

Vacunas recomendables en adultos portadores del VIH

Fecha de la última revisión: **22/09/2017**

Cursos Fisterra relacionados:

- [Recomendaciones de vacunación](#)
- [Recomendaciones de vacunación \(Enferm...](#)

Índice de contenidos

1. [Introducción](#)
2. [Vacunas vivas atenuadas: triple vírica \(rubéola, parotiditis, sarampión\), varicela y otras](#)
3. [Vacunas inactivadas](#)
4. [Vacunas recomendadas en convivientes de personas con infección por VIH](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

Introducción

Las personas infectadas por VIH presentan una mayor susceptibilidad a determinadas infecciones frente a las que se puede hacer frente con una adecuada protección vacunal (neumococo e influenza). Estas personas también tienen un mayor riesgo de exposición a otros virus (hepatitis A y B) frente a los que también existen vacunas eficaces. Los datos actualmente disponibles no permiten identificar un mayor riesgo en estas personas, por lo que respecta a otras enfermedades prevenibles por vacunas, en relación con la población general.

Los tratamientos antirretrovirales abren la perspectiva de una larga evolución de esta enfermedad, por lo que la producción de anticuerpos frente a patógenos infecciosos representa un factor defensivo de primordial importancia frente a infecciones en el futuro. Por ello, la inmunoterapia precoz representa una de las medidas de mayor peso para el futuro de estos pacientes. Las personas infectadas por el VIH de cualquier edad, cuya enfermedad está bien controlada con el tratamiento antirretroviral responden, en general, de forma satisfactoria a la vacunación.

Desde luego debe quedar claro que, a priori, ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana no es una contraindicación para la vacunación.

El calendario de vacunación en estas personas vendrá determinado por la edad, el grado de inmunocompromiso (recuento de T CD4) y el riesgo de infección. A la hora de decidir el tipo y momento de administración de una vacuna en este tipo de pacientes debe tenerse en cuenta algunas consideraciones de carácter general:

- Al igual que en otras situaciones de inmunocompromiso, hay una disminución en la inmunogenicidad de las vacunas que se correlaciona, en este caso, con el recuento de linfocitos T CD4. Generalmente, los adultos infectados con porcentajes de linfocitos T CD4 menor de 200 células/mm³ tienen una peor respuesta serológica a la vacunación.
- Lo ideal es vacunar cuando la carga viral del VIH es indetectable y, desde luego mejor, cuando el recuento de CD4 es mayor de 200/mm³.
- Las personas infectadas por el VIH, que desarrollan una respuesta inicial de anticuerpos a la vacunación, sufren con mayor frecuencia una disminución/desaparición de los títulos de anticuerpos con mayor rapidez que las personas sin infección, lo que en ocasiones obliga a la administración de dosis de recuerdo.
- Las vacunas vivas (víricas o bacterianas), están contraindicadas en aquellas personas con recuentos de CD4 <200 cels/microlitro. Recuentos mayores de 200/microlitro no contraindican la vacunación con vacunas vivas (triple vírica, varicela, etc.).
- En ocasiones, la estimulación de las células T por la inmunización, puede inducir a un aumento de la carga viral, especialmente en pacientes no tratados; este aumento de carga viral suele ser transitorio, volviendo a su estado basal en 4 a 6 semanas y no tiene consecuencias clínicas.
- Hay que tener en cuenta el entorno del paciente y la valoración del riesgo, con la conveniencia de vacunar a los convivientes como método indirecto de protección para el paciente VIH.

Vacunas vivas atenuadas: triple vírica (rubéola, parotiditis, sarampión), varicela y otras

Como norma general las vacunas vivas están contraindicadas en estos pacientes cuando la tasa de CD4 es inferior a 200/mm³.

Vacuna triple vírica

En ausencia de inmunodepresión las recomendaciones son las mismas que para la población general.

Pauta: se administran 1-2 dosis separadas como mínimo 4 semanas, dependiendo del número de dosis recibidas previamente y de la evidencia de seroconversión.

La protección frente al sarampión, al igual que en la población general, requiere dos dosis.

Las mujeres VIH con recuentos de CD4 superiores a 200/mm³, en edad fértil, cuya serología frente a rubéola es negativa, deben recibir una vacuna triple vírica, y se recomienda el control serológico posterior frente a la rubéola. En caso de falta de respuesta, se recomienda una segunda dosis. No hay necesidad de administrar más dosis.

En caso de vacunación de mujeres VIH positivas, en edad fértil, es necesario garantizar la ausencia de embarazo en ese momento y que eviten quedarse embarazadas hasta 1 mes después de la vacunación, por el teórico riesgo teratogénico.

Vacuna frente a la varicela

En adultos infectados con el VIH, sin antecedentes de varicela, no inmunes (serología negativa VZV), se recomienda la vacunación contra la varicela.

Pauta: se administran 2 dosis separadas entre sí por 4-8 semanas.

En estos pacientes la vacuna se puede utilizar en casos de postexposición, si ha estado expuesto a la varicela, la vacunación puede realizarse dentro de los tres días tras la de exposición en personas sin antecedentes de varicela o cuya historia es dudosa, y si el recuento de CD4 está por encima de 200/mm³.

En las mujeres en edad fértil, el embarazo se debe evitar en el mes posterior a la vacunación.

La combinación vacunal tetravírica MMRV (sarampión, rubéola, parotiditis y varicela) no está recomendada en estos pacientes. Deben administrarse ambas vacunas por separado.

Vacuna frente al zóster

La vacuna actualmente disponible contra el herpes zóster es una vacuna viva atenuada contraindicada en personas inmunodeprimidas.

Con las actuales terapias antirretrovirales, la incidencia de herpes zóster en personas infectadas con el VIH se redujo significativamente, aunque la incidencia de la enfermedad en estas personas sigue siendo mayor que la de la población general.

Un ensayo clínico reciente demuestra, que en personas infectadas con el VIH, con recuentos CD4 >200/mm³ los datos de seguridad de la vacuna son tranquilizadores aunque se observa una mayor tasa de reacciones en el lugar de la inyección. El mismo estudio demuestra que la inmunogenicidad fue mayor en aquellos pacientes con recuentos de CD4 >350/mm³.

Esta vacuna está contraindicada en pacientes con SIDA o VIH sintomático. En personas con infecciones por VIH asintomáticas puede ser considerada para adultos mayores de 50 años.

Vacuna frente a la fiebre amarilla. Como norma, no administrar en estos pacientes. Si existe un riesgo de infección elevado e ineludible, puede ser administrada. Valorar siempre en estos casos el balance riesgo/beneficio.

Vacuna frente a la fiebre tifoidea oral. Contraindicada. Sustituir por antitifoidea inyectable.

Vacuna frente a la tuberculosis (BCG). Totalmente contraindicada, independientemente del estado inmunitario.

Vacunas inactivadas

Vacuna antigripal

Especialmente recomendada.

La gripe estacional no es más común en personas con VIH. Sin embargo, puede dar lugar a manifestaciones clínicas más prolongadas y, en algunos pacientes, aumentar el riesgo de complicaciones y mortalidad.

La inmunogenicidad de la vacunación frente a la gripe es menor que en la población general, especialmente en pacientes con recuentos de CD4 por debajo de 200/mm³ o con una carga viral elevada.

Los estudios que han evaluado la vacuna contra la influenza en esta población son limitados pero están a favor de una eficacia clínica de la vacuna, con una reducción del riesgo relativo de aproximadamente 60 a 70%, demostrando que la vacuna sí es eficaz en la producción de títulos protectores de anticuerpos en aquellos pacientes con recuentos de CD4 elevados.

Se recomienda la vacunación antigripal anual para todos los pacientes con infección por VIH, incluidas las mujeres embarazadas.

Pauta: estos pacientes deben recibir una dosis anualmente durante la temporada gripal.

Vacuna antineumocócica

Especialmente recomendada.

En los pacientes infectados con el VIH, la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva es mayor que la de la población general. Los principales factores de riesgo incluyen el abuso de drogas intravenosas, ser fumador, el estado SIDA o recuentos de CD4 inferior a 500/mm³.

Con el tratamiento antirretroviral, la incidencia de infecciones neumocócicas ha disminuido pero sigue siendo mayor que la observada en ausencia de infección por el VIH. La mortalidad de estas infecciones sigue siendo elevada en estos pacientes.

La mayoría de los estudios muestran elevaciones significativas de los títulos de anticuerpos tras la vacunación de VIH+ con recuentos de CD4 mayores de 400/mm³. La respuesta inmunitaria se ve disminuida en pacientes con CD4 >200/mm³, aunque la seguridad no se ve afectada.

Estos datos están a favor de una vacuna antineumocócica sistemática en pacientes infectados con el VIH.

Los diferentes estudios muestran que el mejor esquema de vacunación es una pauta mixta con la vacuna conjugada 13 valente y la vacuna de polisacáridos 23 valente.

Pauta:

- Adultos no vacunados previamente: una dosis vacuna conjugada 13-valente seguida de una dosis de vacuna polisacárida 23-valente por lo menos dos meses después de la vacuna conjugada 13 valente en <65 años y de 6-12 meses (con un periodo mínimo de 8 semanas) para los >65 años.
- Adultos previamente vacunados con la vacuna polisacárida 23-valente, se recomienda un intervalo mínimo de 1 año antes de revacunar con 1 dosis de vacuna conjugada 13-valente. Una segunda dosis de vacuna polisacárida 23-valente está indicada, al menos 8 semanas después de la trecevalente y siempre que haya transcurrido un período mínimo de 5 años entre las 2 polisacarídicas.

Vacuna frente a tétanos-difteria

Forma parte rutinariamente del calendario vacunal del adulto y por tanto en todos los pacientes VIH se debería revisar su pauta vacunal y adecuar a calendario.

La vacuna es bien tolerada en pacientes VIH+ aunque la respuesta generada a la difteria y toxoide tetánico es más baja que la de la población general. No hay estudios que documenten un aumento de carga viral tras la administración del toxoide tetánico.

Pauta: tres dosis de Td (0-1-6 ó 12) en individuos nunca vacunados o con antecedentes inciertos y revacunación según las pautas recomendadas (dos dosis con un intervalo de 10 años entre ellas hasta un total de 5 dosis).

Las personas con infección por VIH que presenten heridas de riesgo tetanígeno recibirán gammaglobulina antitetánica (500 UI) independientemente del estado vacunal.

Vacuna frente a la hepatitis B

La coinfección del VIH y del VHB es frecuente, ya que ambos virus comparten vías de transmisión.

La administración de la vacuna frente a la hepatitis B es segura en personas infectadas por el VIH pero se sabe que la respuesta a la pauta de vacunación convencional (3 dosis, vía intramuscular) es menor que en la población no infectada por el VIH e insuficiente para mantener unos títulos protectores de anti-HBs a lo largo del tiempo.

Además, los pacientes con un bajo recuento de linfocitos CD4 son más propensos a una respuesta inadecuada a la vacuna.

Parece ser que aumentar el número de dosis o la cantidad de antígeno de cada dosis podría mejorar la respuesta. Algunos organismos recomiendan un calendario de vacunación mejorado:

- Pauta: cuatro dosis dobles de 20 microgramos (40 microgramos) administradas a los 0-1-2-6 meses, especialmente en pacientes con factores de respuesta disminuidos (sexo masculino, edad >40 años, tabaquismo, carga viral del VIH detectable).

Es aconsejable en estos pacientes la realización del test serológico de seroconversión al mes de la última dosis de vacuna. En caso de no respuesta a la vacunación (Ac anti-HBs <10 mUI/ml), pueden ser necesarias dosis adicionales (20 microgramos en adultos) administradas con un intervalo de uno a dos meses entre cada una y repetir test de seroconversión 1 mes después de cada dosis (nunca más de dos dosis adicionales en el adulto).

Para los pacientes que responden a la vacunación, se recomienda una prueba serológica anual con el fin de proporcionar un refuerzo en caso de caída en anti-HBs por debajo del nivel de protección de 10 mUI/ml. En no respondedores, una revisión anual de los marcadores de la hepatitis B (HBsAg, anti-HBs y anti-HBc) se debe realizar para detectar cualquier infección.

Vacuna frente a la hepatitis A

No indicada rutinariamente. Solo recomendada para personas infectadas por VIH con incremento del riesgo de padecimiento de HA. Especialmente en los siguientes casos:

- Coinfección con el virus de la hepatitis C (por el riesgo de hepatitis A fulminante) o virus de la hepatitis B.
- Caso de enfermedad hepática crónica de otro origen.
- Pacientes con riesgo de exposición conductual: hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables.
- Viajeros a zonas endémicas.

La vacuna contra la hepatitis A es bien tolerada en estos pacientes, pero su inmunogenicidad se reduce sobre todo en pacientes con recuentos de CD4 por debajo de 500/mm³.

Se debe solicitar serología previa en aquellas personas que tienen una alta probabilidad de tener inmunidad y siempre que se disponga del tiempo suficiente para realizar el estudio.

Pauta: dos dosis de una vacuna de presentación de adulto separadas por un intervalo de 6 meses.

Se debe realizar test de seroconversión de control después de la segunda dosis y valorar la administración de una tercera dosis si no se alcanza el umbral de protección.

Vacuna frente a *Haemophilus influenzae*

Debido a que la incidencia de infección por Hib es baja en adultos infectados por VIH, esta vacunación no está recomendada en ausencia de otros riesgos específicos que así lo indiquen.

La vacuna sí está indicada en VIH menores de 18 años.

Vacuna frente a meningococo C y B

No indicadas rutinariamente, salvo la existencia de algún factor de riesgo incrementado para estas enfermedades.

Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH)

Las mujeres infectadas con el VIH tienen un mayor riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH) y de lesiones anogenitales. El riesgo de cáncer de cuello uterino es más alto a pesar de la terapia antirretroviral.

En los hombres que tienen sexo con hombres infectados con el VIH, la prevalencia de las infecciones por VPH es muy alta y el riesgo de desarrollar cáncer anal es 60 veces mayor que la de la población no infectada con el VIH.

La alta tasa de infección por el VPH y las lesiones asociadas hace que algunos organismos internacionales indiquen la vacunación contra el VPH en pacientes infectados con el VIH.

Pauta: 3 dosis 0,1-2,6 meses.

- Mujeres: vacuna bivalente (Cervarix), tetravalente (Gardasil) o frente a 9 serotipos de VPH (Gardasil 9).
- Varones: vacuna tetravalente (Gardasil) o frente a 9 serotipos de VPH (Gardasil 9).

Vacunas recomendadas en convivientes de personas con infección por VIH

Los convivientes pueden recibir cualquier vacuna que se les indique, no existiendo riesgo de transmisión al paciente VIH.

En algunos casos de inmunodepresión grave (<200 céls/microlitro) en el paciente se recomienda la vacunación de sus contactos como medio de protección indirecta para el paciente (ej. vacuna frente la varicela).

Se recomienda especialmente la vacunación antigripal anual de los convivientes.

Deberían vacunarse frente a la hepatitis B las parejas de personas VIH+ que sean portadores de hepatitis B.

Bibliografía

- Australian Government, Department of Health. Part 3 Vaccination for Special Risk Groups. En: The Australian Immunisation Handbook 10th ed. 2013 (updated January 2014) [consultado 30-6-2017]. Disponible en: <http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/Handbook10-home~handbook10part3~handbook10-3-3>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); ACIP Adult Immunization Work Group. Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older--United States, 2017 [consultado 22-6-2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf>
- Haut Conseil de la Santé Publique. Vaccinations des personnes immunodéprimées ou aspléniques. Recommandations [consultado 13-7-2017]. Disponible en: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=322>
- Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Vacunación en pacientes adultos VIH positivos [consultado 22-6-2017]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/287495-VacunacionadultosVIHAño2016.pdf>

Más en la red

- Asociación Española de Pediatría (AEP). El portal de las vacunas de la AEP. 2015. Disponible en: <http://vacunasaep.org/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook. 13th ed. 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vacunaciones. 2015. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/home.htm>

Autoras

- Raquel Zubizarreta Alberdi Médica. Jefa del Servicio de Programas Poblacionales de Cribado

Dirección Xeral de Saúde pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

