



VACUNACIÓN DE PACIENTES ADULTOS (18 O MÁS AÑOS DE EDAD) CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un importante problema de salud pública, siendo esenciales la prevención primaria, el diagnóstico temprano y la asistencia sanitaria destinada a las personas que padecen la infección. En España, pese al descenso del número de casos en el conjunto del periodo 2013-2023, se notificaron 3.196 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2023¹, lo que supone una tasa de 6,65 casos por 100.000 habitantes (sin ajustar por retraso en la notificación). En la Región de Murcia se registraron en el mismo periodo 108 nuevos diagnósticos (tasa regional: 6,96 casos por 100.000)². Es destacable que, en el año 2023, el diagnóstico fue tardío en el 48,7 % de los casos a nivel nacional (49,5 % en la Región de Murcia).

Para controlar el VIH, es fundamental prevenir la infección. Para ello, la educación para la salud juega un papel clave, reduciendo las conductas de riesgo, junto con el uso de preservativo y otros posibles métodos de barrera, y la realización de pruebas microbiológicas en contextos específicos. Además, no deben olvidarse las medidas dirigidas a prevenir la transmisión parenteral y perinatal.

En las personas que ya han contraído la infección, es fundamental el inicio precoz del tratamiento antirretroviral junto con otras medidas dirigidas a la prevención de numerosas infecciones oportunistas, donde cobra gran relevancia la vacunación. En el siguiente cuadro adjunto se hace una recopilación de las distintas vacunas recomendadas por esta condición de riesgo. No deben olvidarse las recomendaciones adicionales por otros motivos como completar [calendario de vacunación a lo largo de toda la vida](#) en función de la cohorte de nacimiento, así como recibir vacunas recomendadas por [viajes](#) u otras condiciones.

¹ Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2023: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023_Nov_2024_def.pdf

² MI Barranco, E Vicente Martínez, E Gutiérrez Pérez, A Sánchez-Migallón Naranjo, MD Chirlaque López. Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Región de Murcia. Datos 2023. Noviembre de 2024. Servicio de Epidemiología. Consejería de Salud. Informes epidemiológicos 5/2024. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/16504/ie.2024.05 ITS.pdf?sequence=4>

PATOLOGÍA / VACUNA	VACUNACIÓN Y PAUTA	SEROLOGÍA PREVACUNAL	SEROLOGÍA POSTVACUNAL
Neumococo ¹	<p>1 dosis de vacuna neumocócica conjugada 20 valente (VCN20)</p> <p>El momento de administración de esta dosis dependerá del historial de vacunación antineumocócica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No vacunación antineumocócica previa: VCN20 lo antes posible. • Vacunación previa con vacuna conjugada tridecavalente (VCN13) exclusivamente: dejar intervalo de, al menos, 1 año tras la última vacuna VCN13 recibida. • Vacunación previa con vacuna polisacárida de 23 serotipos (VPN23) exclusivamente: dejar intervalo de, al menos, 1 año tras la última dosis de VPN23. • Vacunación con VCN13+VPN23, con/sin dosis de recuerdo VPN23 de los 5 años: dejar un intervalo de, al menos, 5 años tras la última vacuna antineumocócica recibida. 	No	No
Meningococo conjugada tetravalente ACYW	2 dosis separadas dos meses .	No	No
Gripe	1 dosis anual según recomendaciones de la campaña estacional, tanto al paciente como a sus convivientes ² .	No	No
SARS-CoV-2 (COVID-19)	1 dosis anual según recomendaciones de la campaña estacional, tanto al paciente como a sus convivientes ² .	No	No
Virus del papiloma humano (VPH)	Personas de hasta 45 años (inclusive): 3 dosis (0, 2 y 6 meses) .	No	No
Viruela símica (Mpox)	Solo si presenta factores de riesgo de contraer mpox (ver protocolo en Murciasalud). 2 dosis (0,5 ml por vía subcutánea) separadas entre ellas un mínimo de 28 días	No	No
Herpes zóster	2 dosis separadas 8 semanas ³	No	No
Sarampión, rubéola y parotiditis (triple vírica) ⁴	Debe determinarse si posee inmunidad frente al sarampión ⁵ . En caso de no ser inmune, deberá recibir 2 dosis (separadas, al menos, 4 semanas) <u>solo si CD4+ >200/μL mantenidos durante, al menos, 6 meses.</u>	Sí ⁵	No
Varicela ⁴	En caso de susceptibilidad (serología IgG negativa): 2 dosis (separadas, al menos, 4 semanas) <u>solo si CD4+ >200/μL mantenidos durante, al menos, 6 meses.</u>	Sí	No

PATOLOGÍA / VACUNA	VACUNACIÓN Y PAUTA	SEROLOGÍA PREVACUNAL	SEROLOGÍA POSTVACUNAL
Hepatitis B ⁶	<p>1º) Solicitar analítica (anti-HBs, Anti-HBc y AgsHB) para valorar inmunidad e infección⁷</p> <p>2º) Iniciar vacunación si todos los marcadores son negativos, y no consta que haya recibido ninguna dosis de vacuna frente a la hepatitis B previamente⁸).</p> <p>El producto y la pauta vacunal dependerán del estado inmunitario del paciente (recuento de linfocitos CD4+/µL).</p> <p>a) ≥ 350 linfocitos CD4+/µL: 3 dosis de vacuna de carga antigénica convencional de adulto, esquema 0, 1 y 6 meses</p> <p>b) < 350 linfocitos CD4+/µL⁹: 4 dosis de vacuna adyuvada, esquema 0, 1, 2 y 6 meses.</p> <p>3º) Comprobar respuesta a la primera pauta: medir AntiHBs 4 semanas después de la última dosis. Posibilidades:</p> <p>A. Si AntiHBs ≥ 10 mUI/ml, el paciente se considera respondedor: control serológico anual, y, cada vez que se obtenga anti HBs < 10 mUI/ml, administrar una dosis de recuerdo con la misma vacuna a la que haya respondido.</p> <p>B. Si AntiHBs < 10 mUI/ml, el paciente no ha respondido a la primera pauta: administrar pauta completa con vacuna adyuvada, esquema 0,1,2 y 6 meses y repetir serología a las 4 semanas de la última dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si anti-HBs ≥ 10 mUI/ml, se considera respondedor, y se procederá como en el apartado A. Si anti-HBs < 10 mUI/ml, se considera no respondedor. Debe determinarse Ags-HB anualmente (o más frecuentemente en función del riesgo de exposición individual), y, en caso de exposición al virus, profilaxis post exposición con inmunoglobulina específica. 	Sí	<p>Serología postvacunal 4 semanas tras primovacunación.</p> <p>Posteriormente anual.</p>
Hepatitis A ^{6,9,10}	<ul style="list-style-type: none"> Si CD4+ $\geq 350/\mu\text{L}$: 2 dosis (esquema: 0, 6 meses). Serología a los 2-3 meses tras 2ª dosis. Si es negativa, administrar 1 dosis adicional. Si CD4+ $< 350/\mu\text{L}$: 3 dosis (esquema: 0, 1 y 6 meses): Serología a los 2-3 meses tras 3ª dosis. Si es negativa, administrar 1 dosis adicional. 	Sí	Sí

1. Para más información, puede consultarse la siguiente [infografía](#).
2. Convivientes mayores de 6 meses. En caso de CD4+ <200/μL las vacunas atenuadas están contraindicadas. Por esto, el único tipo de vacuna antigripal que puede utilizarse tanto en el paciente como en sus convivientes es la vacuna inactivada, de administración intramuscular estando contraindicada la vacuna atenuada (administración intranasal).
3. Si CD4+ ≤200/μL, valorar esperar 2-3 meses si se prevé una mejoría del estado inmunitario tras el inicio del tratamiento antirretroviral. El intervalo mínimo entre las dos dosis es de 4 semanas, con un período de gracia de 4 días antes de cumplirse estas. Si por error la segunda dosis se administrase antes de tiempo, tendrá que repetirse, administrándose al menos 4 semanas después de la dosis errónea. En caso de retraso de más de 6 meses desde la primera a la segunda dosis no es necesario reiniciar la pauta vacunal; la segunda dosis deberá administrarse tan pronto como sea posible. En caso de estar indicado el uso de la vacuna atenuada frente a la varicela, debe iniciarse la vacunación frente al herpes zóster al menos 4 semanas después de terminar la pauta frente a varicela.
4. Las vacunas de virus atenuados están **contraindicadas** si el recuento de CD4+ es inferior a 200/μL. En ese caso, se debe revisar también el estado inmunológico de los convivientes con la persona VIH positiva en cuanto a sarampión y varicela, e inmunizar a los mismos en caso necesario.
5. Se considera inmune al sarampión la persona con antecedentes documentados de vacunación completa o con clara historia de padecimiento de la enfermedad. Solamente en caso dudoso, deberá realizarse serología (IgG), considerándose inmune si es positiva.
6. En las personas con infección por VIH, dada la menor respuesta a la vacuna combinada VHA+VHB, se recomienda la utilización de vacunas **monovalentes** frente a hepatitis A y frente a hepatitis B, por separado.
7. La interpretación de la serología puede consultarse en MurciaSalud, en el documento ["Interpretación de marcadores de hepatitis B"](#). En caso de positividad de uno o varios de estos marcadores, debe valorarse el paciente de forma individualizada.
8. En pacientes que han recibido previamente alguna dosis de vacuna, individualizar según los antecedentes vacunales concretos y el historial serológico.
9. Si se prevé una mejora del estado inmunitario en un plazo de 2-3 meses, se recomienda hacer un balance entre el riesgo de adquisición de hepatitis A o B hasta esa mejora y el beneficio de posponer la vacunación hasta conseguir una mejor respuesta inmune, adaptando, si fuera preciso, la pauta a la nueva situación.
10. Se recomienda la administración de dosis de recuerdo cada 10 años a personas que, no habiendo padecido hepatitis A previamente, continúen en riesgo de exposición.