

Recomendaciones sobre vacunación contra SARS-CoV-2 Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud Actualización 23 de marzo de 2021

- **Con la información disponible al momento, una vez completado un esquema de vacunación no se requiere refuerzo adicional.**

NO EXISTE CONTRAINDICACIÓN PARA VACUNAR PERSONAS CON LAS SIGIENTES SITUACIONES:

- Pacientes con comorbilidades (obesidad, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, EPOC, falla cardíaca, asma, hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedades reumáticas o hematológicas).
- Cáncer activo en tratamiento.
- Enfermedad oncológica avanzada y patologías hematológicas neoplásicas y benignas asociadas a inmunosupresión, incluyendo, pero no limitado a leucemias agudas, crónicas linfoma, mieloma y aplasia medular.
- Pacientes con enfermedad oncológica en quienes se planea iniciar tratamiento o quienes acaban de terminarlo (<6 meses).
- 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 latente, activa o fibrotoráx.
- Personas en tratamiento con dosis altas de esteroides (0.5 mg/kg/día por más de 10 días), uso de DMARD o inmunomoduladores.
- Personas con inmunodeficiencias primarias u otro tipo de inmunosupresión incluyendo esplenectomizados o con asplenia funcional.
- Pacientes con esclerosis múltiple y neuromielitis óptica.
- Las personas que previamente han tenido síndrome de Guillain Barré o parálisis facial (parálisis de Bell).

PUNTOS A CONSIDERAR ANTES DE ADMINISTRAR LA VACUNA

- Para los pacientes con neoplasias en tratamiento activo, se pueden utilizar estrategias como proporcionar la vacuna entre ciclos de terapia y después de períodos de espera; para pacientes en estas condiciones lo ideal, de ser posible, sería programar la fecha según el concepto del médico tratante. La imposibilidad de obtener dicho concepto no debe contraindicar la vacunación bajo ninguna circunstancia. ~~si el paciente está en estas condiciones y es posible tener el concepto del médico tratante es mejor programar su vacunación en conjunto con su grupo de tratamiento.~~
- ~~Si no es posible acordar el momento adecuado de la vacunación no se debe posponer bajo ninguna circunstancia.~~
- En pacientes inmunosuprimidos la protección que provee la vacuna contra SARS-CoV-2 al igual que otras vacunas puede estar comprometida, por lo tanto, en pacientes que han recibido tratamientos que producen ~~después de la~~ depleción de células B (uso de globulina anti timocito, rituximab, obinutuzumab) se debe posponer 3-6 meses la vacunación, en analogía con otras vacunas. SLV: Aquí tengo una incertidumbre. Dado que en este momento estamos vacunando y existe la disponibilidad actual o próxima de vacunación en la población con este tipo de terapias, son personas de alto riesgo y no conocemos si posteriormente las vacunas esten disponibles. Mi propuesta es flexibilizar esta recomendación de la siguiente manera: permitir que se vacunen un mes después de la administración de rituximab reconociendo la menor producción de anticuerpos, y la menor efectividad de las vacunas basadas en estudios con vacuna de influenza y neumococo. Repetir la vacunación un mes antes de la administración programada de rituximab y aplazar la segunda dosis de rituximab dos semanas después de la segunda dosis. Considerar para esta población la vacunación con biológicos basados en RNAm.
- Si no es posible reprogramar la vacunación esta debe ser pospuesta. (Este punto no lo tengo claro, Virginia Abello, Yo tampoco, Edwin Silva) Propongo retirarlo
- ~~El riesgo y beneficio para pacientes inmunosuprimidos que reciben la vacuna para SARS-CoV-2 debe ser evaluado caso por caso, teniendo en cuenta la incidencia en la comunidad.~~ Si se decide la vacunación se debe realizar por lo menos 2-4 semanas antes de la terapia inmunosupresora o esplenectomía. (Sugiero eliminar esto, hace pensar que hay riesgo en la vacunación) De acuerdo.

- En caso de que el paciente refiera dificultad para establecer el mejor momento de la vacunación con su médico tratante, esta no debe ser postergada de ninguna forma.

Puntos de buena práctica específicos para trasplante de progenitores hematopoyéticos:

- Para los candidatos para trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) se debe realizar la vacunación al menos 2 a 4 semanas antes de cualquier procedimiento del trasplante.
- Los receptores de TPH pueden ser vacunados contra SARS-CoV-2 con la mayoría de las vacunas disponibles, excepto aquellas de virus vivo atenuado (PiCoVac, Wuhan, BBIBP) o las que contienen vectores virales replicantes.
- La vacunación se puede realizar tan temprano como 3 meses después del trasplante.
- La vacunación no debe reemplazar las medidas de autocuidado.
- La vacunación para SARS-CoV-2 debe realizarse primero que las demás inmunizaciones y debe separarse de ellas al menos 14 días.
- Hasta ahora no hay evidencia que sugiera que la vacunación pueda exacerbar la enfermedad de injerto contra huésped (EICH), por lo cual estos pacientes no deben ser excluidos de la vacunación.
- El personal de salud encargado del cuidado de pacientes sometidos a TPH y candidatos a él debe ser vacunados para proteger a los pacientes.
- Los familiares o contactos adultos de los pacientes sometidos a TPH deben ser vacunados, en especial en las etapas tempranas postrasplante o cuando están recibiendo inmunosupresión intensiva (por ejemplo: tratamiento de EICH).
- De acuerdo a la emergencia de la evidencia se determinará el requerimiento de dosis adicionales en esta población.

Puntos de buena práctica para la vacunación en pacientes con trasplante de órganos sólidos:

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

- La respuesta inmunológica a la mayoría de las vacunas es menor en personas inmunosuprimidas, incluyendo receptores de trasplante de órganos sólidos en comparación con personas sanas. Idealmente, las vacunas con mayor eficacia clínica deberían ser empleadas en esta población.
- Todos los pacientes en lista de espera para trasplantes de órganos sólidos deben ser vacunados.
- Las vacunas con vectores virales replicantes y virus vivos atenuados no deben emplearse en esta población.
- Los receptores de trasplante de órganos sólidos con donante vivo deberían recibir el esquema de vacunación completa contra SARS-CoV-2 (1 o 2 dosis según el biológico) al menos 2 semanas antes del trasplante.
- Si un receptor de trasplante de órganos sólidos (donante vivo o cadavérico) 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.
- Para los receptores de trasplantes de órganos sólidos no hay un tiempo determinado para la vacunación en el postrasplante, pero se considera que puede realizarse después de 3 meses. Según la situación clínico epidemiológica, grado y tipo de inmunosupresión, los médicos tratantes podrían considerar la vacunación a partir del primer mes postrasplante.
- En pacientes que reciben inducción o manejo de rechazo con globulina anti timocito, la vacunación debe postergarse 3 meses después de su aplicación.
- Actualmente no existen datos sobre la seguridad o eficacia de la vacunación en personas que reciben manejo con inmunoglobulina o plasmaféresis como manejo de rechazo o de pacientes altamente sensibilizados. Como medida de precaución, la vacunación debe aplazarse durante al menos 90 días para evitar la interferencia del tratamiento con las respuestas inmunitarias inducidas por la vacunación.
- En pacientes que reciben rituximab como parte de manejo de rechazo humoral, la vacunación debe postergarse 6 meses después de su aplicación. Tener en consideración mi sugerencia previa, adicionar ajusta a 3 a 6 meses similar al texto inicial)

ASPECTOS CLAVES EN LA VACUNACIÓN DE POBLACIONES ESPECIALES.

- Hasta la fecha no se propone la vacunación de pacientes menores de 16 años.

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

- Las personas entre 16 y 18 años deben recibir la vacuna BNT162b2.
- En el momento no se puede establecer el efecto de la vacuna en el grupo de mujeres gestantes.
 - Si la mujer gestante desea optar por la vacunación bajo consideración del muy alto riesgo de exposición (v.gr. trabajadoras de la salud, trabajadoras de centros de atención institucional, gestantes de alto riesgo), bajo el principio de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, podría acceder a la vacunación bajo las siguientes circunstancias:
 - Estar en el grupo de priorización establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
 - Tener la indicación de vacunación contra SARS-CoV-2 por su médico tratante.
 - Tener claro que no hay estudios, ni autorización para vacunas en la mujer gestante. Esta información debe estar explícita en el consentimiento informado.
 - Tener un seguimiento especial en la red de vacunación nacional.

Puntos de buena práctica en mujeres en edad fértil y en periodo de lactancia materna:

- No se requiere realizar prueba de embarazo a la mujer en edad reproductiva que va a ser vacunada contra el SARS-CoV-2.
- No se requiere posponer la decisión de un embarazo en la mujer que ha sido vacunada contra el SARS-CoV-2.
- Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información completa sobre los riesgos y beneficios de vacunarse contra SARS CoV-2 disponible hasta el momento.
- Las mujeres en periodo de lactancia pueden recibir la vacunación contra SARS-CoV-2.
- No se debe suspender la lactancia materna después de la vacunación.

Consideraciones a realizar respecto a la vacunación de pacientes con antecedente de desórdenes de la coagulación y anticoagulados.

Puntos de buena práctica:

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

Los pacientes con trastorno de la coagulación no tienen contraindicación alguna para la vacunación, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones para la vacunación:

- Se debe usar la aguja más pequeña disponible (25-27G).
 - Se debe aplicar presión sobre la zona al menos por 10 minutos después de la inyección y se debe instruir al paciente a vigilar la aparición tardía de hematomas (2-4 horas después).
 - Para pacientes con niveles de factor VIII o IX mayores a 10% no se requieren medidas hemostáticas particulares.
 - Para pacientes con hemofilia severa o moderada, sería ideal la aplicación de factor VIII o IX antes de la vacunación para disminuir el riesgo de hematomas, en especial si el paciente está en profilaxis primaria o secundaria; esto debe ser ajustado dependiendo del tipo de factor y el esquema de tratamiento que el paciente recibe.
 - En los casos en que no haya disponibilidad de factor, se deben intensificar las medidas hemostáticas locales, pero no posponer la vacunación.
 - Los pacientes en tratamiento con emicizumab (tengan o no inhibidores) pueden ser vacunados en cualquier momento sin precauciones hemostáticas ni dosis de factor VIII adicional.
 - En los pacientes con Enfermedad de Von Willebrand, ya que el espectro de presentación es muy variable, la decisión sobre medidas hemostáticas previas a la vacuna, deben ser decididas en conjunto con el médico tratante en forma individualizada. La imposibilidad de contactar al médico tratante no debe hacer posponer la vacunación, en esos casos se deben maximizar las medidas hemostáticas locales.
 - Los pacientes que están recibiendo warfarina deberán tomarse un INR 72 horas antes de la vacunación, si este está en rango terapéutico estable podrán ser vacunados intramuscularmente. No es necesario suspender la anticoagulación ni esquemas “puente” con heparinas de bajo peso molecular.
- **Intervalos adecuados entre dosis vacunas en esquema de dos dosis contra SARS-CoV-2**

En la siguiente tabla se pueden evidenciar los intervalos que pueden considerarse efectivo:

Días de vacunación Vacuna	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	26	27	28	29 a 42	Día 43 a 90	≥ 91 días					
BNT162b2	Primera dosis	No se debe aplicar segunda dosis en estos días, si se aplica se considera como dosis no válida, se debe aplicar segunda dosis a los 21 días de la primera dosis																		Segunda dosis válida	Segunda dosis (esquema oficial)	Segunda dosis válida					Segunda dosis no es válida, consultar a experto									
ARNm 1273		No se debe aplicar segunda dosis en estos días, si se aplica se considera como dosis no válida, se debe aplicar segunda dosis a los 28 días de la primera dosis																		Segunda dosis válida	Segunda dosis (esquema oficial)	Segunda dosis válida	Segunda dosis no es válida, consultar a experto													
AZD1222		No se debe aplicar segunda dosis en estos días, si se aplica se considera como dosis no válida, se debe aplicar segunda dosis a los 21 días de la primera dosis																		Segunda dosis válida	Segunda dosis (esquema oficial)	Segunda dosis válida. Las autoridades de salud del Reino Unido autorizaron la vacuna con un régimen de dos dosis, con un intervalo de 4 a 12 semanas, en diciembre de 2020. Para febrero de 2020, a la luz de la observación de que la eficacia e inmunogenicidad de dos dosis aumentan con un intervalo entre dosis más prolongado, la OMS recomienda un intervalo de 8 a 12 semanas entre las dosis.										Si la administración de la segunda dosis se retrasa inadvertidamente más de 12 semanas, debe administrarse lo antes posible.				
Coronavac		Segunda dosis (esquema oficial)																																		

Puntos de buena práctica:

- Debe promoverse el cumplimiento de los tiempos de vacunación aprobados.
- No se debe programar que las personas reciban la segunda dosis antes de lo recomendado.
- Sin embargo, las segundas dosis administradas dentro de un período de gracia de 4 días antes de la fecha recomendada para la segunda dosis aún se consideran válidas.
- No es necesario repetir las dosis administradas inadvertidamente antes del período de gracia.
- 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.

Vacunación en personas con antecedente de infección por SARS-CoV-2

- Las personas con antecedente de infección por SARS CoV-2 pueden recibir la vacuna contra SARS-CoV-2.
- En pacientes que hayan tenido infección confirmada por SARS-CoV-2 se sugiere aplicar solo una dosis de vacuna ARNm, excepto en las condiciones descritas en la siguiente recomendación.
- En personas con infección previa por SARS CoV-2 se debe mantener el esquema de 2 dosis de vacuna ARNm en las siguientes circunstancias:
 - Individuos inmunosuprimidos: se definirán como inmunosuprimidas las personas con inmunodeficiencias primarias o adquiridas como el VIH-Sida, con uso de esteroides a una dosis mayor de 0.5mg/kg por más de 10 días, inmunomoduladores como azatioprina o ciclosporina, personas con trasplante de

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

órganos sólidos o hematológicas, personas con cáncer activo en tratamiento o personas con enfermedad oncológica avanzada y patologías hematológicas neoplásicas y benignas asociadas a inmunosupresión, incluyendo, pero no limitado a leucemias agudas, crónicas linfoma, mieloma y aplasia medular.

- Individuos de 60 o más años.
- Individuos que han tenido la infección confirmada hace 9 meses o más.
- La evidencia actual no es suficiente para retirar una dosis del esquema en personas que hayan recibido vacunación contra COVID-19 con plataformas diferentes a ARNm.
- Las personas con antecedente de infección por SARS-CoV-2 deben vacunarse 90 días después de confirmada la infección. La excepción son las personas inmunosuprimidas, quienes pueden vacunarse después de 30 días de que la infección haya sido confirmada.

Puntos de buena práctica:

Esquemas de vacunación para vacunas de plataforma ARN mensajero en personas que han tenido infección por SARS-CoV-2.

Días desde confirmación del diagnóstico	Día 1 - 30	Día 31 a 90	Día 91 a 270	Después de día 271
Persona con infección por SARS CoV-2 inmunocompetente, con 59 años de edad o menos	No vacunar		Solo 1 dosis	2 dosis
Persona con infección por SARS CoV-2 de 60 años o mas	No vacunar		2 dosis	
Persona con infección por SARS CoV-2 inmunosuprimida	No vacunar	2 dosis		
Persona que ha recibido 1 dosis de vacuna y después presenta infección confirmada por SARS-CoV-2	No aplicar segunda dosis			
* Debe tenerse en cuenta que hay recomendaciones específicas para Trasplantados de órganos sólido o progenitores hematopoyéticos y pacientes en lista de trasplante, así como pacientes después de depleción de células B (uso de globulina anti timocito, rituximab, obinutuzumab). Ver texto				

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

Vacunación contra SARS-CoV-2 en personas con uso de otras vacunas.

- Es recomendable tener una ventana de 14 días antes del inicio de la vacunación y 14 días después de terminado el esquema.
- Si no es posible tener este periodo de ventana, por necesidad extrema de inmunización después de haber recibido la primera dosis de vacuna contra SARS-CoV-2, se debe realizar la vacunación necesaria y una vez terminado el esquema de vacunación de emergencia reprogramar plan de vacunación orientado por un especialista.

1. Vacunación de personas asintomáticas con exposición no protegida reciente y prueba pendiente o pacientes con síntomas sugestivos de COVID-19:

- Las personas asintomáticas con exposición no protegida reciente deben completar el tiempo de aislamiento preventivo (14 días) antes de vacunarse para SARS-CoV-2 con o sin PCR.
- Los pacientes sintomáticos, 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 por SARS-CoV-2 adecuadamente.

¿Qué hacer si hay síntomas sugestivos de COVID-19 después de la primera o segunda dosis?

- Los pacientes que presenten síntomas respiratorios deben llevarse a pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 y aislamiento en cualquier momento según criterio médico.
- Se deben buscar 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.
- Los pacientes a los que se les realiza pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 deben ser sometidos a aislamiento hasta descartar la infección.

- La vacunación no modifica el resultado de las pruebas diagnósticas (RT-PCR o prueba antigénica).

¿Se debe aplicar la segunda dosis si hay diagnóstico de Covid-19 después de la primera dosis?

- No se debe aplicar segunda dosis de vacuna para SARS-CoV-2 si se confirmó infección después de la primera dosis.
- En estos casos debe haber reporte al sistema nacional de vigilancia y el paciente debe recibir el concepto de expertos en vacunación o enfermedades infecciosas para definir reinicio de esquemas de vacunación.

Vacunación contra SARS-CoV-2 en pacientes con antecedentes de alergias.

- Se puede vacunar a individuos 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.
- No se requiere administrar de manera profiláctica y rutinaria medicamentos antihistamínicos, esteroides o analgésicos 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 medicamento apropiado.

Contraindicaciones para vacunación

- 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.

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

Precauciones para los posibles efectos adversos relacionados con alergias secundarias a la vacunación para COVID-19.

- Los pacientes a los que se les aplicará una vacuna basada en ARNm sin alergias previas, ni anafilaxia deben someterse a un período de observación de 15 minutos después de recibir la vacuna para asegurarse de que no haya una reacción alérgica.
- Los pacientes a los que se les aplicará una vacuna basada en ARNm con alergias previas que serán llevados a vacunación basada en ARNm deben someterse a un período de observación de 30 minutos después de recibir la vacuna para asegurarse que no haya una reacción alérgica.
- Se debe preguntar el antecedente de alergia en todas las personas que van a ser vacunadas.
- Las personas con historia de reacción anafiláctica confirmada deben ser propuestas para plataformas no relacionadas con ARNm. En casos en los que sea indispensable administrar una de estas formas de vacunas, deben hacerlo en centro con capacidad de respuesta rápida y deben ser observados 30 minutos.
- Se debe diligenciar un consentimiento informado previo a la vacunación, y los pacientes con antecedente de reacciones alérgicas deben recibir la información de que ellos tienen más riesgo que la población general.

Pasos a seguir en caso de sospecha de anafilaxia, posterior a la administración de la vacuna contra SARS-CoV-2.

Si se sospecha anafilaxia siga los siguientes pasos:

- Evalúe rápidamente que el paciente respire, tenga pulso y se encuentre alerta.
- Llame a los servicios médicos de emergencia.
- Coloque al paciente en posición supina (boca arriba), con los pies elevados, a menos que haya obstrucción de las vías respiratorias superiores o que el paciente esté vomitando.
- La epinefrina (solución acuosa de 1 mg / ml [dilución 1: 1000]) es el tratamiento de primera línea para la anafilaxia y debe administrarse inmediatamente.
- En adultos, administre una dosis intramuscular de 0,3 mg usando una jeringa premedida o precargada, o un autoinyector en la parte media externa del muslo.
- La dosis máxima para adultos es de 0,5 mg por dosis.

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

- La dosis de epinefrina puede repetirse cada 5 a 15 minutos (o más a menudo) según sea necesario para controlar los síntomas mientras espera los servicios médicos de emergencia.
- Debido a la naturaleza aguda y potencialmente mortal de la anafilaxia, no existen contraindicaciones para la administración de epinefrina.
- Los antihistamínicos (p. ej., antihistamínicos H1 o H2) y los broncodilatadores no tratan la obstrucción de las vías respiratorias ni la hipotensión y, por lo tanto, no son tratamientos de primera línea para la anafilaxia. Monitorizar en un centro médico durante mínimo 8 horas, incluso después de la resolución completa de los síntomas y signos.
- Reportar los efectos adversos presentados por los pacientes posterior a la aplicación de la vacuna para SARS-CoV-2.

Medidas y comportamientos que debe seguir la población vacunada para SARS-CoV-2:

- Se debe continuar las siguientes pautas para protegerse contra COVID-19 después de vacunarse: usar mascarilla quirúrgica, mantener el distanciamiento físico, realizar una adecuada higiene de manos, seguir las guías aplicables a la prevención de infección por SARS-CoV-2 en el lugar de trabajo.

ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL CONSENSO

1. Universidad Nacional de Colombia
2. Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Sede Pereira
3. Pontificia Universidad Javeriana
4. Universidad Antonio Nariño
5. Universidad el Bosque
6. Universidad del Quindío
7. Universidad del Valle
8. Universidad Icesi
9. Universidad Libre Seccional Cali
10. Universidad Tecnológica de Pereira
11. Academia Colombiana de Patología Oral
12. Academia Nacional de Medicina
13. Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología
14. Asociación Colombiana de Cirugía
15. Asociación Colombiana de Cirugía Artroscópica – ACCAT
16. Asociación Colombiana de Cirugía Vascul ar y Angiología
17. Asociación Colombiana de Coloproctología
18. Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCPaliativos)
19. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica
20. Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes Y Metabolismo
21. Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva
22. Asociación Colombiana de Especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias – ACEM
23. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME
24. Asociación Colombiana de Farmacovigilancia
25. Asociación Colombiana de Fisioterapia
26. Asociación Colombiana de Gastroenterología
27. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
28. Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos
29. Asociación Colombiana de Hematología y Oncología ACHO
30. Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica ACHOP
31. Asociación Colombiana de Hepatología
32. Asociación Colombiana de Medicina Aeroespacial
33. Asociación Colombiana de Medicina Critica y Cuidado Intensivo
34. Asociación Colombiana de Medicina del Sueño
35. Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación
36. Asociación Colombiana de Medicina Interna
37. Asociación Colombiana de Medicina Osteopática – ACMOST
38. Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial
39. Asociación Colombiana de Neumología pediátrica
40. Asociación Colombiana de Neonatología

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.

41. Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax
42. Asociación Colombiana de Neurología
43. Asociación Colombiana de Otorología y Neurotología
44. Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial
45. Asociación Colombiana de Psiquiatría
46. Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos Hospitalarios
47. Asociación Colombiana de Radiología
48. Asociación Colombiana de Reumatología
49. Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
50. Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos
51. Asociación Colombiana de terapia Neural (medicina Neuralterapética) ACOLTEN
52. Asociación Colombiana de Trauma
53. Asociación Colombiana de Virología
54. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor –ACED
55. Asociación de Medicina del Deporte de Colombia
56. Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia ASOCUPAC
57. Colegio Colombiano de fisioterapeutas
58. Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos
59. Colegio Colombiano de Hermodinamia e Intervencionismo Cardiovascular
60. Colegio Colombiano de Odontólogos
61. Colegio Colombiano De Psicólogos
62. Colegio Nacional De Bacteriología CNB – Colombia
63. Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
64. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG
65. Federación Odontológica Colombiana
66. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
67. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
68. Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología SCCOT
69. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica
70. Sociedad Colombiana de Medicina China y Acupuntura
71. Sociedad Colombiana de Medicina familiar
72. Sociedad Colombiana de Oftalmología
73. Sociedad Colombiana de Pediatría
74. Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica SLIPE
75. Red Latinoamericana de Investigación en Enfermedad por Coronavirus 2019 - LANCOVID
76. Instituto Nacional de Cancerología - ESE
77. Fundación Valle del Lili
78. Clínica Colsanitas
79. Clínica de Oftalmología San Diego
80. Clínica Las Américas Auna
81. Fundación Clínica Infantil Club Noel de Cali
82. Fundación HOMI Hospital Pediátrico La Misericordia

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.



83. Hospital Clínica San Rafael
84. Hospital Universitario Nacional de Colombia
85. Hospital Universitario San Ignacio
86. Centro Médico Imbanaco
87. Fundación Cardioinfantil
88. Fundación Hospital San Carlos
89. Unidad de Geriátría y Cuidados Paliativos SES Hospital Universitario de Caldas

Estas recomendaciones están sujetas a evaluación y actualización continua y podrán tener modificaciones de acuerdo a la presentación de nueva evidencia.