



Ministerio de
Salud

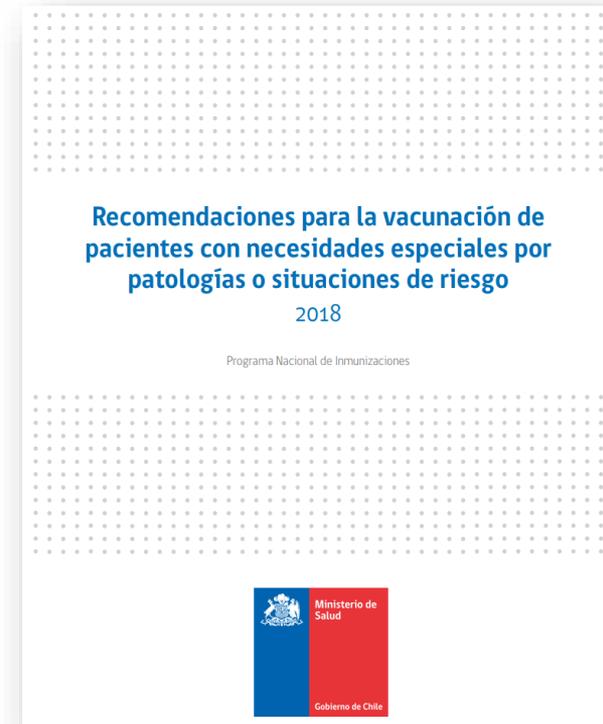
Gobierno de Chile

VACUNAS PARA PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES

Departamento de Inmunizaciones
marzo, 2022

“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

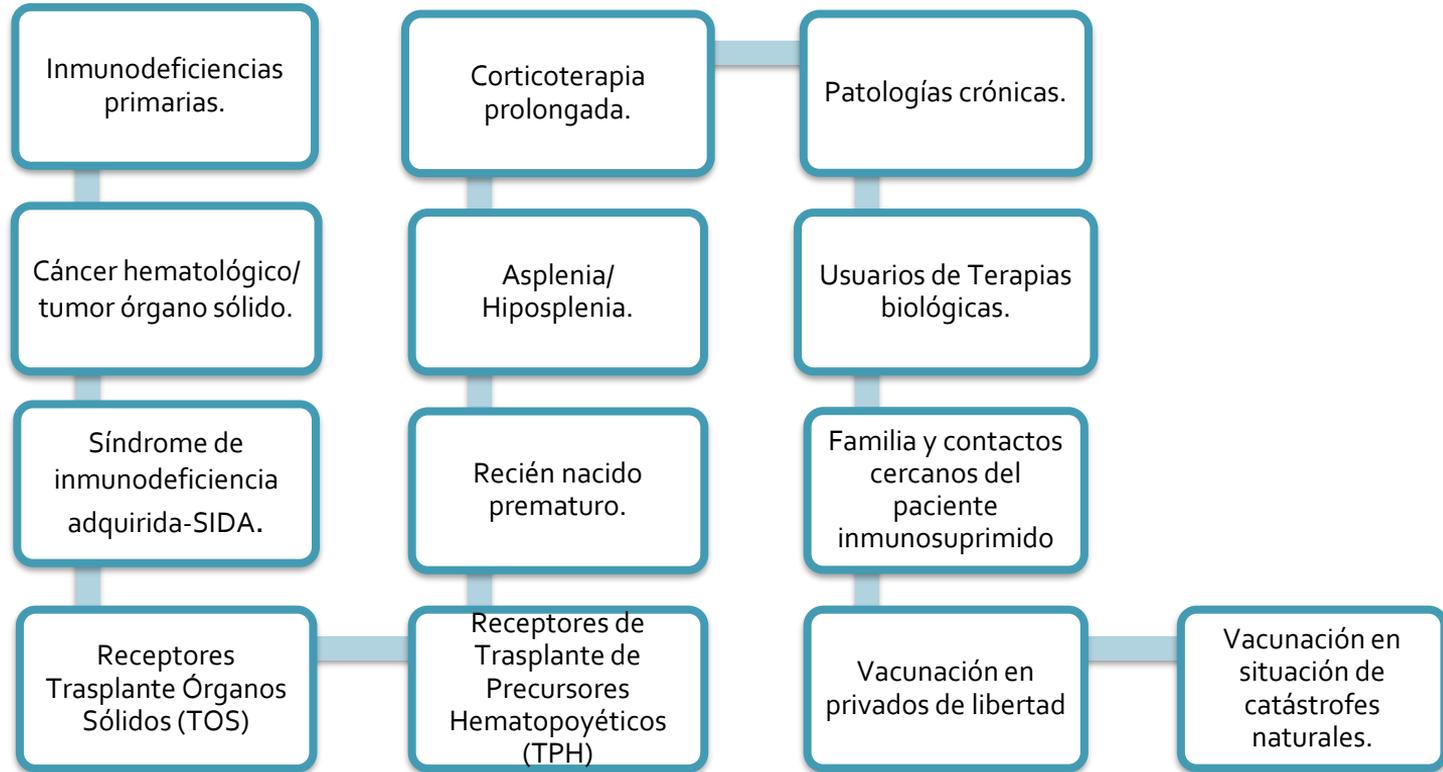


Personas con alteraciones congénitas o adquiridas del sistema inmune.



- 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

VNC13: esquema (3+1).

Influenza: capullo.

15/04/19: VHB universal

Hepatitis A: 2 dosis

Rotavirus: 2 dosis

VMC4: 2+1

Varicela: desde 12 meses.

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 inmunológico severo (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).

Adolescentes- Adultos

Vacunas adolescentes-adultos

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 PRECURSORES HEMATOPOYETICOS (TPH)



RECOMENDACIONES

Vacunas inactivadas

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

Vacunas DTP-Hib-VHB-VPI.

Desde los 6-12 meses post TPH
< 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, a los 2 meses post TPH, 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).

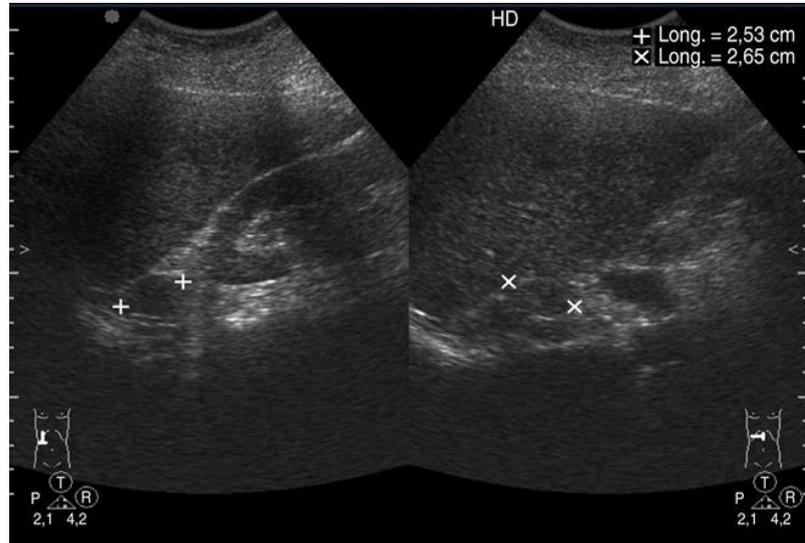
Vacunas Hepatitis A

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

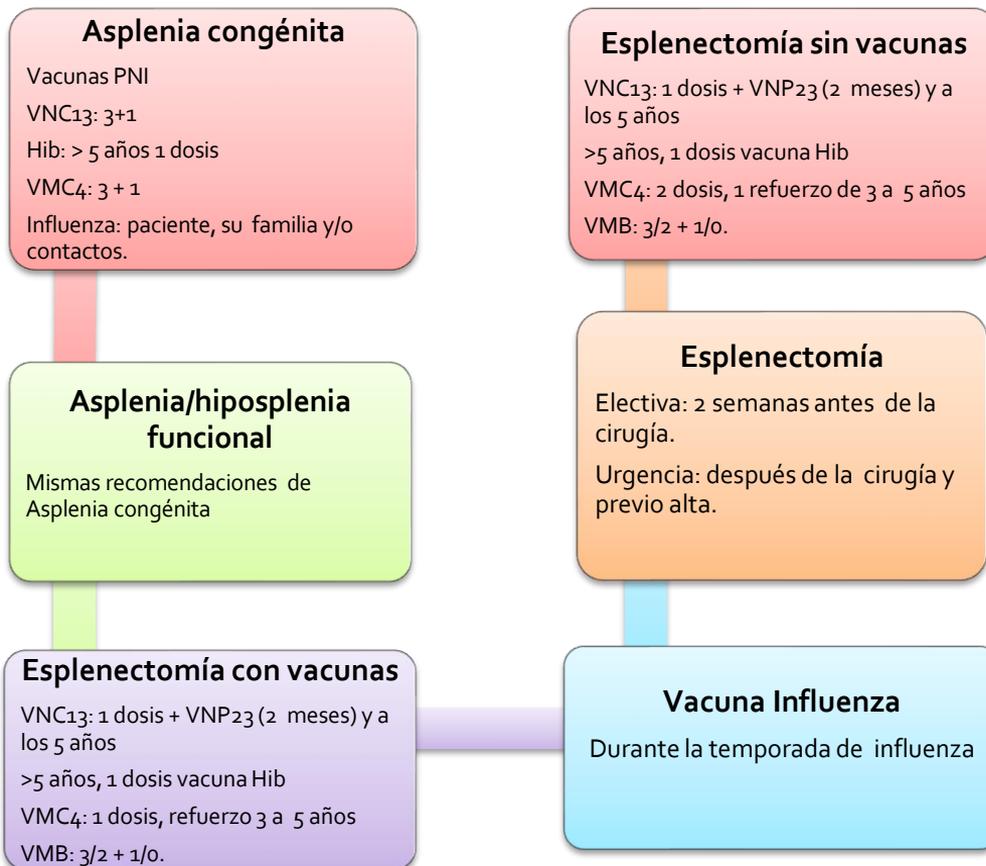
Vacunas Vivas

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

4. ASPLENIA/HIPOSPLENIA



RECOMENDACIONES



Recordemos Normativas Vigentes



I. Vacunas que NO requieren autorización por medio de solicitud especial

1. Nivel Local

- ❖ **LOS VACUNATORIOS (NIVEL LOCAL) DEBEN DAR RESPUESTA INMEDIATA A LOS USUARIOS QUE LLEGUEN EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

Vacunas autorizadas por Decreto N.º 50 del 2021, y sus modificaciones:

- **Hepatitis B:**

- ✓ Recién nacidos
- ✓ 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), VFG<30
- ✓ Pacientes sometidos a Hemodiálisis o Diálisis peritoneal.
- ✓ 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 a partir de los 65 años.
- ✓ Adultos de 66 años y mas con enfermedad crónica (asplenia funcional o anatómica), revacunación por 1 vez.



I. Vacunas que NO requieren autorización por medio de solicitud especial

Nivel Local

Vacunas autorizadas por Decreto N.º 50 del 2021, y sus modificaciones:

- **Virus Papiloma Humano:**
 - ✓ Hombre y mujeres VIH (+), hasta los 26 años.
 - ✓ Personas Víctimas de Violencia Sexual (VVS), hasta los 26 años.

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



I. Vacunas que NO requieren autorización por medio de solicitud especial

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).

I. Vacunas que NO requieren autorización por medio de solicitud especial

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.

II. Vacunas que se solicitan con formulario de solicitud especial

2. Nivel Intermedio SEREMI

Vacunas autorizadas por Ordinarios N° 1357 y 375:

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

- **Neumocócica polisacáridA 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:	Fecha de Nacimiento:		
Rut.:	Sexo: M () F ()		
Edad:			
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

Servicio Clínico

Medicamento: *Medicamento Sintético - Inyectables especiales* 42 A/CASA

Vacuna
 NOMBRE PACIENTE: *Alfonso* APELLIDO PATERNO: *Barros* APELLIDO MATERNO: *Barros*
 10849593-4 RUT: *629232* FECHA: *10/02/1962*

PTI remanente a tiempo

MEDICAMENTOS	DOSES	VIA/ADM.	FRECUENCIA	CANTIDAD	DÍAS DE TRATAMIENTO
<i>- Puma 13</i>					
<i>- Puma 23</i>					
<i>- Vacuna anti Haemophyls influenzae</i>					
<i>- Vacuna anti influenza</i>					

Paciente de riesgo en estado de expectancia

Fecha de nacimiento: 26/02/1962
FONO: 54212883

Dr. Jorge Saavedra R.
27.888.493-5
Médico Cirujano
2.088.102

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

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

2. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Fecha de Notificación: (DD) / (MM) / (AAAA)

Nombre completo paciente: _____ RUT: _____
 Dirección: _____ Comuna: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Establecimiento donde recibió las vacunas: _____ Región: _____
 Establecimiento que notifica: _____ Región de Salud: _____

Sexo: M () F () Fecha de Nacimiento: (DD) / (MM) / (AAAA) Edad: (AA) / (MM) / (DD)

Fecha de Vacunación: (DD) / (MM) / (AAAA)
 Tiempo transcurrido entre la vacunación y la aparición de síntomas: Días _____ Horas _____ Minutos _____

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

4. TIPO DE ERROR PROGRAMÁTICO (Inerar sólo en caso de tratarse de Error Programático)

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

Subestación de Inmunización MASAL Subestación de Inmunización MASAL 02P
 Sub Estación Puesto Sub Estación Puesto
 Turno PDI/080 Turno PDI/080

* Este formulario es un documento obligatorio. Si se notifica un evento de Error Programático, se requiere que el responsable del establecimiento que realizó la vacunación de inmediato y de manera oportuna, se informe a la Subestación de Inmunización correspondiente.

Situaciones especiales: vacunas contra SARS-CoV-2

Casos que corresponde solicitar como vacuna especial y requieren autorización del Nivel Central:

a) Por vacunación especial (vacunacionespecial@minsal.cl)

- ❖ Viajeros
- Usuarios que cuenten con esquema primario de vacuna laboratorio Sinovac Life Sciences y refuerzo de vacuna laboratorio Pfizer-BioNTech, que deban recibir una segunda dosis de vacuna laboratorio Pfizer-BioNTech por viaje al extranjero.
- Usuarios que cuenten con esquema primario de vacuna laboratorio Sinovac Life Sciences y refuerzo de vacuna laboratorio AstraZeneca que deban recibir una segunda dosis de vacuna laboratorio AstraZeneca por viaje al extranjero.
- Niños de 6 a 11 años, que iniciaron su esquema de vacunación en el extranjero con vacuna laboratorio Pfizer-BioNTech.

b) Por ESAVI serio (esaviserio@minsal.cl)

- Anafilaxia a dosis previa de la vacuna
- Diagnósticos especificados en el siguiente link: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/Recomendaci%C3%B3n-para-Administraci%C3%B3n-de-2da-dosis-o-dosis-de-refuerzo-de-vacuna-contra-SARS-CoV-2-posterior-a-ESAVI-serio.pdf>

Situaciones especiales: vacunas contra SARS-CoV-2

Casos que NO corresponde solicitar como vacuna especial (cambio de vacuna) deben ser resueltos por la referente del PNI de la SEREMI:

- a) Alergias, reacción o shock anafiláctico a:
- Medicamentos (Aines, antibióticos, betalactámicos, sulfas, entre otros).
 - Alimentos de todo tipo (huevo, frutos secos, tomate, entre otros).
 - Proteína de la leche de vaca
 - Vacunas diferentes (influenza, SRP, Bexsero, entre otras).
 - Picaduras de insecto.
 - Entre otras

***Estas solicitudes no deben ser autorizadas, debido a que estos antecedentes no constituyen contraindicación para la administración de vacunas contra SARS-CoV-2.**

Situaciones especiales: vacunas contra SARS-CoV-2

Casos que no corresponde solicitar como vacuna especial, deben ser resueltos en los vacunatorios públicos y privados.

- a) Cambio de dosis vacuna AstraZeneca, según disponibilidad (Sinovac, Pfizer), en alguna de las siguientes condiciones certificadas por una orden médica:
- ✓ Trombosis venosa profunda (TVP)
 - ✓ Accidente cerebro vascular trombótico (ACV)
 - ✓ Tromboembolismo pulmonar (TEP)
 - ✓ Isquemia mesentérica
 - ✓ Trombocitopenia inducida por heparina
 - ✓ Síndrome de fuga capilar
- b) En usuarios con alergia a algún componente de la vacuna, como **polietilenglicol (PEG)**, certificado por un médico, se puede realizar cambio de vacuna sin solicitar por vacuna especial.
- c) ESAVI no serios, en el siguiente documento información detallada: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/RECOMENDACIONES-ESAVI-NON-SERIO3.pdf>

Situaciones especiales: vacunas contra SARS-CoV-2

- ❖ **ORD N°4979** Vacunación contra SARS-CoV-2 con vacuna del laboratorio Pfizer- BioNTech en viajeros que recibieron 1 dosis de vacuna del laboratorio CanSino, autoriza a todos los vacunatorios públicos y privados para administrar una 2da dosis de vacuna en personas que viajan al extranjero, se adjunta link: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Ord-N%C2%Bo-4979-Vacunacion-contr-SARS-CoV2-con-vacuna-del-laboratorio-Pfizer-BioNTech-en-viajeros-que-recibieron-1-dosis-de-vacuna.pdf>
- Las personas que han recibido vacuna del laboratorio CanSino (dosis única), y cuentan con una dosis de refuerzo de vacuna Pfizer, aquellos que viajen al extranjero a destinos que no reconozcan la vacuna CanSino, deberán solicitar una dosis adicional de vacuna contra SARS-CoV-2 de ARNm.
- Por lo anterior se autoriza a la red de vacunatorios públicos y privados en convenio con la SEREMI de salud, el uso y administración de una 2da dosis de vacuna del laboratorio Pfizer-BioNTech, a esta población de viajeros, con un intervalo mínimo de 28 días, para completar esquema.

Situaciones especiales: vacunas contra SARS-CoV-2

- ❖ **ORD N°4979** Vacunación contra SARS-CoV-2 con vacuna del laboratorio Pfizer- BioNTech en viajeros que recibieron 1 dosis de vacuna del laboratorio CanSino, autoriza a todos los vacunatorios públicos y privados para administrar una 2da dosis de vacuna en personas que viajan al extranjero, se adjunta link: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Ord-N%C2%Bo-4979-Vacunacion-contr-SARS-CoV2-con-vacuna-del-laboratorio-Pfizer-BioNTech-en-viajeros-que-recibieron-1-dosis-de-vacuna.pdf>
- ❖ Para que el usuario pueda acceder a esta vacuna, es necesario que presente los siguientes documentos en el vacunatorio:
 - Formulario de solicitud de vacunación especial, específico de SARS-CoV-2 ([descargar desde aquí](#) <https://vacunas.minsal.cl/informacion-al-profesional/vacunacion-especial/>)
 - Receta/orden médica que indique claramente el requerimiento
 - Medio verificador del viaje

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN





Chile
en marcha