



Ministerio de
Salud

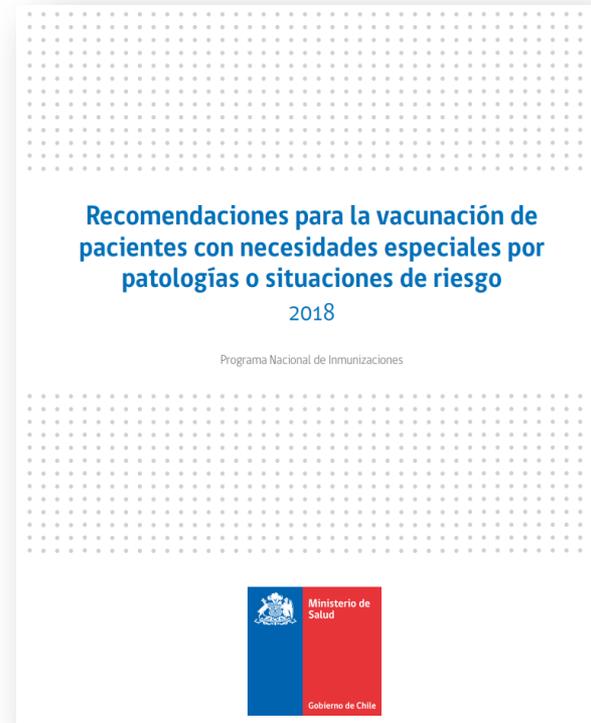
Gobierno de Chile

VACUNAS PARA PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

Departamento de Inmunizaciones
Ministerio de Salud

“Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo”

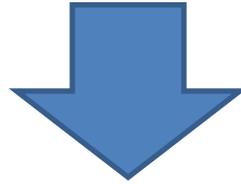
El 23-01-2019, se envía a las referentes de PNI de la Seremi el documento de “Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo”, para la difusión a la red.



Manual de Vacunas Especiales

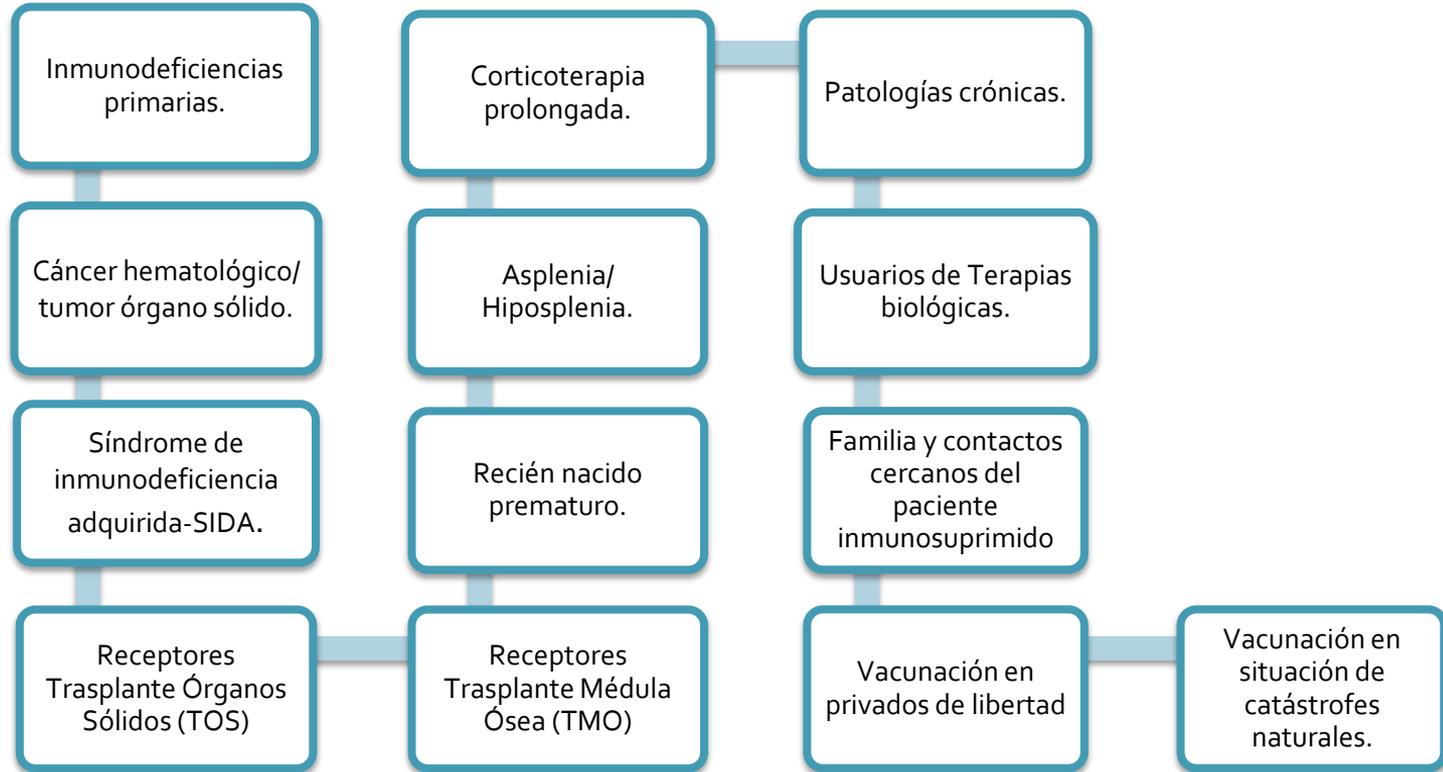


Personas con alteraciones congénitas o adquiridas del sistema inmune.



- Acercar las vacunas a quienes lo necesitan.
- Orientar a los profesionales acerca de los esquemas de vacunación correspondientes a cada trastorno.

POBLACIONES CON NECESIDADES ESPECIALES



1. RECIÉN NACIDO PREMATURO CON PATOLOGIAS DE BASE



RECOMENDACIONES

Calendario

Comenzar programa de vacunación 2 meses edad cronológica (post natal).
Cumplir programa igual a RNT.

Respuesta

Respuesta inmadura, producción Ac inferiora RNT (*Hib*, HB).

Al **completar esquema 1º** concentración Ac protectores.

Carga antígeno por dosis

La misma que se emplea en un niño de término.

No hay fundamento para Ag reducido o dosis fraccionada.

Seguridad

Estudios: aparición de eventos adversos graves, **atribuibles a la prematurez** y no a las vacunas.

Reacciones Adversas

No significativamente diferentes.

Apneas: > frecuencia, precaución tras la vacunación.

Vacunación hospitalizado

Si alcanza los 2 meses hospitalizado, vacunar **si su estado clínico lo permite.**

Vacunas

VNC: esquema (3+1).

Influenza: capullo.

15/04/19: VHB universal

Hepatitis A: 2 dosis

Rotavirus: 2 dosis

VMC4: 2+1

Varicela: 2dosis

2. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA -SIDA



RECOMENDACIONES

Niños VIH (+)

Vacunas inactivadas del PNI regular.

VNC₁₃: 3+1

VNP₂₃: a los 2 años

VMC₄: 3+1.

Vacunas Vivas

Vacunas SRP, varicela y rotavirus:
pacientes sin SIDA, sin compromiso
severo inmunológico (Etapa 3).

SRP (2 dosis) primeros años vida.

Vacuna Hepatitis A

Esquema 2 dosis.

Necesidad de proteger el hígado y
normal metabolización de fármacos
anti-retrovirales dosis fraccionada.

Vacuna BCG

No PPTV o incompleto, vacuna BCG sólo si
medición LT CD₄ es normal.

Si PPTV y examen NO disponible: vacunar.

Niños Expuestos

Madre TARV+ PPTV+ sin lactancia
(1-2% riesgo): PNI

Madre s/TARV o s/PPTV: considerar
presuntamente
infectado (VIH+).

ADN viral (3 muestras).

Recomendación de vacunación en Adolescentes- Adultos

Vacunas

Hepatitis B al diagnóstico
(3 dosis).

VNC₁₃ + VNP₂₃ (2 meses), repetir
VNP₂₃ a los 5 años

VMC₄ 2 dosis

VPH hasta 26 años (3 dosis)

Hepatitis A 18- 40 años, HSH

3. RECEPTORES TRASPLANTE MÉDULA ÓSEA (TMO)



RECOMENDACIONES

Vacunas inactivadas

A partir de 6 meses post TMO
Excepto situación de riesgo epidemiológico (4 meses)

Vacunas DTP-Hib-VHB-VPI.

Desde los 6-12 meses
< 7 años: Hexa.
> 7 años: dT (2)+ dTpa+ Hib+ VHB+ VPI.
> 5 años: Hib solo 1 dosis.

Vacuna Neumococo

<12 meses: 3+1.
>12 meses: 2+1
A los 2 años 1 dosis VNP23.
Adultos: 2+1 (VNC13 + VNP23).

Vacuna Meningococo

<12 meses: 3 dosis.
> 12 meses: 2 dosis (2 meses).
Refuerzo: 1 dosis 3- 5 años más tarde.
VMB: 3/2 + 1/0.

Vacuna Hepatitis B

<16 años: 20 mg.
>16 años 40 mg.
Esquema 0-1 y 6.
Medir Ac anti-HBsAg si < 10 mUI/ml, repetir vacunación..

Vacuna VPH

A partir de los 9 años de edad:
esquema 3 dosis (0-2 y 6 meses).
Indicar en mujeres y varones (hasta 26 años).

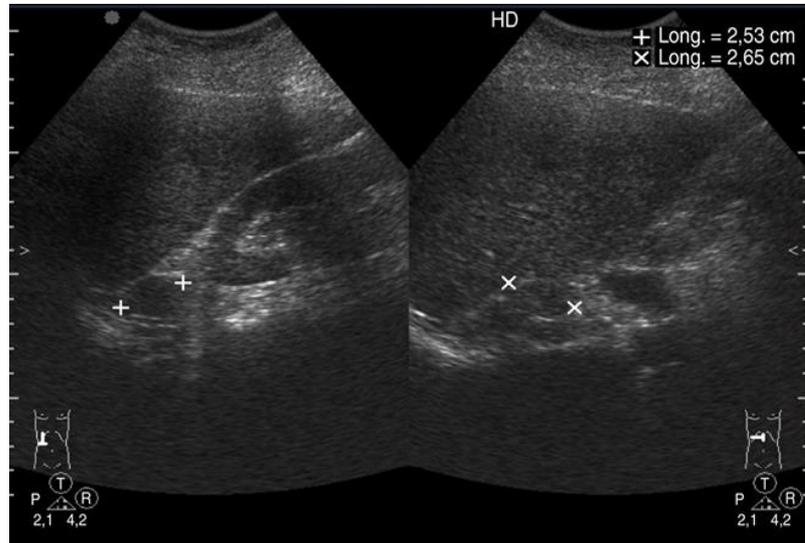
Vacunas Hepatitis A

Esquema 2 dosis, espaciadas 6 meses.
Caso índice entre contactos cercanos del receptor vacunar antes.

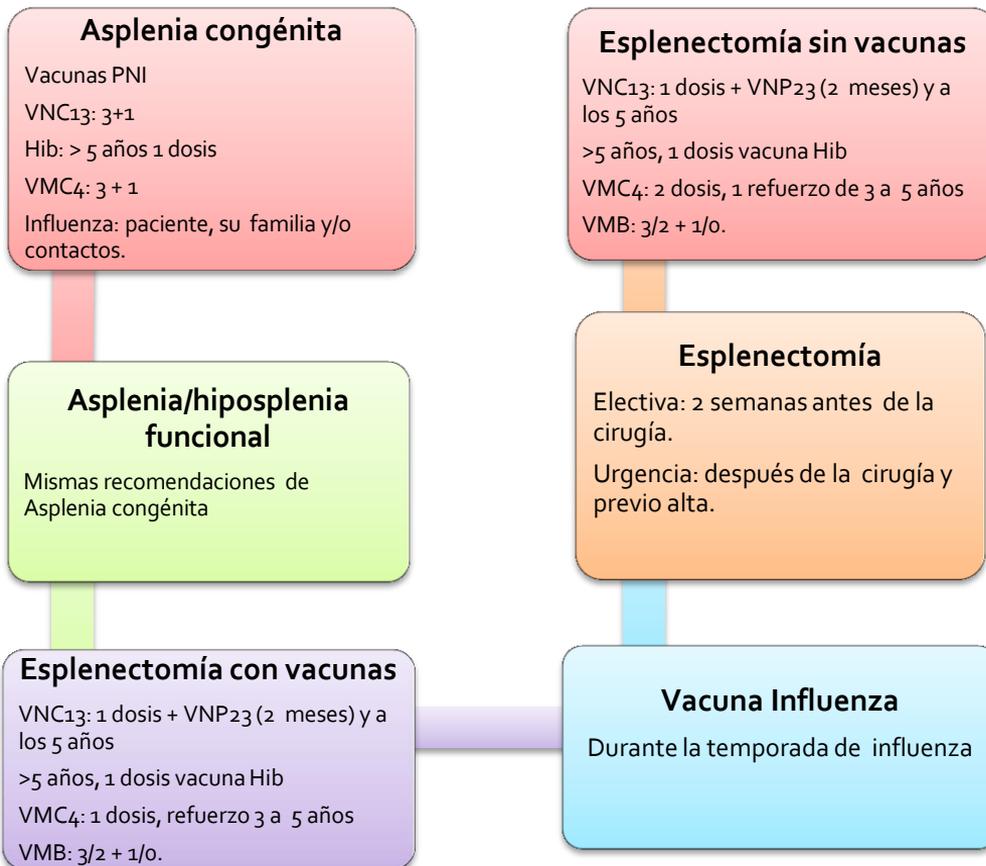
Vacunas Vivas

SRP a los 12 meses post TPH
Varicela a los 24 meses: 2 dosis separadas 3 meses

4. ASPLENIA/HIPOSPLENIA



RECOMENDACIONES



Recordemos Normativas Vigentes



Vacunas que deben ser administradas directamente sin necesidad de solicitud especial

Nivel Local

Vacunas autorizadas por Decreto N° 6 del 2010, y sus modificaciones:

▪ Hepatitis B:

- ✓ Recién nacidos hijos de madre con antígeno de superficie de Hepatitis B (AgsHB) positivo.
- ✓ Personal de Salud.
- ✓ Personas con diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC).
- ✓ Pacientes sometidos a Hemodiálisis o Diálisis peritoneal.
- ✓ Pacientes en Hemodiálisis crónica.
- ✓ Personas VIH (+) y trabajadores/as Sexuales.
- ✓ Personas que sean contacto de persona confirmada con Hepatitis B (+).
- ✓ Personas Víctimas de Violencia Sexual (VVS).

▪ Neumocócica polisacárida 23 V:

- ✓ Adultos de 65 años y más no vacunados anteriormente.
- ✓ Grupo objetivo de adultos con mayor riesgo de enfermedad Neumocócica (inmunodeprimidos y esplenectomizados)



Vacunas que deben ser administradas directamente sin necesidad de solicitud especial

Nivel Local

Vacunas autorizadas por Decreto N° 6 del 2010, y sus modificaciones:

- **Virus Papiloma Humano:**
 - ✓ Hombre y mujeres VIH (+)
 - ✓ Personas Víctimas de Violencia Sexual (VVS).

- **Hepatitis A:**
 - ✓ Personas con Hepatitis C



Vacunas autorizadas por Garantías Explícitas en Salud GES

Vacuna	Grupo Objetivo	Esquema
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V	Linfoma en personas de 15 años y más	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V.
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V	Leucemia en personas de 15 años y más	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V.
Neumocócica Polisacárida 23V Influenza Varicela Hepatitis A	Fibrosis Quística	Esquema de inmunización: 1 dosis VNP 23V a partir de los 2 años de edad. Influenza 1 o 2 dosis dependiendo de la edad. Varicela 2 dosis (0-3 meses). Hepatitis A 2 dosis (0-6 meses).
Hepatitis A	Hepatitis crónica por virus de Hepatitis B	Esquema de inmunización: 2 dosis (0-6 meses).

Vacunas autorizadas por Ley N° 20.850, Ricarte Soto

Vacuna	Grupo Objetivo	Esquema
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V Influenza	Artritis Reumatoide en Adultos refractaria a tratamiento habitual	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V. Influenza 1 dosis.
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V Influenza	Artritis Psoriásica	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V. Influenza 1 dosis.
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V Influenza Hepatitis B Varicela*	Colitis Ulcerosa	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V. Influenza 1 dosis. Hepatitis B 3 dosis (0-1-6 meses). Varicela 2 dosis (0-3 meses).
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V Influenza Varicela* Virus Papiloma Humano	Enfermedad de Crohn grave	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V. Influenza 1 dosis. Varicela 2 dosis (0-3 meses). VPH en niñas > 9 años 9-13 años: 2 dosis (0-12 meses). ≥ 14 años: 3 dosis (0-2-6 meses).
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V	Hipoacusia sensorioneural bilateral severa o profunda postlocutiva	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V.
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V Influenza Hepatitis B**	Esclerosis múltiple	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V. Influenza 1 dosis. Hepatitis B 3 dosis (0-1-6 meses).
Neumocócica Conjugada 13V Neumocócica Polisacárida 23V Influenza	Lupus	Esquema de inmunización: 1 dosis de VNC 13V y 8 semanas después administrar 1 dosis de VNP 23V. Influenza 1 dosis.

*Vacuna Varicela en niños, sin antecedentes de enfermedad previa.(14 años 11 meses 29 días).

**Vacuna Hepatitis B, se recomienda en los pacientes que vayan a iniciar tratamiento con Ocrelizumab.

Vacunas que se autorizan con formulario de solicitud especial

Nivel Intermedio

Vacunas autorizadas por Ordinarios N° 1357 y 375:

- **Neumocócica conjugada 13V:**
 - ✓ Niños y adultos con patologías crónicas de base a partir de los 2 meses de edad.

- **Neumocócica polisacarida 23V:**
 - ✓ Niños y adultos con patologías crónicas de base a partir de los 2 años de edad.

- ✓ Documento de "Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo" , Resolución Exenta N°1237 modificada N°1285, a partir del 12-07-2019.



Documentos para solicitar las vacunas

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNACIÓN ESPECIAL

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
Región:	Comuna:
Establecimiento:	
Fecha solicitud:	

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre completo:	
Rut.:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Sexo: M () F ()
Condiciones o patología:	

Marcar vacuna (X)	Vacuna (s) solicitada(s)	Nº dosis solicitadas	Observaciones
<input type="checkbox"/>	BCG		
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A		
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B		
<input type="checkbox"/>	Hexavalente		
<input type="checkbox"/>	Neumo 10 valente		
<input type="checkbox"/>	Neumo 13 valente		
<input type="checkbox"/>	Neumo 23 valente		
<input type="checkbox"/>	Polio Inyectable		
<input type="checkbox"/>	Polio Oral		
<input type="checkbox"/>	dT		
<input type="checkbox"/>	dTpa		
<input type="checkbox"/>	Hib		
<input type="checkbox"/>	Menveo		
<input type="checkbox"/>	Nimenrix		
<input type="checkbox"/>	SRP		
<input type="checkbox"/>	VPH		
<input type="checkbox"/>	Rotavirus		
<input type="checkbox"/>	Varicela		
<input type="checkbox"/>	Otras:		

IMPORTANTE: Recuerde adjuntar Orden médica y Notificación ESAVI si corresponde.

RECETA N° 18247412

Medicamento: *Vacuna anti Haemophyls influenzae* 42

Medicamento: *Vacuna anti influenza*

Medicamento: *Pneumo 13*

Medicamento: *Pneumo 23*

Diagnóstico: *Paciente con riesgo en espacio de esplenectomía*

Fecha de nacimiento: *26/02/1962*

FONO: *54213883*

Dr. Jorge Saavedra R.
Médico Cirujano

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

1. ESAVI: _____ Marque con una cruz si está notificando: Error Programático: _____

2. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Fecha de Notificación: (DD / MM / AAAA) *02/07/2014*

Nombre completo paciente: _____ RUT: _____

Dirección: _____ Comuna: _____

Teléfono de contacto: _____

Establecimiento donde recibió las vacunas: _____ Región: _____

Establecimiento que notifica: _____ Servicio de Salud: _____

Sexo: M () F () Fecha de Nacimiento: (DD / MM / AAAA) *26/02/1962* Edad: (AA / MM / AAAA) *48 / 02 / 1962*

Fecha de Vacunación: (DD / MM / AAAA) *02/07/2014*

Tiempo transcurrido entre la vacunación y la aparición de síntomas: Días _____ Horas _____ Minutos _____

3. RELATO DEL ERROR PROGRAMÁTICO (Inmar solo en caso de tratarse de Error Programático)

4. TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO (Inmar solo en caso de tratarse de Error Programático)

Se administró una vacuna no estéril	Se administró a un paciente incorrecto		
Se almacenó vacuna de forma incorrecta	Se requirió de vacuna administrada en ficha o carnet paciente incorrecto		
Se contaminó la aguja o la jeringa	Se rompió la cadena de frío durante el transporte		
No se respetó una contraindicación de la vacuna	Se usó material vencido		
Se diluyó de forma incorrecta	Se administró una vacuna incorrecta		
Se usó un diluyente incorrecto	Se usó una vía de administración incorrecta		
Se administró una dosis incorrecta	Se administró en una zona del cuerpo incorrecta		
Se administró a un paciente de edad incorrecta	Otros		
No se verificó el empaque			

5. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento de Inmunización: *MEDICAL* Establecimiento de Inmunización: *ASISALDI SP*

Nombre: *ESAVI* Nombre: *ESAVI*

Tipo: *ESAVI* Tipo: *ESAVI*

* Este formulario es un documento obligatorio. Se ha desarrollado en formato Web para facilitar el acceso, se recomienda que el responsable del establecimiento de salud mantenga una copia impresa.

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

