso de SRC confirmado mediante pruebas de laboratorio***

Un caso de SRC confirmado mediante pruebas de laboratorio es un caso sospechoso de SRC en el cual el laboratorio halló infección por el virus de la rubéola (es decir, positivo al anticuerpo de IgM contra la rubéola).

- ***Caso de SRC confirmado clínicamente***

Un caso de SRC confirmado clínicamente es un caso sospechoso de SRC sin confirmación de la infección por rubéola mediante pruebas de laboratorio (por lo general, a falta de una muestra apropiada). Puesto que no se pudo confirmar ni descartar la infección por rubéola, estos casos se consideran fallas del sistema de vigilancia del SRC.

- ***SRC confirmado por laboratorio***

Es un caso de SRC confirmado clínicamente que tiene un resultado positivo de laboratorio de IgM para rubéola.

- ***Infección por rubéola congénita (IRC)***

Esta clasificación se usa cuando un lactante nace de una mujer infectada durante el embarazo. Estos lactantes son positivos al anticuerpo de IgM contra la rubéola; sin embargo, no hay hallazgos clínicos compatibles con el SRC. Estos casos deberán ser descartados por no corresponder al SRC, y se clasifican como infección por rubéola congénita (IRC).

Es probable que los lactantes con SRC e IRC estén eliminando el virus de la rubéola, y son muy infecciosos. Por consiguiente, se deben instituir medidas de control de la infección apropiada para todos los casos sospechosos de SRC e IRC.

- ***Casos descartados de SRC***

Se puede descartar un caso sospechoso de SRC si una muestra adecuada de suero del lactante es negativa a los anticuerpos de IgM contra la rubéola (véase los flujogramas de vigilancia de SRC).

Pruebas de laboratorio para la vigilancia del SRC

Se debe tomar una muestra de sangre (2 ml) de todo niño sospechoso de SRC tan pronto nace. Casi todos los niños con SRC tendrán un resultado de IgM positivo para rubéola durante los primeros 6 meses de edad y 60% lo

mantendrán positivo durante el segundo semestre de sus vidas. Para los propósitos de la vigilancia, una sola muestra de suero se suele considerar suficiente para confirmar o descartar el SRC. Sin embargo, si la primera prueba es negativa al anticuerpo de IgM contra la rubéola y existen bases clínicas o epidemiológicas ineludibles para presumir el SRC, se debe solicitar otra muestra de suero para confirmar el SRC.

En un paciente que reúne los criterios de la definición de caso sospechoso de SRC es necesario hacer lo siguiente:

1. tomar una muestra de sangre y 2 ml de suero, y enviar al Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Febriles del Inciensa;
2. llenar el formulario de investigación de caso de SRC, completo y enviado junto con la muestra, y
3. consultar el diagrama de flujo para la interpretación de los resultados de laboratorio y la clasificación de casos.

Si no se obtiene una muestra de un paciente en el que se sospecha el SRC, pero hay signos y síntomas clínicos compatibles con el SRC, el caso se clasificará como SRC confirmado clínicamente y se considera que es una falla de la vigilancia.

Flujograma para la investigación de casos de SRC

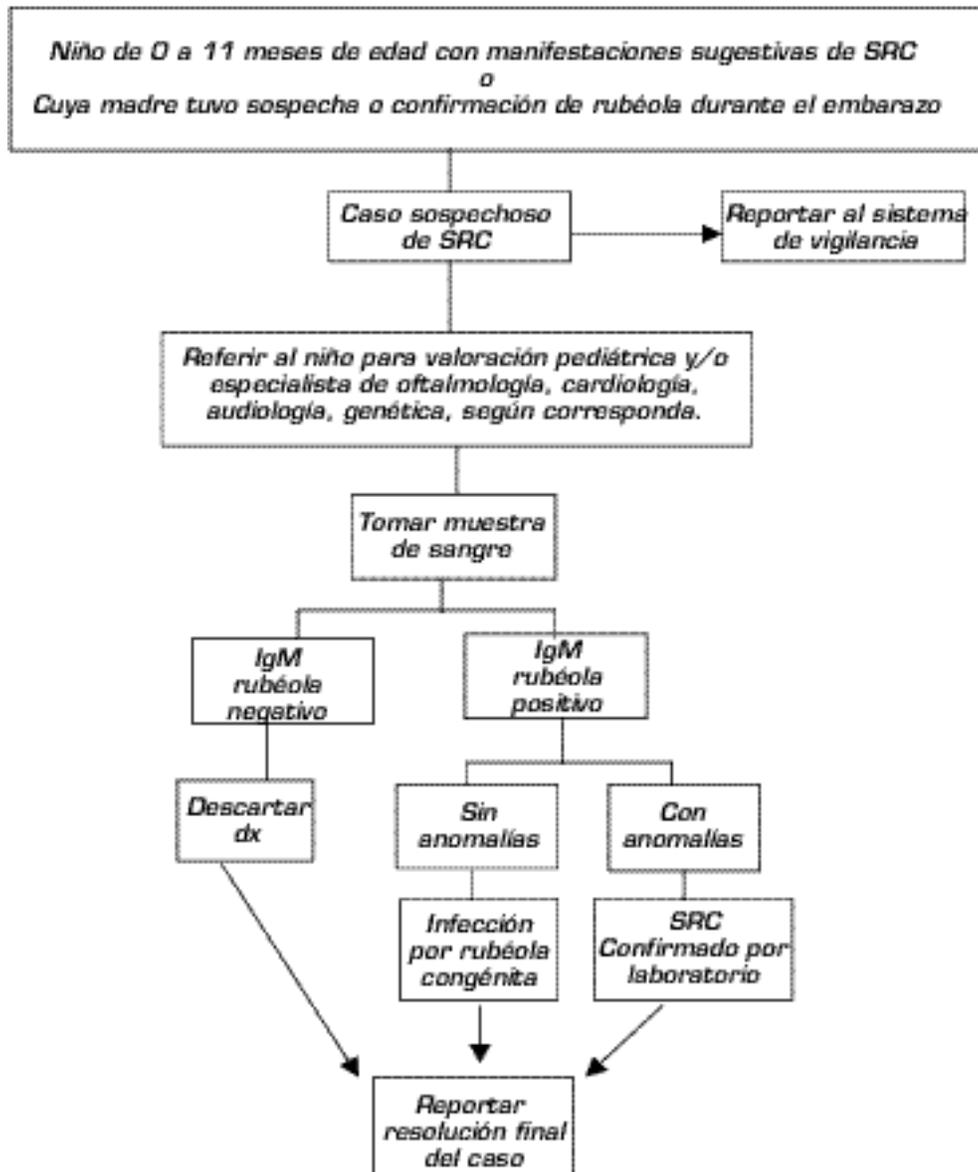
Todo caso de sospecha de SRC en menores de un año requiere de valoración médica, sea porque presente manifestaciones sugestivas de esta patología o porque su madre tenga el antecedente de sospecha o confirmación de rubéola durante el embarazo.

Se debe obtener una muestra de sangre y enviar 2 ml de suero al Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Febriles del Inciensa, llenar el formulario de la investigación de casos y notificar el caso sospechoso a Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

A partir de este momento se inicia la investigación del caso: recolección de información clínica y epidemiológica (buscar otros casos durante el año anterior), orientación a los padres y medidas de control si se considera necesario.

Una vez reportado el resultado de laboratorio se hace la clasificación final del caso, se completa el formulario de investigación de casos y se actualizan los datos del sistema de vigilancia (ver Flujograma para el diagnóstico y vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita).

Flujograma para el diagnóstico y vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita



ANEXOS

- Anexo 1:** Directorio de funcionarios responsables del nivel central por subcomponentes
- Anexo 2:** Técnica de limpieza del área para la vacunación
- Anexo 3:** Parámetros de programación de insumos
- Anexo 4:** Sistema de información para coberturas
- Anexo 5:** Instrumentos para la organización de la participación social
- Anexo 6:** Criterios para programar el recurso humano
- Anexo 7:** Instrucciones para el llenado de la tarjeta amarilla de farmacovigilancia.
- Anexo 8:** Formato de seguimiento de recién nacidos de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas
- Anexo 9:** Formato de reporte y seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas
- Anexo 10:** Guía de supervisión nacional.
- Anexo 11:** Formulario de supervisión al nivel regional.
- Anexo 12:** Monitoreo rápido de vacunación.
- Anexo 13:** Funciones de los padrinos y las madrinas.

ANEXO 1**DIRECTORIO DE FUNCIONARIOS RESPONSABLES DEL NIVEL CENTRAL**

Si requiere mayor información contacte a los responsables de cada uno de los componentes de la jornada indicados en el siguiente directorio.

Nombre	Componente	Institución	Teléfono/Cel/Beeper	Fax
Mario León	Director Ejecutivo	CCSS	257-6244 295-2158	257-6244 223-5992
Willy Carrillo	Comité Coordinador	M de S	255-1427 224-2400 255-2148	221-1167
Ana Morice	Comité Coordinador	CDC	2218712/ 382-1274	228-8582
Ariel Depetris	Comité Coordinador			
José Luis Díaz Ortega	Consultor PAI	OPS/OMS	258-5810	258-5830
Martza Morera	Logística y Cadena de Frio	CCSS	256-4333 391-9965 289-5383	257-7004
Xiomara Badilla	Vigilancia	CCSS	221-7546 384-6092	222-7666
Elizabeth Sáenz	Vigilancia SR	Inciensa	279-0486 279-9911 225-2500	279-0486
Vicenta Machado	Jornada de vacunación	CCSS	257-6244 296-2626 295-2158	257-6244
Ma. Luisa Ávila	Vigilancia SCR	HNN	222-0122 384-0673	258-2173
Marta López	Participación Social	CCSS	295-2214 223-4187	223-4187
Rodolfo Madrigal	Sistema de Información	CCSS	295-2284 255-2549	25-2549
Fernando Herrera	Comunicación Social	M de S	255-4610	233-8063
Edgar Dompe	Capacitación	CCSS	295-2288 388-4053	223-4959

ANEXO 2

TÉCNICA DE LIMPIEZA DEL ÁREA PARA VACUNACIÓN

Generalidades :

La asepsia significa libre de gérmenes, libre de bacterias patógenas. Cuando hablamos de procedimientos asépticos nos referimos a la aplicación de métodos o prácticas que nos proporcionan condiciones asépticas.

La introducción de agujas por la piel rompe una de las barreras corporales de protección, por lo que es importante la técnica aséptica en todas las inyecciones. Idealmente la piel debe estar sana, en caso de tener que recibir dos dosis a la vez, se consideran dos sitios anatómicos diferentes, uno para cada caso.

La desinfección puede llevarse a cabo por medios físicos como la limpieza con agua y jabón. Cuando se quiere desinfectar la piel, se utilizan agentes químicos como antisépticos, los cuales deben reunir una serie de condiciones: no ser tóxico, no irritantes, ser eficaces y de fácil acceso.

Lavado de manos: aunque la piel tiene la característica de protección, normalmente se albergan en ella muchísimos microorganismos, especialmente si hay pliegues; un buen lavado de manos requiere que se hagan movimientos circulares y bastante fricción con agua y jabón. El jabón actúa como agente emulsificante dando oportunidad al agua de penetrar en los pliegues de la piel para limpiarla.

Equipo:

Torundas secas en un recipiente con tapa.

Frasco tapado conteniendo agua limpia.

Frasco tapado conteniendo jabón líquido.

Riñón para descartar material sucio.

Bolsa de papel para descartar el material sucio seco.

Procedimiento:

Para hacer limpieza del área anatómica elegida, se toma una torunda de algodón seca, se humedece con jabón líquido, y se inicia la limpieza del área, empezando en el centro de la zona escogida y dirigiéndose hacia fuera con un movimiento circular, hasta cubrir toda el área deseable. De la misma forma, hágalo con la torunda con agua, iniciando del centro hacia la periferia, en forma circular, alejándose, hasta cubrir toda el área. La acción se repite con el algodón seco, para lograr una área limpia y seca.

ANEXO 3

PARÁMETROS DE PROGRAMACIÓN DE INSUMOS

Con base en la población blanco a vacunar, cada Área o establecimiento de salud estimará sus necesidades de insumos, de acuerdo a los siguientes parámetros:

Vacunas: total de dosis, población blanco más un 20% de pérdidas. Recordar que son frascos de 10 dosis.

Jeringas para reconstitución: igual al número de frascos.

Jeringas para aplicación: igual a la población blanco.

Termos: igual al número de vacunadores, puestos de vacunación o establecimientos.

Cajas frías: dependerá de las necesidades según establecimientos, la capacidad de almacenamiento, transporte, acceso y puestos de vacunación que establezcan.

Formularios de registro diario de dosis aplicadas: 4 por vacunador.

Formularios amarillos de farmacovigilancia: 25% de la población blanco.

Contenedores de seguridad para descarte de jeringas y agujas: uno por vacunador, puesto de vacunación o establecimiento.

ANEXO 4

INSTRUMENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA COBERTURAS

REGISTRO DIARIO VACUNACION RUBEOLA - SARAMPION (JVR 1)

INSTRUCTIVO

Este formulario debe ser llenado previamente a la aplicación de la vacuna por la persona encargada para tal efecto, con la mejor letra posible.

Encabezado:

Región, Área de Salud y Establecimiento o EBAS: Identifique el registro con los nombres completos de la Región, Área de Salud y establecimiento o sector donde se efectuó la vacunación.

Lugar de vacunación: Indique el lugar donde se aplicaron las vacunas (Escuela, Fabrica, Centro Comercial, Estadio, etc.), cuando se programe vacunación en sitios diferentes al establecimiento de salud o el domicilio de la persona.

Mes: Anote el mes en que se aplicó la vacuna.

Cuerpo del cuadro:

Día: Indique el día, según calendario, en que se aplicó la vacuna.

Nombre completo: Anote el nombre completo o número de cédula de la persona a la que se le aplicó la vacuna. Este dato es importante en caso de requerirse verificar los datos o transcribirlos al expediente de salud individual o ficha familiar correspondiente.

Lugar de residencia: Anote el nombre de la provincia, cantón y distrito de residencia habitual o permanente de la persona, según la División Territorial Administrativa facilitada. No anote "central" cuando se refiera al primer cantón de una provincia.

Grupos de Edad y Sexo: Marque con una (X) el grupo de edad y sexo que corresponda a la persona vacunada.

Nacionalidad: Marque con (X) la opción correspondiente (Costarricense o Extranjero).

Anterior: Si la persona demuestra mediante el carnet respectivo que ha sido vacunada dentro de las últimas cuatro semanas, regístrela normalmente y marque con " X " en esta columna. No cuenta si el "carnet de vacunación de adulto" corresponde a esta jornada.

Ejemplo:

Región: **Pacífico Central** Área de Salud: **Chacarita** Establecimiento o EBAS: **San Luis** Lugar de vacunación: **Escuela** Mes: **Mayo 2001**

No	DÍA	NOMBRE COMPLETO	LUGAR DE RESIDENCIA			GRUPOS DE EDAD Y SEXO										NACIONALIDAD		ANT (48)	
			PROVINCIA	CANTON	DISTRITO	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		C.R.	EXT.		
						M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
1	5	Luís Antonio Ramírez Luján	Puntarenas	Esparzo	Macaons	X											X		
2	5	Rafael Ángel Vindas Rojas	San José	San José	Pavas				X								X		X
3																			

Responsable del llenado: Anote al final del formulario el nombre del responsable del llenado del formulario.

INFORME ESTADISTICO DE VACUNACION RUBEOLA - SARAMPION (JVR 2)

INSTRUCTIVO

Este informe debe elaborarse de conformidad con las fechas de corte establecidas en el Cronograma de Cortes de la Jornada Nacional de Vacunación contra la Rubéola-Sarampión.

Encabezado:

Informe No. Numere en forma progresiva los informes que remita al siguiente nivel, utilice las siglas del establecimiento, área de salud o región, conjuntamente con el número progresivo. Ejemplo: EBAIS San Luis SLO1, SLO2 ..., Área de Barranca ABO1, ABO2..., Región Pacífico Central RPCO1. RPCO2

Región, Área de Salud, Establecimiento o EBAIS: Identifique el Informe con los nombres completos de la Región, Área de Salud y establecimiento o sector al que pertenecen los datos.

Fecha de corte: Anote la fecha de corte a que se refiere el informe y engrape a una copia del mismo los registros o informes que lo originaron. Este control evitará la duplicación u omisión de datos.

Lugar de residencia: Anote el código y nombre del distrito de acuerdo con la División Territorial Administrativa facilitada.

Grupos de Edad y Sexo: Anote según corresponda, el número de personas vacunadas por cantón, según sexo y edad. Luego, totalice este dato en la columna TOTAL de la izquierda.

Nacionalidad: Indique el número de personas costarricenses y extranjeras vacunadas por cantón. Verifique que la suma de ambas cifras coincida con la de la columna TOTAL.

Anterior: Anote el número de personas detectadas como vacunadas anteriormente.

Ejemplo:

Región: **Pacífico Central** Área de Salud: **Esparza** Establecimiento o EBAIS: _____ Fecha corte: **14 Mayo**

LUGAR DE RESIDENCIA		TOTAL	GRUPOS DE EDAD Y SEXO										NACIONALIDAD		ANT. (AÑO)	
CÓDIGO	NOMBRE DEL DISTRITO		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		C.R.	EXT.		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
00000	TOTAL GENERAL	17	1	2	1	3	3	2	2	2	1			16	1	2
60909	Mocacana	12	1	1	1	2	3	2		1	1			11	1	1
10109	Penas	5		1		1			2	1				5		

Validado y responsable: Marque la opción, cuando corresponda, y anote el nombre de la persona responsable de la elaboración del informe.

NOTA: Recuerde conservar una copia del informe a los registros o informes que lo originaron como respaldo en caso de requerirse alguna revisión posterior.

**MINISTERIO DE SALUD
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

CRONOGRAMA DE CORTES Y FLUJO DE LA INFORMACION PARA LA JORNADA NACIONAL DE VACUNACION CONTRA LA RUBEOLA Y EL SARAMPION.



		FECHA DE ENTREGA				
		1 CORTE (3-4 mayo)	2 CORTE (5-11 mayo)	3 CORTE (12-18 mayo)	4 CORTE (19-25 mayo)	5 CORTE (26-31 mayo)
ESTABLECIMIENTO QUE ENTREGA	ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE					
ESTABLECIMIENTO QUE ENTREGA	AREA DE RESULTADOS	7 MAYO	14 MAYO	21 MAYO	28 MAYO	1 JUNIO
ESTABLECIMIENTO QUE ENTREGA	AREA DE RESULTADOS DE LA REGION - MAS AREA DE SALUD - CORTE	8 MAYO	15 MAYO	22 MAYO	29 MAYO	4 JUNIO
CLINICAS INVOLUCRADAS Y HOSPITALES REGIONALES Y HOSPITALES NACIONALES	AREA DE RESULTADOS REGIONALES - MAS REGIONES - MAS AREA DE SALUD - CORTE	8 MAYO	15 MAYO	22 MAYO	29 MAYO	4 JUNIO
	DIRECCION GENERAL DE SALUD, UNIDAD DE SALUD - MAS REGIONES - MAS AREA DE SALUD - CORTE	9 MAYO	16 MAYO	23 MAYO	30 MAYO	5 JUNIO

ANEXO 5

INSTRUMENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

**Ministerio de Salud
Caja Costarricense de Seguro Social**

ANEXO No. 5.1

Cronograma de actividades del subcomponente de participación social para la jornada de vacunación Sarampión- Rubéola, mayo 2001.

Actividades	Enero												Algun	Reservado			
	Febrero			Marzo			Abril			Mayo							
	10	20	30	10	20	30	10	20	30	10	20	30					
Organización																	
○ Identificación de las escuelas públicas de la comunidad																	
○ Usar el formulario "Vínculo de las escuelas públicas a la Jornada de Vacunación" que contiene los nombres y teléfonos de las escuelas públicas que apoyaran la jornada, así como el agente responsable de ellas, y la persona responsable de hacer la coordinación y la fecha																	
○ Contactar las escuelas públicas por diferentes medios para motivar a participar en la jornada.																	
○ Trabajar conjuntamente con los recursos humanos y materiales para desarrollar los parámetros de trabajo																	
○ Elaboración de material informativo y actividades necesarias para la coordinación y ejecución																	
○ Involucrar a la madre de la comunidad en la jornada de vacunación																	

<p>Planificación, implementación y evaluación</p>			
<p>○ Conectar a los actores locales (líderes de los diferentes niveles de comunicación, líderes católicas y otros).</p>			
<p>○ Conocer e los actores locales para la sensibilización, capacitación y planeamiento de las acciones.</p>			
<p>○ Usar el formato "Diagrama de actividades de autoayuda de participación local" las actividades sugeridas que describen de forma esquemática</p>			
<p>Apoyos y recursos</p>			
<p>○ Informar oportunamente sobre la asistencia de la familia a la zona de participación de estudio e inicio de sesión o reunión</p>			
<p>○ Elaborar final de la jornada con participación de todos los actores locales involucrados</p>			

ANEXO No. 5.2

Jornada de vacunación Sarampión- Rubéola, mayo 2001. componente de participación social

ROL Y ACTIVIDADES DE LOS ACTORES SOCIALES EN LOS DIFERENTES NIVELES DE GESTION Y ATENCION

ACTORES SOCIALES: son las personas que participan en la construcción social de la salud, por ejemplo: líderes comunales, organizaciones, industria, instituciones públicas y privadas y ONG's.

Rol:

Participar en el desarrollo de la jornada de vacunación contra el sarampión y la rubeola.

Actividades en las que pueden participar los actores sociales:

- * En el planeamiento, desarrollo y evaluación de la jornada, con el comité organizador.
- * En las reuniones y otras actividades que se programen en el comité organizador.
- * En la labor de divulgación de la jornada en su comunidad.
- * En la organización de los centros de vacunación planeados.
- * En el desarrollo de la jornada durante los días establecidos.
- * En la distribución de material informativo en la comunidad.
- * Definir conjuntamente con el personal de salud una estrategia para detectar personas sin vacunar.

Otras actividades:

- * Aprovechar toda reunión o actividad comunal que se realice para divulgar la jornada.
- * Visitar centros educativos, iglesias y otros para informar a la población sobre la actividad.
- * Participar en la jornada en las funciones que se le asignen: llenado de documentos, visitas, llamadas telefónicas, organizar los grupos para la vacunación, filas u otros, megafoneo en la comunidad, etc.
- * Realizar todos los esfuerzos necesarios para que la movilización que se requiere durante los días de la vacunación se logre.

ANEXO No. 5.4

Ministerio de Salud - Caja Costarricense de Seguro Social

Jornada de vacunación Sarampión- Rubéola, mayo 2001

Formulario para sistematizar las acciones desarrolladas durante la jornada con participación social

1. Fecha_____

2. Establecimiento de Salud_____

3. Región_____

4. Numero de actores Sociales que participaron en la jornada de vacunación

<i>De la comunidad</i>	<i>Instituciones gubernamentales</i>	<i>Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)</i>	<i>Sector Privado</i>

5. Logros obtenidos

6. Limitaciones identificadas

ANEXO 6

CRITERIOS PARA PROGRAMAR EL RECURSO HUMANO

El recurso humano necesario se basa en tres miembros el vacunador, el registrador y los supervisores.

Tomando como base la población blanco, en cada Área o establecimiento de salud, se estimará la cantidad de recurso humano con base en los siguientes criterios:

Se establece un rendimiento de dosis por día por vacunador, según la experiencia previa en los diferentes escenarios: establecimientos de salud, visitas a centros educativos, o casa a casa.

Debe tenerse en cuenta que el tiempo para la aplicación de un inyectable se estima en tres minutos, a lo que hay que agregar el tiempo necesario para la información al usuario, y la anotación en los registros si no se cuenta con el anotador. En zonas dispersas el rendimiento de dosis diarias es menor que en zonas urbanas concentradas, debido al tiempo necesario para el desplazamiento.

Se divide la población blanco entre ese parámetro de rendimiento por día para estimar el número de días-vacunador necesarios. Relacionando esto con el tiempo que dura la jornada se estima el número de vacunadores necesarios.

Ejemplo:

Población a vacunar: 10.000

Rendimiento diario por vacunador: 80 dosis.

Días de vacunación: 20

$10.000/80 = 125$ días-vacunador

$125/20 = 6$ vacunadores por 20 días

El número de anotadores es idealmente uno por vacunador.

El número de supervisores se estima en uno por cada 10 vacunadores o puestos de vacunación.

ANEXO 7

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA TARJETA AMARILLA DE FARMACOVIGILANCIA

(Programa de sospecha de reacción adversa a un medicamento)

1. Deben completarse todos los datos que se solicitan en la tarjeta para poder evaluarla adecuadamente.
2. Debe notificar, además de la vacuna, cualquier otro medicamento que esté tomando el paciente.
3. Donde indica Fármacos, deben incluir el nombre de la vacuna y otros medicamentos que esté tomando el paciente.
4. En "fechas": donde indica comienzo anotar la fecha de inicio del tratamiento y donde indica final: indicar la fecha de término del tratamiento, que en el caso de vacunas es la misma.
5. En "motivo de la prescripción" se debe anotar la enfermedad que motivó el uso del medicamento. En el caso de vacunas, dejar en blanco.
6. En "reacciones" describir las reacciones adversas presentadas por el paciente a la vacuna.
7. En "fechas" de reacciones adversas poner la fecha de inicio y final de la reacción. Si la reacción no desaparece el mismo día, dejar en blanco la fecha final.
8. En "desenlace" poner si la reacción continúa, si desapareció, si se hospitalizó, si falleció o cualquier otra información.
9. En "observaciones adicionales" indicar cualquier otra información referente al paciente, el medicamento o resultados de análisis o pruebas relacionados con el paciente o el medicamento.
10. En el apartado "para uso de la farmacia", debe indicarse el laboratorio fabricante y el lote.
11. Donde dice "Médico que notifica", debe indicarse el nombre de la persona que llena la tarjeta.
12. En "hospital o clínica", poner el nombre del Centro de Salud.
13. No llenar lo referente a "si necesita tarjeta y el nombre del farmacéutico".

ANEXO 8

MINISTERIO DE SALUD CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Formato de seguimiento de recién nacidos de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas

FOLIO _____

1. Fecha /__/__/__/__/
día mes año

2. Nombre de la madre:

A. paterno

A. Materno

Nombre

3. Domicilio:

4. Cantón de residencia

5. Área

6. EBAIS

7. Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

8. Fecha de nacimiento: /__/ /__/ /__/ 9. Edad gestacional: _____
día mes año

10. Resultado de la gestación: 1. Recién nacido vivo
2. Recién nacido muerto

11. peso al nacimiento _____g

12. Se obtuvo muestra sanguínea: 1. Sí 2. No

13. Si la respuesta fue afirmativa señale: Fecha de obtención /__/ /__/ /__/
día mes año

14. Fecha de envío al laboratorio /__/ /__/ /__/
día mes año

15. Resultados de la prueba: IgM

Positiva	<input type="checkbox"/>
Negativa	<input type="checkbox"/>

16. Clasificación de los hallazgos clínicos:

Con malformaciones congénitas	<input type="checkbox"/>
Sin malformaciones congénita	<input type="checkbox"/>

17. Nombre de la clínica u hospital donde nació el niño(a):

18. Nombre del médico que atendió el parto:

19. Nombre del neonatólogo y de los demás especialistas que revisaron al niño(a):

20. Nombre del trabajador que llenó el formato

Cont. ANEXO 8

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS DE MUJERES EMBARAZADAS INADVERTIDAMENTE VACUNADAS

Escriba con letra clara y con caracteres de imprenta. No deje espacios sin llenar.

Folio. Este campo lo llenará asignando un número consecutivo, de acuerdo al número asignado al último reporte recibido.

1. Fecha. Anote la fecha del día en que está llenando el formulario.
2. Nombre. Anote el nombre completo de la madre, iniciando por el apellido paterno.
3. Domicilio. Escriba la ubicación exacta, proporcionando para ello las referencias necesarias y puntos cardinales.
4. Cantón de residencia. Anote el nombre del cantón donde vive actualmente la mujer, no el cantón donde nació.
5. Área. Escriba el área de asignación del EBAIS.
6. EBAIS. Proporcione los datos del EBAIS de responsabilidad.
7. Sexo. Marque 1 o 2 según corresponda.
8. Fecha de nacimiento. Anote en el espacio correspondiente el día, mes y año de nacimiento.
9. Edad gestacional. Anote la edad en semanas, considerando la fecha de última regla o la estimada por estudios específicos.
10. Resultado de la gestación. Marque 1 o 2 según corresponda.
11. Peso al nacimiento. Anote el peso en gramos.
12. Se obtuvo la muestra. Marque 1 o 2 si obtuvo o no la muestra sanguínea.
13. Si la respuesta fue "si", señale la fecha de obtención.
14. Señale la fecha de envío al laboratorio.
15. Resultados de la prueba. Marque la opción que corresponda.
16. Clasificación de hallazgos en clínicos. Marque la opción correspondiente.
17. a 19. *Proporcione la información que permita identificar el establecimiento de salud y el médico que atendió el parto o realizó la cesárea, y a los especialistas que efectuaron la revisión clínica del recién nacido.*
20. Escriba su nombre completo y su lugar de trabajo en la CCSS.

ANEXO 9

MINISTERIO DE SALUD CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Formato de reporte y seguimiento de mujeres embarazadas inadvertidamente vacunadas

FOLIO _____

1. Fecha /___/ - /___/ - /___/
 día mes año

2. Nombre: _____
 A. paterno A. Materno Nombre

3. Domicilio: _____

4. Cantón de residencia _____

5. Área _____

6. EBAIS _____

7. Fecha de nacimiento: /___/ /___/ /___/
 día mes año

8. Edad: _____ años

9. Fecha de última regla _____

10. Edad gestacional _____

11. Fecha probable de parto _____

12. Fecha de aplicación de vacuna SR /___/ /___/ /___/
 día mes año

13. Antecedente de haber padecido rubéola: 1. Sí 2. No 3. Se desconoce

14. Presentó algún evento adverso en los 21 días siguientes a la fecha de vacunación:

1. Sí 2. No

15. Si la respuesta fue afirmativa ¿cuáles?

16. Se obtuvo muestra sanguínea: 1. Sí 2. No

*Cont. ANEXO 9***INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO DE MUJERES EMBARAZADAS INADVERTIDAMENTE VACUNADAS**

Escriba con letra clara y con caracteres de imprenta. No deje espacios sin llenar.

Folio. Este campo lo llenará asignando un número consecutivo, de acuerdo al número asignado al último reporte recibido.

1. Fecha. Anote la fecha del día en que está llenando el formulario.
2. Nombre. Anote el nombre completo, iniciando por el apellido paterno
3. Domicilio. Escriba la ubicación exacta, proporcionando para ello las referencias necesarias y puntos cardinales.
4. Cantón de residencia. Anote el nombre del cantón donde vive actualmente la mujer, no el cantón donde nació.
5. Área. Escriba el área de asignación del EBAIS.
6. EBAIS. Proporcione los datos del EBAIS de responsabilidad.
7. Fecha de nacimiento. Anote en el espacio correspondiente el día, mes y año de nacimiento.
8. Edad. Anote la edad en años cumplidos.
9. Fecha de última regla, Anote el día, mes y año de la última regla.
10. Edad gestacional. Anote la estimación de la edad gestacional, considerando la fecha de última regla.
11. Fecha probable de parto. Considere la fecha de última regla.
12. Fecha de aplicación de la vacuna SR. Anote en el espacio correspondiente el día, mes y año de nacimiento. Anote en el espacio correspondiente el día, mes y año de nacimiento.
13. Antecedente de haber padecido rubéola. Marque la opción 1 o 2, si la mujer ignora si padeció la enfermedad o duda, marque la opción 3 "Se desconoce".
14. Marque 1 o 2 si presentó un evento adverso en los primeros 21 días pos-vacunales.
15. Escriba el tipo de eventos presentados.
16. Marque 1 o 2 si obtuvo o no la muestra sanguínea.
17. Si la respuesta fue "sí", señale la fecha de obtención.
18. Señale la fecha de envío al laboratorio.
19. Marque la opción que corresponda al resultado de laboratorio.
20. Clasificación del estado inmune probable al momento de la vacunación.
 - * Susceptible o no inmune, si la prueba fue IgM positiva.
 - * No susceptible o inmune, si la prueba fue IgM negativa e IgG positiva.
 - * Se desconoce si la prueba se obtuvo tardíamente (más de 30 días después de que fue vacunada).
 - * No se obtuvo muestra de laboratorio o fue inadecuada.
- 21 y 22. Proporcione la información que permita identificar el establecimiento de salud y el médico que proporcionan atención médica del embarazo a la paciente.
23. Resultado de la gestación. Señale la opción que corresponda.
24. Escriba su nombre completo y su lugar de trabajo en la CCSS.

ANEXO 10

MINISTERIO DE SALUD CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

GUIA DE SUPERVISIÓN NIVEL NACIONAL

Establecimiento de Salud: _____ Región _____

Conoce las normas o lineamientos de la jornada

1. Si _____
2. NO _____ (Explique) _____

PROMOCION DE LA JORNADA

3. Tiene identificación el puesto de vacunación: SI _____ NO _____ Verifique
4. Tiene material de divulgación: Si _____ NO _____ Verifique
5. Considera que la información al público ha sido suficiente: Si _____ NO _____

PARTICIPACION SOCIAL

6. ¿Se cuenta con participación de actores sociales?
7. ¿Tienen registro de actores, sus aportes y cronogramas?

SUMINISTRO DE VACUNA Y JERINGAS

8. Cumple el cronograma de abastecimiento establecido según necesidades: Si _____ NO _____
9. Las jeringas son: suficientes _____ insuficientes _____
10. Las vacunas son: suficientes _____ insuficientes _____

CADENA DE FRIO

11. Cumple es establecimiento con el control diario de la temperatura: Si _____ NO _____
12. Al momento de la visita, la temperatura en la refrigeradora es de: _____ C (temperatura recomendada de 2 a 8 grados centígrados).
13. La ubicación de la refrigeradora es: Adecuado _____ (separada 20 cm pared, donde no se exponga al sol) Inadecuado _____

14. Se conservan los diluentes a la misma temperatura: Si_____ NO_____
15. Condición de los paquetes fríos: congelados____Semicongelados____Descongelados____
16. Tipo de termo que utiliza:_____
17. Se cumple con la forma adecuada de preparación de los paquetes fríos para su utilización en el termo: Si_____ NO_____

RECURSO HUMANO

18. Considera que el equipo vacunador es suficiente:
- Si_____
- NO_____ Explique_____
19. Escriba el número de personal y las disciplinas (profesión) del equipo de vacunación.
No._____
- Disciplinas_____

SISTEMA DE INFORMACIÓN

20. Cuenta con papelería (formularios) suficientes para el registro de la información:
Si_____NO_____ Explique_____
21. Conoce el flujo de la información ? Si_____ NO_____
22. Cumple con el cronograma de cortes ? Si_____ NO_____
23. Al momento de la visita considera que el avance hacia la meta propuesta es adecuado:
Si_____ NO_____

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

24. Sabe como reportar una reacción adversa Si_____ NO_____
25. Sabe a donde enviar el formulario de notificación Si_____ NO_____ (Centro de Notificación de Fármaco-vigilancia teléfono: 256-43-33 / 222-18-78)

OBSERVACIONES:

Nombre del funcionario entrevistado_____ Firma:_____

Nombre del supervisor_____ Firma:_____

Cont. ANEXO 10

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO DE SUPERVISION
NIVEL NACIONAL**

Establecimiento de salud: Anote el nombre del establecimiento o puesto de vacunación. Escriba con letra clara y con caracteres de imprenta, no deje espacios sin llenar.

Región: Anote la región a la que pertenece el establecimiento supervisado.

Normas:

1 y 2 Si responde afirmativamente, verifique mediante preguntas el conocimiento de la norma, solicite que le muestren el documento "información para los equipos de vacunación" (manual del vacunador).

PROMOCION DE LA JORNADA

3. Realice una inspección para corroborar la identificación (rótulo) del puesto de vacunación.
4. Pida que le muestren el material de divulgación.
5. A criterio del entrevistado (a) la promoción en radio, televisión y la cantidad de material impreso distribuido desde el nivel central o elaborado por el establecimiento, fue suficiente para motivar a la población.

PARTICIPACION SOCIAL

6. Analice y comente el número de actores y tipo de participación.
7. Verifique si utilizan los instrumentos establecidos o similares y haga comentarios.

SUMINISTRO DE VACUNAS Y JERINGAS

8. A juicio del entrevistado (a) los insumos para la jornada estuvieron a tiempo para iniciar las actividades de vacunación.
9. Se refiere a que en el puesto de vacunación no se ha tenido que suspender la jornada por falta de jeringas.
10. Se refiere a que en el puesto de vacunación no se ha tenido que suspender la jornada por falta de vacunas.

CADENA DE FRIO

11. Esta pregunta aplica si la supervisión se realiza en un establecimiento de salud donde normalmente se aplican vacunas (EBAIS, Área o Clínica). Verifique observando el instrumento para el registro diario de temperatura, que deberá por norma, tener dos anotaciones por día (mañana y tarde)
12. Abra rápidamente la refrigeradora, observe y anote en la guía de supervisión la temperatura que marca en ese momento el termómetro (de acuerdo a la norma, la temperatura debe estar entre 2 y 8 grados centígrados)
13. Verifique que la distancia entre la pared y la cara posterior (rejilla) de la refrigeradora sea de 20 centímetros y que no esté expuesta en forma directa a los rayos del sol.
14. Verifique que los diluyentes se conserven dentro la refrigeradora o el termo a la misma temperatura que las vacunas.
15. Al agitar un paquete congelado, el contenido interno no se debe mover, ni tener líquido (descongelado). Verifique la condición de los paquetes.

16. La forma adecuada de preparar un paquete frío para utilizar en un termo es dejándolo a temperatura ambiente hasta que desaparezca la escarcha y aparezcan unas pequeñas gotas de agua en la superficie del paquete. Pregunte al entrevistado (a) si realizó este procedimiento.
17. Describa si se trata de un termo tipo comercial o uno de los recomendados por el programa de inmunizaciones (tipo KING SEALEY).

RECURSO HUMANO

18. A juicio del entrevistado, las personas que constituyen el equipo de vacunación son suficientes para atender rápidamente a las personas que acuden al puesto.
19. Anote cuantas personas constituyen el equipo de vacunación, y a que disciplinas pertenecen.

SISTEMA DE INFORMACION

20. A juicio del entrevistado, la cantidad de formularios para registrar las vacunas aplicadas diariamente, así como los registros para la consolidación semanal ¿son suficientes?
21. ¿Sabe a dónde enviar los documentos o formularios con vacunas aplicadas diariamente?
22. Pregunte cada cuanto se harán los cortes informativos.
23. Considerando el total de vacunas aplicadas contra las programadas (hasta el momento de la entrevista) ¿el cumplimiento de la meta es adecuado o inadecuado?

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

24. Se refiere a que si el entrevistado conoce la tarjeta de notificación de reacciones adversas del Centro de Notificación de Fármaco – Vigilancia (tarjeta amarilla).
25. Se explica por sí sola.

Nombre del entrevistado:

Anote el nombre la persona a la que se le realizo la entrevista y solicítele que firme el documento.

Nombre del supervisor:

Anote el nombre de la persona que realiza la entrevista y firme el documento delante de entrevistado.

Fecha de la entrevista:

Anote el día, mes y año en que realizo la entrevista.

OBSERVACIONES:

Anote los aspectos que le interese destacar.

ANEXO 11

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, MINISTERIO DE SALUD
FORMULARIO DE SUPERVISION DEL NIVEL REGIONAL

REGION O ESTABLECIMIENTO		FECHA		
NOMBRE DEL DIR. REGIONAL		MINIST. DE SALUD		
NOMBRE DEL DIR. REGIONAL		CCSS		
COORDINADOR DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIONES				
TELEFONO (S) CCSS		MINIST. SALUD		
Marque el rectángulo con 1 si la respuesta es afirmativa, con 2 si es negativa y con 9 si no procede				
1. ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN		1	2	9
1.1	¿Existe una comisión regional			
1.2	¿Esta el plan de acción escrito y es integrado CCSS - MS?			
1.3	¿Existe coordinación al interior de la región con las diferentes áreas técnicas: Información, capacitación, epidemiología, comunicación y participación social entre otras?			
1.4	¿Existe comunicación interinstitucional e intrasectorial con MS, CCSS, MEP, otros?			
1.5	¿Se realiza minuta de reuniones, seguimiento de los acuerdos y compromisos establecidos?			
1.6	Dispone del directorio de responsables de la jornada del nivel central?			
1.7	Cuenta con el directorio del establecimiento de salud EBAIS, centros de trabajo, estudio y recreación de su región?			
2. PROGRAMACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE METAS		1	2	9
2.1	¿La programación se realizó de acuerdo a los lineamientos del plan de acción nacional?			
2.2	¿Población a vacunar?			
2.3	¿Tienen programadas estrategias específicas en áreas con bajas coberturas de vacunación?			
2.4	¿Número de equipos de vacunadores programados para la jornada?			
2.5	¿Número de vacunadores que tienen programados para la jornada?			
3. INSUMOS Y CADENA DE FRÍO		1	2	9
3.1	¿Los camé de vacunación programados o en existencia son suficientes?			
3.2	¿Las refrigeradoras de los establecimientos son suficientes para el almacenamiento de las vacunas?			
3.4	¿Cuenta con suficientes paquetes fríos para el congelador?			
3.5	¿Se realizan medidas preventivas de acuerdo a un cronograma?			
4. COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL		1	2	9
4.1	¿Se han definido las estrategias de promoción de la jornada?			
4.2	¿Se cuenta con un directorio de actores sociales y el aporte respectivo para la difusión y ejecución de la jornada?			
5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		1	2	9
5.1	¿Cuenta con los formularios?			
	a) Fármaco - vigilancia para eventos adversos			

	b) Seguimiento de mujeres inadvertidamente vacunadas c) Seguimiento de recién nacidos			
6. SISTEMA DE INFORMACIÓN		1	2	9
6.1	¿Se cuenta con formularios JVR1 y JVR2 para abastecer la región?			
6.2	¿Conoce las fechas de cortes de información?			
6.3	¿Cómo piensa evaluar el nivel de avance de la jornada?			
7. CAPACITACIÓN		1	2	9
7.1	¿Se tiene un cronograma y responsables de la capacitación para la jornada en los niveles locales?			
8. SUPERVISIÓN		1	2	9
8.1	¿Ha capacitado supervisores para la jornada?			
8.2	¿Dispone de un cronograma de visitas y salidas de supervisión?			
8.3	¿Dispone de formularios para supervisión?			
8.4	¿Ha recibido asesoría desde el nivel central para la planeación de esta jornada?			
8.5	¿Ha seguido las recomendaciones que le dio el equipo asesor o de supervisión para esta jornada?			
9. ANEXO DE MATERIALES Y SUMINISTROS				
MATERIALES		EXISTENCIA ACTUAL		
1	Manual operativo de la jornada/ Manual de bolsillo			
2	Formulario de registro diario de dosis JVR1			
3	Formulario de consolidación semanal JVR2			
4	Formato de seguimiento de mujeres embarazadas			
5	Formato de seguimiento de recién nacidos			
6	Formato de fármaco-vigilancia para eventos adversos posvacunales			
7	Formatos de supervisión en el nivel local			
8	Desplegables para el público, afiches, material de preguntas y respuestas para el personal			
9	Termos			
10	Paquetes fríos			
11	Jeringas desechables			
12	Caja para descarte de jeringas			
13	Recipientes para descarte de frascos vacíos de vacunas			
10. OBSERVACIONES:				

CONT. ANEXO 11

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMULARIO DE SUPERVISION NIVEL REGIONAL

Escriba con letra clara y con caracteres de imprenta. No deje espacios sin llenar.

Fecha: Anote la fecha del día en que está llenando el formulario.

Región: Escriba el nombre completo de la región, en caso de hospitales nacionales o clínicas metropolitanas, deje en blanco.

Establecimiento: Escriba el nombre del establecimiento, clínica, hospital o área de salud.

Nombre del Director Regional del Ministerio de Salud. Anote el nombre completo iniciando por el apellido paterno.

Nombre del Director Regional de la Caja Costarricense de Seguro Social. Anote el nombre completo, iniciando por el apellido paterno.

Nombre del Coordinador Regional de Inmunizaciones. Anote nombre completo, iniciando por el apellido paterno.

Anote número de teléfono y fax de las oficinas regionales del MS y de la CCSS.

1. ORGANIZACIÓN Y COORDINACION.

Marque en el espacio respectivo con 1, si la respuesta es afirmativa o correcta, con 2 si es negativa o con 9 si no procede.

- 1.1 Solicite le muestren el plan de acción y haga comentarios sobre su revisión.
- 1.2 Converse sobre este tema con el entrevistado, haciendo preguntas que le orienten a constatar esta coordinación con los componentes de la jornada.
- 1.3 Haga preguntas que le orienten a constatar esta coordinación, por ejemplo: ¿cuándo fue la última vez que se reunieron?, ¿qué acuerdos han tenido?, etc.
- 1.4 Solicite le muestren la minuta de las últimas reuniones.
- 1.5 Solicite que le muestren el directorio y haga comentarios si falta algún funcionario clave que de acuerdo a los lineamientos de la jornada sería conveniente que participara.
- 1.6 Solicite que le muestren el directorio y haga comentarios si a su juicio y por las características de la región sería conveniente que incorporaran a otros establecimientos, instituciones, sectores, etc.

2. PROGRAMACION Y CUMPLIMIENTO DE METAS.

- 2.1 Interrogue sobre los procedimientos utilizados para programación y compare con los lineamientos del Manual Operativo de la Jornada.
- 2.2 Revise si tienen población a vacunar en el área de responsabilidad y la meta

general. Considerando las dosis y las personas que no viven en el área pero que seguramente se vacunarán ahí.

- 2.3 Se tienen programadas estrategias específicas en áreas de baja cobertura o de difícil acceso geográfico o cultural. Descríbalas por escrito.
- 2.4 Escriba el número de equipos y vacunadores que tienen programados para la jornada y haga algún comentario.

3. INSUMOS

- 3.1 Si los carnés son insuficientes indague si ya pidieron el número faltante al almacén
- 3.2 Si no es suficiente, pregunte como piensan solucionar el problema y haga algún comentario con ellos
- 3.3 Si no tiene termómetros la refrigeradora, investigue la causa y pregunte como piensa solucionar el problema
- 3.4 Cuenta con paquetes fríos suficientes para congelar
- 3.5 Pida que le muestren el programa de mantenimiento preventivo de la red de frío, si no los tiene pregunte como piensa solucionarlos.

4. COMUNICACION Y PARTICIPACION SOCIAL

- 4.1 Solicite que le muestren el material elaborado, si la respuesta es afirmativa, haga algún comentario.
- 4.2 Pida que le muestren el directorio y haga algún comentario si a su juicio faltan algunos actores sociales.

5. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- 5.1 Si falta alguno o algunos de los formatos, investigue la causa y recomiende que se reproduzca cuanto antes.

6. SISTEMA DE INFORMACION

- 6.1 Pida que se los muestren y solicite que le expliquen cómo deben llenarse.
- 6.2 Pregunte cada cuanto se harán los cortes informativos.
- 6.3 Pida que le detallen el procedimiento para ver el avance del cumplimiento de la meta: Vacunómetros, gráficas, etc.

7. CAPACITACION

- 7.1 Pregunte quién es el responsable del proceso de capacitación, pida que le muestren el programa y pregunte acerca del tiempo de duración de la capacitación para la jornada.

8. SUPERVISION

- 8.1 Pida que le muestren la lista de los supervisores o que se los mencionen.

- 8.2 Solicite el cronograma de salida de supervisión a las áreas, tanto en la fase de planeación como en la de ejecución.
- 8.3 Pida que le muestren los formularios de supervisión de la fase de planeación y de ejecución para las áreas.
- 8.4 Interrogue si el nivel central ha dado asesoría mediante llamadas telefónicas, visitas, etc.
- 8.5 Si no ha seguido las recomendaciones del nivel central, investigue la causa.

9. MATERIAL Y SUMINISTROS

- 9.1 Escriba el número de materiales disponibles en la región, si no procede la pregunta, recomiende que las supervisoras regionales recaben esta información en las áreas y establecimientos visitados.

10. OBSERVACIONES: Utilice este espacio para anotaciones que usted crea recomendables.

ANEXO 12

MONITOREO RAPIDO DE VACUNACION CONTRA SARAMPION Y RUBÉOLA

<i>Región:</i>	<i>Area de salud:</i>	<i>EBAIS:</i>	<i>Distrito:</i>
<i>Localidad/barrio:</i>	<i>Fecha de monitoreo:</i>	<i>Sup. Responsable:</i>	<i>Resp. Monitoreo:</i>
<ul style="list-style-type: none"> En cada localidad o barrio escoger dos manzanas separadas una de otra que a juicio del responsable de monitoreo sean las de menos probabilidad de haber sido visitadas por los vacunadores (de difícil acceso, alejadas de las calles principales, entre otras). En cada manzana visitar todas las casas moviéndose en dirección de las manecillas del reloj hasta completar un total de 25 casas visitadas con personas de 15 a 39 años cuyos datos de vacunación estén disponibles, salvo casos extraordinarios no se necesitan más. Si hay menos de 25 continuar con la manzana más próxima hasta completar 25 casas visitadas. Exclusión: Si en una casa no hay personas de 15 a 39 años EXCLUIR esta casa del monitoreo. De igual manera excluir las personas que no estuvieran al momento del monitoreo. 			

(A) Casa Nº	(B) TOTAL DE PERSONAS 15-39 AÑOS		(C) PERSONAS DE 15-39 AÑOS VACUNADAS		(D) Monitoreo por el cual no se vacunó (escriba el Nº Que corresponda): -Los vacunados no vinieron -Los vacunados vinieron cuando ellos no estaban -Rehusaron la vacuna por estar enfermos -Rehusaron la vacuna por orden de su médico -Rehusaron la vacuna por otras razones, especificar: -Vacunadores rehusaron vacunarlo: Otros motivos, especificar	(E) Observaciones
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
TOTAL:						
Cobertura de vacunación: $\frac{[C] \text{ Vacunados de 15 a 39 años}}{[B] \text{ Total de 15 a 39 años encontrados}} \times 100$ <input type="text" value=""/> %						

CONT. ANEXO 12**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO DE MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN Y RUBÉOLA.**

Región: Area de salud, EBAIS y Distrito. Localidad/barrio. Escriba con letra clara y con caracteres de imprenta. No deje espacios en blanco. Si no está disponible la información escriba ND.

Fecha: Anote la fecha, día, mes y año en que esta llenando el formulario.

Región: Escriba el nombre completo de la región.

Supervisor responsable: Anote el nombre completo, iniciando por el apellido paterno.

Responsable de monitoreo: Anote el nombre completo, iniciando por el apellido paterno.

(A) CASA: Pregunte si en esa casa hay personas que tengan entre 15 y 39 años de edad, si la respuesta es afirmativa continúe con la entrevista; si la pregunta es negativa, agradezca la atención y prosiga con la próxima casa, sin hacer anotaciones en el formulario.

(B) Número de personas de 15 a 39 años encontradas. Anote el número de hombres y mujeres encontrados en la vivienda.

(C) Número de personas de 15 a 39 vacunados contra sarampión y rubéola (con carné o comprobante) durante la jornada. Anote el número de hombres y mujeres encontrados en la vivienda y con carné o comprobante de vacunación. Solo anote el número de hombres y de mujeres cuyo carné o comprobante indique que le fue aplicada una dosis de vacuna SR desde el inicio de la jornada (2 de mayo o antes si se adelantaron las actividades en esa área, no más de dos semanas) Hasta la fecha en que se aplica este formulario.

(D) Motivo por el cual no se ha vacunado o se vacunó durante la jornada. Anote el número que corresponda al motivo, trate de clasificar la respuesta en algunas de las 6 primeras opciones, si no es posible, entonces anote el número 7, que corresponde a otros motivos. Puede marcar todas las opciones que usted crea correctas o que se dan en su caso.

(E) Observaciones: Escriba todas las particularidades que le hayan parecido particulares o que le han llamado la atención. Por ejemplo: El equipo vacunador informó que ya había terminado esta región y que no había tenido renuentes a la vacunación; Informó que no tenía problemas; estas personas se localizan solo los fines de semana, o en un horario diferente horario, entre otras.

ANEXO 13

FUNCIONES DE LOS PADRINOS Y LAS MADRINAS

La principal labor de estos funcionarios será la de servir de enlace entre el comité coordinador, los coordinadores de componente del nivel central y los equipos responsables de la jornada de los niveles regionales, clínicas de área metropolitana y hospitales nacionales.

Para ello tendrá las siguientes funciones:

1. Visitar las regiones y establecimientos asignados durante las etapas de planificación ejecución y evaluación de la jornada.
2. Identificar limitaciones en el trabajo de la región, área, sector y establecimientos asignados y asesorar para la resolución de las dificultades encontradas.
3. Consultar con los encargados de los subcomponentes aquellos aspectos que por su especificidad lo requieran.
4. Elaborar y presentar informes al coordinador de la jornada, con copias al coordinador regional y /o clínicas y hospitales.
5. Utilizar en las visitas los instrumentos definidos.

CRÉDITOS

Edición

Vicenta Machado, Unidad de Análisis Epidemiológico, CCSS
José Luis Díaz Ortega, PAI/OPS/OMS, Costa Rica
Mario León, Sección Salud del Niño, CCSS
Ana Morice, Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica
Carlos Castillo Solórzano, OPS/HVP

Equipos de trabajo

Comité Coordinador

Xinia Carvajal, Viceministra de Salud, Ministerio de Salud
Guillermo Santiesteban, Sub Gerente Médico, CCSS
Edwin Jiménez, Director de Medicina Preventiva, CCSS
Mario León, Director Ejecutivo de la Jornada, CCSS
Willy Carrillo, Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud
Xiomara Badilla, Coordinadora del componente de Vigilancia, CCSS
Vicenta Machado, Coordinadora del componente de la Jornada, CCSS
Ariel Depetris, OPS/OMS, Costa Rica
José Luis Díaz Ortega, Consultas PAI/OPS/OMS, Costa Rica
Ana Morice, Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica
Gilda Granados, Apoyo técnico-operativo a la Jornada

Logística y cadena de frío

Maritza Morera, Farmacoterapia, CCSS
Yamileth Herrera, Almacén de Frigoríficos, CCSS
Rigoberto Blanco, Saneamiento Ambiental, CCSS

Capacitación

Edgar Dompe, Farmacoterapia, CCSS

Información

Rodolfo Madrigal, Estadísticas de los Servicios de Salud, CCSS
Rosa María Vargas, Estadísticas, Ministerio de Salud
Ilse Cerda, Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica

Comunicación social

Fernando Herrera, Comunicación y Educación para la Salud, Ministerio de Salud
Ana Pacheco, Comunicación y Educación para la Salud, Ministerio de Salud
Luz Cordero, Comunicación y Educación para la Salud, Ministerio de Salud
Cecilia Zúñiga, Comunicación y Educación para la Salud, Ministerio de Salud
Patricia León, Comunicación Organizacional, CCSS
Gabriela López, Comunicación Organizacional, CCSS
Xinia Fernández, Comunicación Organizacional, CCSS

Participación social

Marta López, Trabajo Social, CCSS
Carmen Cecilia Arroyo, Promoción de la Salud, Ministerio de Salud

Vigilancia integrada sarampión y rubéola

Elizabeth Sáenz, Centro de Referencia Enfermedades Febriles, Inciensa
María Ethel Trejos, Epidemiología Región Central Norte, Ministerio de Salud
Hilda Salazar, Epidemiología Región Central Sur, Ministerio de Salud
Ana Morice, Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica
Xiomara Badilla, Coordinadora del componente de Vigilancia, CCSS

Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita

María Luisa Ávila, Infectología, Hospital Nacional de Niños
Lila Umaña, Centro de Registro de Enfermedades Congénitas, Inciensa
Ana Morice, Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica
Xiomara Badilla, Coordinadora del componente de Vigilancia, CCSS

Asesoría Técnica

En el análisis de la situación epidemiológica de la Rubéola y el SRC, el establecimiento de la estrategia, su organización, implementación y evaluación se contó con la participación, asesoría y cooperación técnica de la División de Vacunas e Inmunización de la Organización Panamericana de la Salud.

Comentarios

Susan Reef, Programa Nacional de Inmunizaciones, CDC, Atlanta
Dalya Guris, Programa Nacional de Inmunizaciones, CDC, Atlanta

Diseño y Diagramación:

Xinia Bustamante Castillo, OPS/OMS
Douglas Calderón Lobo, dk

Apoyo Secretarial

Irma Aguilar

Este manual fue validado en un taller realizado el 8 y 9 de marzo de 2001 en el cual participaron representantes de todos los subcomponentes de la jornada. Esta versión incorpora las observaciones planteadas por los equipos regionales y locales, durante el proceso de capacitación, realizado durante el mes de marzo del 2001.

Un especial reconocimiento al MCE Jorge Arturo Zamora por sus aportes, sugerencias, y colaboración en la incorporación de las modificaciones a esta nueva versión del manual.

El Presente Manual se imprimió con la cooperación de la Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud, Representación Costa Rica.