

# Guías de abordaje y seguimiento

## Vacunación contra el virus SARS-CoV2 (COVID-19)



Equipo técnico SURA/ Marzo 2022. V16

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía de abordaje pretenden orientar la atención de los pacientes en el proceso de vacunación contra el SARS-CoV2, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Las recomendaciones son una adopción de los lineamientos publicados por el Ministerio de Salud y Protección social y las sociedades científicas nacionales e internacionales. Están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

### **LA VACUNACIÓN ES PARA TODOS, AUNQUE EXISTEN POBLACIONES DE MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES O INFECCIÓN POR SARS-COV-2, QUE DEBES CONOCER:**

#### Riesgo por comorbilidad:

- Población mayor de 50 años,
- Pacientes con comorbilidades (obesidad, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, EPOC, falla cardíaca, hipertensión arterial).
- Cáncer activo en tratamiento.
- Pacientes con enfermedad oncológica en quienes se planea iniciar tratamiento o quienes acaban de terminarlo (<6 meses), excepto para hormonoterapia.
- Pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos u órganos sólidos o en lista de espera para trasplante.
- Personas con infección por VIH independiente del número de CD4.
- Personas con tuberculosis activa o fibrotórax.
- Tratamiento con dosis altas de esteroides (0.5mg/kg/día por más de 10 días).
- Inmunodeficiencias primarias u otro tipo de inmunosupresión.

#### Riesgo de exposición ocupacional o contacto cercano con poblaciones de alto riesgo:

- Trabajadores, Profesionales y especialistas involucrados en la atención en salud en cualquier nivel de atención.
- Hogares geriátricos, unidades de cuidado crónico, unidades de diálisis.
- Docentes.
- Miembros de las fuerzas militares y de policía.
- Estudiantes de las áreas de la salud en todos los niveles de formación.
- Personal administrativo, servicios generales, seguridad, servicios de alimentación, mantenimiento (de centros de atención en salud).
- Personal que hace parte de servicios de hospitalización en casa, atención domiciliaria
- Conductores de ambulancia y transporte público.
- Vacunadores.
- Trabajadores de funerarias.
- Cuidadores de personas mayores o personas con inmunosupresión.

#### Riesgos sociodemográficos:

Considerar factores sociales y demográficos como pobreza, acceso limitado a servicios de salud, poblaciones minoritarias. (Ejemplo: Situación definida para el Amazonas por el Gobierno Nacional)

**La vacuna para las mujeres gestantes y durante los 40 días postparto, aplican de acuerdo con las recomendaciones del respectivo laboratorio fabricante una vez culmine el proceso para la aprobación por parte del INVIMA y conforme a los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.**

## DIAGNÓSTICO PREVIO DE COVID-19 O SOSPECHA ACTUAL DE INFECCIÓN

### Sospecha de COVID-19 previo a la aplicación de la primera dosis.

- Se recomienda vacunar contra SARS-CoV-2 a las personas con antecedente de infección por COVID-19, 30 días después de la infección.
- Las personas asintomáticas con exposición no protegida reciente (sospechosos caso 5) deben completar el tiempo de aislamiento preventivo (7 días) antes de vacunarse con o sin RT-PCR.
- Los pacientes sintomáticos (sospechosos caso 1 y 2), que por indicación clínica tengan pendiente el resultado o realización de prueba diagnóstica para SARS-CoV-2 deben aplazar la vacunación hasta descartar la infección.

### Sospecha de COVID-19 posterior a la primera dosis de vacunación

- Se recomienda búsqueda de infección activa de SARS-CoV-2 en pacientes con síntomas generales diferentes a los respiratorios que persistan por más de 72 horas, dado que las reacciones de fiebre, síntomas locales y síntomas sistémicos, pueden presentarse en las primeras 48-72 horas.
- Se recomienda que los pacientes que presenten síntomas respiratorios deben llevarse a pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 y aislamiento, de acuerdo al modelo de probabilidad de complicación (**Ver guía general COVID-19**), en cualquier momento según criterio médico después de la primera o segunda dosis. La vacunación no modifica el resultado de las pruebas diagnósticas (RT PCR y el antígeno).
- La persona asintomática con nexa epidemiológico, no requiere prueba diagnóstica, seguimiento ni incapacidad, **SOLO. aislamiento durante 7 días desde el momento de exposición no protegida**, uso estricto de mascarilla incluso en el domicilio y la no asistencia a eventos públicos y sociales durante el periodo de aislamiento. **NOTA: No se inicia esquema solo se aplica la dosis faltante.**
- En los casos del talento humano en salud, la aplicación de la segunda dosis deberá ser coordinada entre el empleador de la persona, IPS Vacunadora y ente territorial. No es competencia de EPS ni ARL.

### Sospecha de COVID-19 posterior al esquema completo de vacunación\*

- A las personas que refieran nexa epidemiológico con síntomas a pesar de tener esquema completo de vacunación, se debe ordenar una prueba de antigénica y **aislamiento mínimo por 7 días desde el inicio de síntomas**, de acuerdo al modelo de probabilidad de complicación (**Ver guía general COVID-19**). Nota: Para la red de aliados donde no está presente Ayudas Diagnósticas Sura, la prueba a solicitar dependerá de la disponibilidad por parte del laboratorio (RT PCR o Antigénica).
- A todas las personas que refieran nexa epidemiológico sin síntomas con esquema completo de vacunación, no se les ordena prueba diagnóstica ni incapacidad, **NO REQUIEREN AISLAMIENTO**, solo el uso de mascarillas incluso en el domicilio. Personas asintomáticas en contacto cercano con alguien con COVID-19 presunto o confirmado deben encontrarse en aislamiento durante 7 días post exposición si la prueba es positiva o hasta que reciban un resultado negativo.

---

## REALIZACIÓN DE PRUEBAS COVID-19 EN PACIENTES CON ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN\*

### Las recomendaciones para la realización de pruebas de COVID-19 son:

- Personas que tienen síntomas de COVID-19 y nexa epidemiológico (Contacto con una persona positiva) independiente de su estado de vacunación o antecedente de COVID-19 previo.
- En caso de brotes, se aplicarán las pruebas de acuerdo con lo definido en estos casos en la estrategia PRASS, la cual centra sus esfuerzos en la identificación de casos, rastreo y aislamiento.
- Personas asintomáticas en contacto cercano con alguien con COVID-19 presunto o confirmado, a los 5 días post exposición.

### Las recomendaciones para NO realización de pruebas de COVID-19 son:

- Cuando se aplica una estrategia extendida de vigilancia (tamizaje) a personal de salud asintomático, se pueden excluir para la realización de pruebas, los trabajadores con esquemas completos de vacunación.
- Las personas con infección en los últimos 30 días, asintomáticas, no requieren prueba, incluso si hay contacto conocido.

**Es importante enfatizar que, en ningún caso, se recomienda realizar seguimiento con pruebas serológicas**

\*Dos semanas posteriores a la segunda dosis para las vacunas multidosis y tres semanas para monodosis

## ESQUEMAS RECOMENDADOS Y RELACIÓN CON OTRAS VACUNAS

- Las vacunas COVID-19 (Pfizer, Moderna y Janssen) y la vacuna contra influenza ahora se pueden administrar sin importar el momento. Esto incluye la administración simultánea el mismo día, así como la administración dentro de los 14 días recomendados inicialmente. Si se van a administrar en una sola visita, el sitio anatómico de aplicación debe ser diferente, la vacuna contra el COVID - 19 se aplica en el brazo izquierdo y la vacuna contra influenza estacional en el brazo derecho. En caso de requerirse aplicar la vacuna en el mismo brazo, para adolescentes y adultos, el músculo deltoides puede usarse para más de una inyección intramuscular, procurando guardar una distancia de mínimo 2 centímetros entre inyección.
- Para las demás vacunas contra el COVID - 19 de los laboratorios (Sinovac y AstraZeneca), no existe aún suficiente evidencia científica que permita la coadministración con otros biológicos, por lo tanto, las personas que reciban vacuna contra COVID - 19 de uno de los laboratorios mencionados, deberá conservar un periodo mínimo 14 días antes o después de la administración de cualquier otra vacuna. En la medida en que avancen los estudios relacionados con estas vacunas, se actualizarán las indicaciones técnicas relacionadas con la aplicación simultánea con otras vacunas.
- A la fecha, se recomienda no realizar esquemas diferentes de vacunación para SARS-CoV-2 a los aprobados para cada tipo específico de vacuna, por ejemplo, las vacunas de esquemas de dos dosis no deben intercambiarse.
- A la fecha, una vez completado un esquema de vacunación no se requiere refuerzo adicional.
- Respecto a la ventana oficial para la aplicación de la segunda dosis se recomienda:
  - Debe promoverse el cumplimiento de los tiempos de vacunación aprobados.
  - No adelantar la segunda dosis antes de lo recomendado. Sin embargo, las segundas dosis administradas dentro de un periodo de gracia de 4 días antes de la fecha recomendada para la segunda dosis aún se consideran válidas.
  - No existe un intervalo máximo entre la primera y la segunda dosis de cualquiera de las vacunas. Por lo tanto, no es necesario reiniciar la serie.
  - Los errores de administración de vacunas deben informarse al sistema de farmacovigilancia en vacunas. Después de la aplicación de la primera dosis debe programarse la aplicación de la segunda dosis.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS POSTERIORES A LA VACUNACIÓN

### Síntomas pos vacunales

Se pueden presentar en las personas vacunadas efectos adversos esperados a corto y mediano plazo:

- Dolor en el sitio de inyección
- Dolor de cabeza
- Dolor de articulaciones y muscular
- Fatiga, malestar general
- Resfriado
- Fiebre
- Enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección
- Inflamación de los ganglios
- Sensación de adormecimiento en las extremidades

### Evento adverso posterior a la vacunación

Es cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable, no intencionada, que ocurra posterior a la vacunación/inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna. Se clasifican en eventos leves y graves.

En caso de atender usuarios con [posibles reacciones relacionados a la vacunación contra el COVID 19](#), utilizar el código diagnóstico U129. Así mismo, es importante que se escoja el nivel severidad de los síntomas (Leve, moderado, grave) que arroja la alerta del CDSS.

Desde el proceso de farmacovigilancia o el Comité de seguridad del paciente de la IPS se tiene la responsabilidad de realizar los reportes de eventos adversos leves posteriores a la vacuna contra Covid-19 ante el INVIMA mediante el aplicativo VigiFlow. Los eventos adversos graves se notifican a SIVIGILA.

Se recomienda **no administrar de manera profiláctica y rutinaria medicamentos** con el fin de prevenir los síntomas posteriores a la vacunación, ya que en este momento no se dispone de información sobre el impacto de dicho uso en las respuestas de anticuerpos inducidas por la vacuna COVID-19

Los medicamentos antipiréticos o analgésicos (p. ej., Acetaminofén, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos) pueden aliviar los síntomas locales o sistémicos posteriores a la vacunación, si es médicamente apropiado.

## PRECAUCIONES

- Se recomienda no realizar de rutina titulación de anticuerpos (IgM/IgG) antes o después de la aplicación de ningún tipo de vacuna contra SARS-CoV-2.
- Se sugiere vacunar a las personas con antecedentes de alergias a alimentos, veneno de insectos, medicamentos orales, alérgenos ambientales o al látex, así como a cualquier persona con antecedentes familiares de anafilaxia no relacionada con las vacunas para SARS-CoV-2.
- Los pacientes a los que se les aplicará una vacuna, que no tengan alergias previas, ni anafilaxia deben someterse a un periodo de observación de 15 minutos después de recibirla para asegurarse de que no haya una reacción alérgica.
- Los pacientes a los que se les aplicará una vacuna, con antecedentes de alergias a vacunas, medicamentos inyectables o reacciones anafilácticas previas de cualquier etiología, deben someterse a un periodo de observación de 30 minutos después de recibirla para asegurarse que no haya una reacción alérgica.
- Se debe preguntar el antecedente de alergia en todas las personas que van a ser vacunadas.

## CONDICIONES MÉDICAS ESPECÍFICAS

- Para la gran mayoría de los afiliados con alguna comorbilidad es mayor el beneficio desde el impacto en morbilidad y mortalidad cuando se accede a la vacuna que cualquier otro evento relacionado con la aplicación de esta.
- La administración de las vacunas se debe realizar adoptando las medidas de seguridad y preventivas establecidas por las autoridades sanitarias y siguiendo las indicaciones que recoge la ficha técnica de cada producto particular.
- Al igual que con otras vacunas, la eficacia de la vacuna contra COVID-19 puede verse reducida en pacientes tratados con medicamentos inmunomoduladores o inmunosupresores, pero aun así seguiría proporcionando algo de protección.
- Se recomienda que la decisión de vacunación sea tomada de forma conjunta con el especialista o equipo de salud tratante y el paciente, haciendo un adecuado balance riesgo/beneficio de forma individual en cada caso.
- Al igual que para la población general, se debe realizar un seguimiento clínico de los pacientes en relación con cualquier efecto adverso que se presente.
- Dejar de aplicar la vacuna en pacientes con condiciones de salud específicas aumenta la probabilidad de complicarse o fallecer por infección por COVID-19.
- En el anexo 3 se encuentran descritas las recomendaciones para algunas condiciones de salud relevantes durante la vacunación contra SARS-CoV2

## CONTRAINDICACIONES

Se recomienda no administrar la vacuna en los siguientes casos:

- Reacción anafiláctica a dosis previa de vacuna para SARS-CoV-2 de la misma plataforma.
- Reacción anafiláctica a alguno de los componentes de la vacuna.

## ANAFILAXIA

Para el manejo de la anafilaxia en vacunación por COVID-19, te invitamos a consultar el [anexo 2](#): Orientaciones para el manejo de anafilaxia en vacunación por covid-19

## INDICACIONES PARA PRIMER REFUERZO DE VACUNACIÓN COVID

**Aplicar una dosis de refuerzo**, con un biológico homólogo (aplica para Sinovac, Pfizer y Moderna), o heterólogo con plataforma mRNA (Pfizer o Moderna), cuando el esquema inicial fue con Janssen o Astrazeneca.

### ▪ 30 días después de la segunda dosis en > de 12 años con:

#### Trasplantes:

- Corazón
- Páncreas
- Intestino
- Medula Ósea después de los primeros 2 años anteriores o que reciben inmunosupresión.
- Riñón
- Pulmón
- Hígado

#### • Quimioterapia

- Leucemia
- Linfoma
- Mieloma
- Síndrome mielodisplásico

- **Enfermedades autoinmunes como** artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o esclerosis múltiple que reciben tratamiento inmunosupresor y otras enfermedades que usen: alemtuzumab, abatacept, belatacept, obinutuzumab, rituximab, fingolimod, ocrelizumab, antimetabólicos e inhibidores de la calcineurina en último año.

#### • Inmunodeficiencias primarias

Población de trasplante de órgano sólido, población de trasplante de progenitores de hematopoyéticos (durante los primeros 2 años o que reciban tratamiento inmunosupresor), pacientes con neoplasia hematológica en quimioterapia activa y pacientes con inmunosupresión severa, como anti-CD 20.

- **Cuatro (4) meses después de la segunda dosis a >18 años con o sin comorbilidades.**

Se podrán aplicar la dosis de un determinado biológico por recomendación médica, siempre y cuando esté disponible y autorizado en el país.

**Recuerda:** Personas mayores de 18 años, que han presentado COVID - 19 deben completar el esquema primario y colocar la dosis de refuerzo, ninguna dosis debe ser retrasada. Adicionalmente, tener en cuenta que para su aplicación deben pasar treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de síntomas en personas sintomáticas o treinta (30) días contados desde la toma de muestra en personas asintomáticas.

No se considera necesaria la medición de anticuerpos para determinar la administración de la dosis de refuerzo adicional.

Primera dosis	Segunda Dosis	Primer Refuerzo	Segundo Refuerzo
ARNm (Pfizer - Moderna)	* ARNm (Pfizer - Moderna) * Vector Viral (AstraZeneca- Janssen)	* ARNm (Pfizer - Moderna) * Vector Viral (AstraZeneca- Janssen)	ARNm* (Ver indicaciones a continuación)
AstraZeneca			
Janssen	NA	* Janssen * ARNm (Pfizer - Moderna) * Vector Viral (AstraZeneca- Janssen)	
Sinovac	* Sinovac * ARNm (Pfizer - Moderna) * Vector Viral (AstraZeneca- Janssen)	* Sinovac * ARNm (Pfizer - Moderna) * Vector Viral (AstraZeneca- Janssen)	

NOTA: Hasta el momento, el biológico autorizado para el refuerzo durante la gestación y los primeros 40 días posteriores al parto es Pfizer. Este refuerzo se realiza 4 meses después de la segunda dosis.

El tipo de plataforma para segunda dosis o refuerzo puede ser a través de plataformas homólogas o heterólogas.

## INDICACIONES PARA SEGUNDO REFUERZO DE VACUNACIÓN COVID Nuevo

Las personas que pertenecen a los siguientes grupos, ya definidos anteriormente, podrán recibir una segunda dosis de biológico ARNm de refuerzo después de su esquema primario y de su primer refuerzo a partir de los 30 días de aplicación, bajo recomendación por escrito de médico tratante.

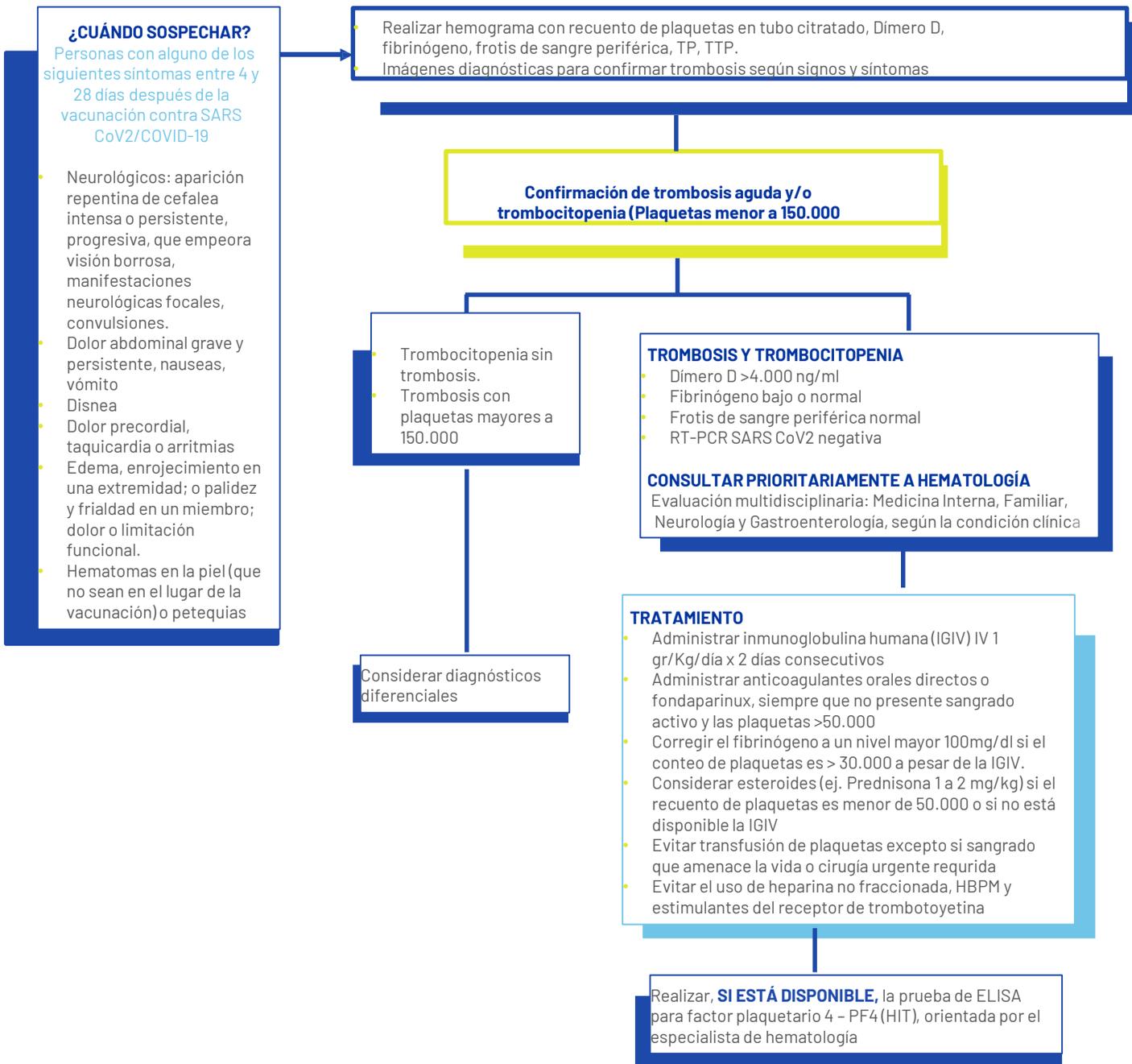
- **Trasplantes**
- **Quimioterapia**
- **Enfermedades autoinmunes**
- **Inmunodeficiencias primarias**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 419 de 2022. Por la cual se modifican los Anexos Técnicos 1 y 6 de la Resolución 1151 de 2021, en relación con la aplicación de segundos refuerzos a población con condiciones clínicas particulares, de esquemas primarios con vacunas heterólogas y respecto a la conservación de vacunas contra la COVID-19 del biológico Pfizer BioNTech. Bogotá, Marzo 2022
2. Ministerio de Salud y Protección Social. lineamientos para la vacunación contra influenza estacional cepa sur 2021. Julio 2021. Versión 3.
3. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones sobre vacunación contra SARS-CoV-2. Abril 2021. <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/issue/view/110>
4. Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO). Algoritmo para el diagnóstico y manejo de Trombocitopenia Trombótica Inmunitaria inducida por Vacunas (TTIV). Abril 2021. <https://acho.com.co/acho/>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 197 de 2021. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19. Febrero 22 de 2021.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19. Versión 1. Febrero 2021.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Documento técnico. Versión 8. 2. Febrero 2021.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para para el manejo de reacciones alérgicas de tipo inmediato, incluida la anafilaxia, en el momento de la administración de la vacuna ARNm para COVID -19. Versión 1. Febrero 11 de 2021.
10. Federación Mundial de Hemofilia . Guía de vacunación COVID-19 para personas con trastornos hemorrágicos. Diciembre 2020. <https://news.wfh.org/covid-19-vaccination-guidance-for-people-with-bleeding-disorders/>

11. National Comprehensive Cancer Network. NCCN: Cancer and COVID-19 vaccination. Enero 2021. [https://www.nccn.org/covid-19/pdf/COVID-19\\_Vaccination\\_Guidance\\_V1.0.pdf](https://www.nccn.org/covid-19/pdf/COVID-19_Vaccination_Guidance_V1.0.pdf)
12. Sociedad Española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica, Sociedad española de Hematología y hemoterapia, y Sociedad española de Trombosis y Hemostasia. Recomendaciones vacuna COVID-19 en paciente hematológico. [https://www.geltamo.com/images/PDF/Recomendacion\\_vacuna\\_COVID\\_Hemato.pdf](https://www.geltamo.com/images/PDF/Recomendacion_vacuna_COVID_Hemato.pdf)
13. Sociedad Argentina de infectología. Vacunas contra COVID-19 en pacientes con Trasplante de Organos Sólidos. Febrero 2021. <https://sadi.org.ar/comisiones-de-trabajo/comision-de-infecciones-en-transplante-de-organo-solido/item/1381-vacunas-contra-covid-19-en-pacientes-con-trasplante-de-organo-solido>
14. Marjot T et al. SARS-CoV-2 vaccination in patients with liver disease: responding to the next big question. Lancet [Gastroenterol Hepatol. published online 11 January 2021. https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(21\)00008-X/fulltext](https://doi.org/10.1038/s41581-021-00406-6)
15. Windpessl, M., Bruchfeld, A., Anders, HJ. et al. COVID-19 vaccines and kidney disease. Nat Rev Nephrol (2021). <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00406-6>
16. Federación de asociaciones científicas médicas españolas. Recomendaciones FACME para la vacunación frente a COVID-19 en grupos de potencial riesgo. <https://www.segg.es/media/descargas/20210105-FAC-inmunosupresion.pdf>
17. Asociación Colombiana de Reumatología y de la Asociación Colombiana de Inmunología. Recomendaciones sobre la [vacunación contra covid-19 en pacientes con enfermedades autoinmunes.](https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2021/02/RECOMENDACIONES-SOBRE-LA-VACUNACION-C3%93N-CONTRA-COVID-19.pdf) <https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2021/02/RECOMENDACIONES-SOBRE-LA-VACUNACION-C3%93N-CONTRA-COVID-19.pdf>
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Clinical Considerations for the Use of COVID-19 mRNA Vaccines [Currently Licensed in the United States](https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html) <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>
19. [Best Practice \(BMJ\) Coronavirus Disease - Vaccination.](https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/prevention#referencePop326) <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/prevention#referencePop326>
20. COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Summary for Patients with Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Developed by the ACR COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Task Force. This draft Summary. American College of Rheumatology, February 2021.
21. [Información del Colegio Americano de Reumatología \(En inglés\).](https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR-Information-Vaccination-Against-SARS-CoV-2.pdf) <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/ACR-Information-Vaccination-Against-SARS-CoV-2.pdf>
22. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/covid19-vaccines-and-hiv\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/covid19-vaccines-and-hiv_es.pdf)
23. Ministerio de Salud Pública de Chile. CONSIDERACIONES DE VACUNACIÓN CONTRA SARS CoV-2 EN PERSONAS CON [VIH/SIDA.](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Consideraciones-de-vacunacion-por-COVID-2020-v2.pdf) [Versión 2. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Consideraciones-de-vacunacion-por-COVID-2020-v2.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Consideraciones-de-vacunacion-por-COVID-2020-v2.pdf)
24. Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO). Recomendaciones ACHO para vacunación contra SARS-COV2 de los pacientes con neoplasias sólidas y enfermedades hematológicas. Febrero 2021. <https://www.ligacancercolombia.org/wp-content/uploads/2021/02/Recomendaciones-vacunacion-SARS-CoV2-ACHO.pdf>

# TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA INMUNITARIA INDUCIDA POR VACUNAS (TTIV)



- Denominada también Trombocitopenia Trombótica inmunitaria por vacunas (VITT)
- Un paciente que presenta trombosis y un recuento de plaquetas normal después de la vacunación requiere evaluación continua para el desarrollo de trombocitopenia/VITT
- Los niveles bajos de fibrinógeno y dímero D extremadamente altos sugieren el diagnóstico de coagulación intravascular diseminada, el cual se incluye en el síndrome de VITT
- En presencia de trombosis documentada se indica el uso de anticoagulantes. Se debe usar con precaución con recuentos de plaquetas menores a 50k/ul o en pacientes con sangrado activo.

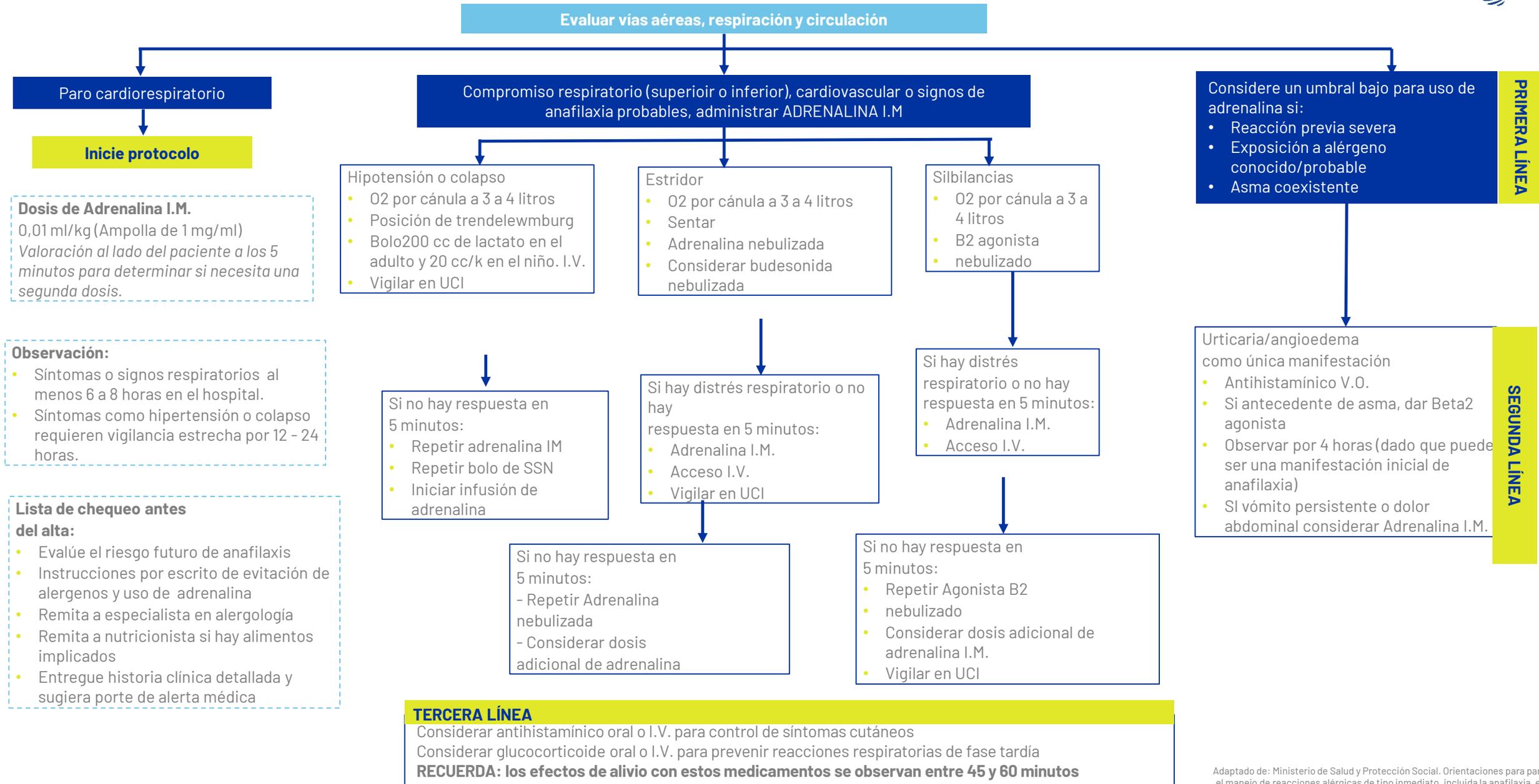
Asociación Colombiana de Hematología y Oncología:  
<https://acho.com.co/acho/>

Anexo 1. Vacunación según tipo de vacuna, historia de infección previa, edad y comorbilidades

VACUNA	EDAD (AÑOS)	ANTECEDENTE COVID-19	COMORBILIDAD	MOMENTO EN EL QUE SE INICIARÁ LA VACUNACIÓN	MOMENTO EN EL QUE SE CONTINUARÁ LA VACUNACIÓN	DOSIS 1	DOSIS 2	TIEMPO ENTRE DOSIS 1ra y 2da (DÍAS)	
<b>Pfizer</b>	<b>≥12- 50 (Menores con comorbilidad)</b>	NO	SI	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	21	
		SI (Previo a 1ª dosis)	SI	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	21	
		SI (Posterior a 1ª dosis)	SI		N/A	30 días desde PCR +	N/A	SI	N/A
		SI	Inmunosuprimido y VIH	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	21	
		SI/NO	Trasplante	4 meses post-trasplante	N/A	SI	SI	21	
		SI/NO	Uso rituximab o timoglobulina	3-6 meses post-aplicación	N/A	SI	SI	21	
	<b>≥50</b>	SI (Previo y posterior a 1ª dosis)	SI/NO	30 días desde PCR + (Si la infección es posterior a la primera dosis solo se aplica la segunda, no reinicia esquema)	N/A	SI	SI	21	
	<b>≥12- 50 (Menores sin comorbilidad)</b>	NO	NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	21-84	
		SI (Previo a 1ª dosis)	NO	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	21-84	
		SI (Posterior a 1ª dosis)	Sin comorbilidad Sin inmunosupresión		N/A	30 días desde PCR +	NA	SI	N/A
	<b>Gestantes</b>	SI (Previo y posterior a 1ª dosis)	SI/NO	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	21	
		NO							
<b>AstraZeneca</b>	<b>≥18</b>	NO	SI/NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	28-84	
		SI (Previo a 1ª dosis)		30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	28-84	
		SI (Posterior a 1ª dosis)			N/A	30 días desde PCR +	NA	SI	N/A

Continuación Anexo 1. Vacunación según tipo de vacuna, historia de infección previa, edad y comorbilidades

VACUNA	EDAD (AÑOS)	ANTECEDENTE COVID-19	COMORBILIDAD	MOMENTO EN EL QUE SE INICIARÁ LA VACUNACIÓN	MOMENTO EN EL QUE SE CONTINUARÁ LA VACUNACIÓN	DOSIS 1	DOSIS 2	TIEMPO ENTRE DOSIS 1ra y 2da (DÍAS)
<b>AstraZeneca</b>	<b>≥18</b>	NO	SI/NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	28-84
<b>Sinovac</b>	<b>≥3 -12 &gt; 18</b>	NO	SI/NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	28
		SI	SI/NO	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	28
		SI	Inmunosuprimido y VIH	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	28
		SI/NO	Trasplante	4 meses post-trasplante	N/A	SI	SI	28
		SI/NO	Uso rituximab o timoglobulina	3-6 meses post-aplicación	N/A	SI	SI	28
		SI (Posterior a 1ª dosis)	SI/NO	N/A	30 días desde PCR +	N/A	SI	N/A
<b>Janssen</b>	<b>&gt;18 población dispersa</b>	NO	SI/NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	N/A	N/A
		SI	SI	30 días desde PCR +	N/A	SI	N/A	N/A
		SI	Inmunosuprimido y VIH	30 días desde PCR +	N/A	SI	N/A	N/A
		SI/NO	Trasplante	4 meses post-trasplante	N/A	SI	N/A	N/A
<b>Moderna</b>	<b>≥12 con comorbilidad</b>	NO	NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	28
		SI	Inmunosuprimido y VIH	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	28
		SI (Previo a 1ª dosis)	SI/NO	30 desde PCR +	N/A	SI	SI	28
		SI (Posterior a 1ª dosis)	SI/NO	N/A	30 días desde PCR +	NA	SI	N/A
	<b>≥12 - 50 (Sin comorbilidad)</b>	NO	NO	Según disponibilidad de vacunas	N/A	SI	SI	28-84
		SI (Previo a 1ª dosis)	NO	30 días desde PCR +	N/A	SI	SI	28-84
		SI (Posterior a 1ª dosis)	Sin comorbilidad Sin inmunosupresión	N/A	30 días desde PCR +	NA	SI	N/A



### Anexo 3. Orientaciones para la administración de la vacuna contra COVID-19 en condiciones médicas específicas

CONDICIÓN MÉDICA	RECOMENDACIONES
<p><b>Antecedente de alergias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las alergias previas no son una contraindicación para recibir la vacuna, y solo en los siguientes casos requieren previamente valoración médica especializada antes de su aplicación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica grave previa a otras vacunas, incluida la primera dosis de este tipo de vacunas para el COVID-19</li> <li>• Alergia a alguno de los componentes de la vacuna por historia previa, como puede ser alergia al polietilenglicol o al polisorbato.</li> <li>• Alergia a medicamentos como:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acetato de metilprednisolona</li> <li>• Acetato de medroxiprogesterona</li> <li>• Acetónido de triamcinolona</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Padecer otro tipo de enfermedad alérgica (ejemplo: rinitis, asma, urticaria, dermatitis, alergia a medicamentos o picaduras, etc) no es una contraindicación para recibir la vacuna.</li> <li>• En el caso de enfermedad crónica descompensada de forma aguda, como puede ser un caso de asma no controlada, se posterga la aplicación hasta que se compense la patología de base.</li> <li>• Se sugiere vacunar a personas con antecedentes de alergias a alimentos, veneno de insectos, medicamentos orales, alergenos ambientales o al látex, así como a cualquier persona con antecedentes familiares de anafilaxia no relacionada con las vacunas para SARS-CoV-2.</li> </ul>
<p><b>Desordenes de la coagulación y pacientes en tratamiento con anticoagulantes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas que reciben terapia con nuevos anticoagulantes o medicamentos inyectables no tienen contraindicación para recibir la vacuna.</li> <li>• La vacunación es intramuscular, por lo tanto, se debe usar la aguja más pequeña disponible.</li> <li>• Aplicar presión sobre la zona al menos por 10 minutos después de la inyección, idealmente, y se debe instruir al paciente a vigilar la aparición tardía de hematomas (2-4 horas después).</li> <li>• Los pacientes con Warfarina deberán someterse a INR de control 72 horas antes de la inyección; si los resultados están dentro del rango terapéutico, pueden recibir la vacuna vía intramuscular.</li> <li>• No es necesario suspender la anticoagulación ni esquemas “puente” con heparinas de bajo peso molecular.</li> <li>• Pacientes con hemofilia severa / moderada, la inyección debe administrarse después de una inyección de factor VIII o factor IX. Para los pacientes con un nivel basal de FVIII o FIX superior al 10%, no se requieren precauciones hemostáticas.</li> <li>• Los pacientes con enfermedad de Von Willebrand (EVW) tipo 1 o 2, dependiendo de sus niveles de actividad basal de factor Von Willebrand (FVW)/cofactor de ristocetina (RiCof), deberían usar terapias (ej. desmopresina, de encontrarse disponible; ácido tranexámico) Los pacientes con EVW tipo 3 deberían recibir una inyección que contenga FVW.</li> </ul>

CONDICIÓN MÉDICA	RECOMENDACIONES
<p><b>Pacientes con inmunosupresión, uso de biológicos antes del trasplante y después del trasplante hematológico o de órgano sólido</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo paciente en lista de espera para trasplante debe ser vacunado.</li> <li>• Personas que reciben manejo con inmunoglobulina o plasmaféresis como manejo de rechazo o de pacientes altamente sensibilizados, debe aplazarse la vacunación durante al menos 90 días.</li> <li>• Los candidatos a trasplante de órgano sólido deben ser vacunados 2-4 semanas antes del trasplante y se puede considerar vacunación a los 3 meses después del trasplante.</li> <li>• En pacientes después de la depleción de células B (uso de ATG, Rituximab, Obinutuzumab, timoglobulina) se debe esperar 3-6 meses de la depleción antes de la vacunación</li> <li>• En casos de EICR (enfermedad de injerto contra receptor) aguda grave e incontrolada grados III – IV se debe retrasar la vacunación de acuerdo al médico tratante.</li> <li>• Si un receptor de trasplante recibe la primera dosis de biológico (en los casos de dos dosis) y posteriormente se realiza el trasplante, se debe diferir la segunda dosis al menos un mes postrasplante.</li> <li>• En el caso de los pacientes candidatos a trasplante de córnea, no hay evidencia que aplicar la vacuna contraindique el procedimiento o aumente riesgo del mismo durante su realización y recuperación, así como el estado del tejido. Solo se recomienda en los casos de aplicarse plataformas con virus atenuados o inactivos, y teniendo en cuenta un posible compromiso inmunológico, una ventana de aproximadamente 2-3 semanas posterior a la aplicación de la vacuna, tiempo en el cual se sobrepasa un período de incubación en infecciones virales para proceder a realizar el trasplante.</li> <li>• Candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) se debe realizar la vacunación al menos 2 a 4 semanas antes de cualquier procedimiento.</li> <li>• La vacunación podría iniciarse a partir de los tres meses después del TPH, o considerar hasta 6 meses si la transmisión comunitaria está controlada.</li> </ul>
<p><b>Cáncer activo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes con <b>cáncer no activo</b> no tienen ninguna condición diferencial, solo cumplir con el criterio de priorización de acuerdo al Plan Nacional de Vacunación</li> <li>• La quimioterapia no contraindica la vacunación, pero idealmente la vacuna debe ponerse antes de la primera sesión en casos nuevos o en la subsiguiente en pacientes que ya han iniciado los ciclos de quimioterapia.</li> <li>• Pacientes con trasplante autólogo, alogénico, o terapia celular (ejemplo CART T CELL) deben esperar al menos 3 meses.</li> <li>• Pacientes que reciben quimioterapia citotóxica intensiva (p. Ej., Regímenes de inducción basados en citarabina / antraciclina) para la leucemia mieloide aguda se debe retrasar la vacunación hasta que se recupere el conteo absoluto de neutrófilos.</li> </ul>

CONDICIÓN MÉDICA	RECOMENDACIONES
<b>Leucemia mieloide aguda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes que estén únicamente bajo tratamiento de soporte, deberán recibir la vacuna si su estado general así lo indica.</li> <li>• <b>Pacientes en tratamiento intensivo:</b> El momento más adecuado para aplicar la vacuna sería: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de consolidación en los pacientes en remisión completa.</li> <li>• Fase de terapia de mantenimiento de los pacientes tratados con quimioterapia intensiva, no candidatos a trasplante alogénico</li> <li>• Finalización del tratamiento, en remisión y sin tratamiento inmunodepresor activo.</li> </ul> </li> <li>• <b>Pacientes no candidatos a quimioterapia intensiva:</b> Coordinar con el equipo tratante el mejor momento para realizar la vacunación.</li> </ul>
<b>Leucemia linfóide aguda (LAL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pacientes receptores de quimioterapia convencional:</b> Coordinar con el equipo tratante el mejor momento para realizar la vacunación.</li> <li>• <b>Pacientes tratados con anticuerpos monoclonales (AcMo).</b> AntiCD20. Puede considerarse que estos AcMo pueden eliminar o disminuir la eficacia de las vacunas frente al SARS-CoV-2, se recomienda efectuar la vacunación en situación de remisión completa, aun a riesgo de que su eficacia sea menor.</li> <li>• <b>Pacientes en remisión de su enfermedad y sin tratamiento activo.</b> Deben vacunarse en cuanto sea posible.</li> <li>• <b>Pacientes tratados con inhibidores de tirosinasa.</b> Deben vacunarse en cuanto sea posible.</li> </ul>
<b>Leucemia Linfóide crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda en los pacientes con LLC vacunar si es posible 1-2 meses antes de iniciar tratamiento frente a la LLC, donde la respuesta inmune a la vacuna puede ser más adecuada.</li> <li>• Es aconsejable monitorizar la respuesta inmune a la vacunación.</li> </ul>
<b>Linfoma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes con linfoma deben recibir vacunación, especialmente aquellos con enfermedad o tratamiento activo o en remisión de &lt; 5 años de duración.</li> <li>• Los pacientes en remisión de su enfermedad y sin tratamiento activo deben vacunarse en cuanto sea posible.</li> <li>• En pacientes con enfermedad activa, si se va a proceder a la vacunación, intentar realizarla de 3-6 semanas antes del inicio del tratamiento inmunodepresor, siempre que sea posible demorar éste, como podría ser el caso de los pacientes con neoplasias linfoproliferativas indolentes.</li> <li>• En pacientes en los que no sea posible demorar el tratamiento, como la mayor parte de linfomas agresivos u otros casos, se recomienda coordinar con el equipo tratante el mejor momento para realizar la vacunación.</li> </ul>
<b>Neoplasias mieloproliferativas y Leucemia Mieloide crónica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes con NMP y LMC deberían incluirse en el grupo de prioridad (etapa 3) de pacientes crónicos para recibir la vacunación frente a SARS-CoV-2.</li> <li>• La ausencia de inmunodepresión grave en la mayoría de pacientes con NMP se podría traducir en una eficacia similar a la observada en población general de la misma edad.</li> </ul>

CONDICIÓN MÉDICA	RECOMENDACIONES
<p><b>Mieloma múltiple y gammapatía</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posponer la vacunación si el paciente presenta neutropenia grave (neutrófilos &lt; 500 mm<sup>3</sup>). En caso de trombocitopenia (&lt; 50.000 mm<sup>3</sup>) o tratamiento anticoagulante</li> <li>• Consideraciones en función del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la enfermedad está activa bajo tratamiento, éste no debe suspenderse por la vacunación y debería administrarse aprovechando el periodo de descanso entre ciclos, si existe.</li> <li>• Si la enfermedad está bajo control y es posible suspender temporalmente el tratamiento, la situación ideal sería suspenderlo 7 días antes de la primera dosis y hasta 7 días después de la segunda dosis. La excepción sería para los pacientes que estén recibiendo tratamiento de mantenimiento con lenalidomida (Revlimid) como fármaco único, que se recomienda no suspender durante la vacunación por su potencial efecto positivo sobre la respuesta a la vacunación.</li> <li>• Suspender temporalmente los glucocorticoides si es posible.</li> <li>• Las inmunoglobulinas deben evitarse al menos un mes antes de la vacunación y hasta al menos 14 días tras la segunda dosis, si es posible.</li> <li>• Coordinar con el equipo tratante el mejor momento para realizar la vacunación.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Síndromes mielodisplásicos (SMD)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes con SMD que no reciben tratamiento con agentes modificadores de la enfermedad (quimioterapia, azacitidina, trasplante alogénico de progenitores hematopoyético) deberían ser vacunados con cualquier vacuna disponible.</li> <li>• En los pacientes tratados con agentes hipometilantes se recomienda la vacunación independientemente de la cifra de neutrófilos, que es preferible se realice entre 1 y 2 semanas previas al inicio del ciclo de tratamiento.</li> <li>• Coordinar con el equipo tratante el mejor momento para realizar la vacunación.</li> </ul>
<p><b>Cirrosis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue siendo de suma importancia priorizar la vacunación en este subgrupo</li> <li>• Es probable que los pacientes con cirrosis tengan respuestas inmunes atenuadas a la vacunación contra el COVID-19. No obstante, dada la alta mortalidad relacionada con COVID-19 en pacientes con cirrosis descompensada,</li> </ul>
<p><b>Diálisis renal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vacunación debe ser prioritaria de acuerdo a las fases y etapas del Plan Nacional de Vacunación</li> <li>• Pacientes con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica son especialmente susceptibles de sufrir complicaciones por el contagio con COVID-19.</li> </ul>

### Enfermedad autoinmune- autoinflamatoria

- Los pacientes con inmunodeficiencias o en tratamiento inmunosupresor se deben vacunar frente a COVID-19.
- No se debe interrumpir el tratamiento inmunosupresor para recibir la vacuna. Esto implicaría un riesgo de brote de la enfermedad que podría ser peligroso. Tampoco se debe modificar la pauta de administración del tratamiento inmunosupresor, aunque en situaciones especiales en función de la enfermedad y del fármaco recibido, y siempre bajo control de su médico, se puede valorar retrasar la administración de la siguiente dosis por un tiempo no mayor de 2 semanas.
- Recomendamos la vacunación en un momento en el que la enfermedad de base sea estable de preferencia o sus complicaciones las menores posibles, para esto, debe coordinarse con el equipo de salud encargado del paciente.
- Modificaciones de las recomendaciones de uso y tiempo de vacunación y terapia inmunosupresora en relación a la vacunación contra COVID-19 en pacientes con enfermedad musculo esqueléticas o reumática del Colegio Americano de Reumatología.
- Pacientes con tuberculosis, activa o con fibrotórax, esclerosis múltiple y neuromielitis óptica se deben vacunar.

Medicamento inmunosupresor	Consideraciones en tiempo para terapia inmunosupresora y vacunación
Hidroxicloroquina, Ig IV, glucocorticoides (dosis equivalente de prednisolona <20 mg/d)	No modificaciones
Sulfasalazina, leflunomida, micofenolato mofetil, azatioprina, ciclofosfamida (oral), anti-TNF, IL-6, IL-1, IL-17, IL12/23, IL-23, Belimumab, inhibidores de calcineurina, glucocorticoides (dosis equivalente de prednisolona >20 mg/d)	No modificaciones
Metotrexate	Suspender MTX una semana despues de cada dosis de vacunacion para aquellos pacientes con enfermedad bien controlada, no modificaciones en tiempo de vacunacion.
Inhibidores JAK	Suspender el inhibidor JAK una semana despues de cada dosis de vacunacion para aquellos pacientes con enfermedad bien controlada, no modificaciones en tiempo de vacunacion.
Abatacept SC	Suspender abatacept SC una semana previo y una semana despues de la primera dosis de la vacuna (solamente), no interrumpir para la segunda dosis
Abatacept IV	Programar en lo posible la administracion de la vacuna de modo que la primera dosis ocurra 4 semanas despues de la infusion de abatacept y posponer la aplicación de la siguiente dosis de abatacept una seemana (es decir, un intervalo de 5 semanas en total); sin ajuste en la medicacion para la segunda dosis de vacuna.
Ciclofosfamida IV	Programar si es posible, la administracion de ciclofosfamia 1 semana despues de cada dosis de la vacuna.
Rituximab	Si es posible, programe la vacunacion de modo que la complete 4 semanas antes del proximo ciclo de Rituximab. Despues de la vacunacion retrasar Rituximab de 2 a 4 semanas despues de la segunda dosis de la vacuna, si la actividad de la enfermedad lo permite.

CONDICIÓN MÉDICA	RECOMENDACIONES
<b>Mastocitosis</b>	<p>No existe contraindicación para la vacuna, pero se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar atentos a una posible reacción anafiláctica.</li> <li>• Todos los pacientes deberán tomar un antihistamínico tipo 1 por vía oral, 1 hora antes de la vacuna. Si el paciente ya toma un antihistamínico tipo 1 oral a diario, el día de la vacunación deberá adecuar la toma del antihistamínico para que ésta sea 1 hora antes de la misma. Si no toma ningún antihistamínico tipo 1, se recomienda alguno de los que no contienen PEG: ejemplo: loratadina 10 mg.</li> <li>• En los pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas graves, es recomendable conocer las recomendaciones entregadas por el médico tratante. Si se decide vacunar, además del antiH1, el paciente tomará un antiH2 (ejemplo: Ranitidina, Famotidina) 1 hora antes, y montelukast sódico (10 mg) 24 horas antes y 1 hora antes de la vacuna.</li> </ul>
<b>Portadores de VIH</b>	<p>Existen dos corrientes para el manejo de la vacunación en pacientes con VIH. ambas son válidas y podemos encontrarnos en la práctica con estas definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con VIH deben vacunarse independientemente de su conteo de linfocitos CD4.</li> <li>• Las personas con VIH candidatas a recibir la vacuna para COVID-19, es preferible que estén en tratamiento antirretroviral, con carga viral &lt; 1.000 copias RNA/mL y con recuento de linfocitos CD4 <math>\geq</math> 200 células/mm<sup>3</sup>. Si no se cumplen estos requisitos, sugerimos consultar al equipo de atención para que evalúe su condición particular y decisión final. En pacientes con infección por VIH no controlada se debe priorizar el inicio de TAR y diferir vacunación.</li> <li>• Pacientes con VIH deben continuar el tratamiento antirretroviral antes, durante y después de la vacunación contra SARS-CoV-2.</li> </ul>
<b>Rellenos dérmicos</b>	<p>Con poca frecuencia, las personas que han recibido rellenos dérmicos pueden experimentar edema en o cerca del sitio de la inyección del relleno (generalmente cara o labios) luego de la administración de una dosis de una vacuna de ARNm – COVID-19. Esto parece ser temporal y puede resolverse con tratamiento médico, incluida la terapia con corticosteroides. Esto no es una contraindicación, la recomendación es informar a los pacientes y direccionar al cirujano plástico que realizó el procedimiento de forma particular.</p>